

Frauengesundheits- bericht 2003 für die Steiermark

Mag. Gerlinde Grasser, MScPH



Das Land
Steiermark

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	7
2. Einleitung	11
3. Methode	12
3.1. Datenlage	12
3.1.1 Datenquellen aus dem Krankheitsbereich ..	12
3.1.2 Probleme mit Krankenhausdaten	12
3.1.3 Datenquellen aus dem Gesundheitsbereich	12
3.1.4 Andere verwendete Datenquellen	12
3.2 Indikatoren.....	13
3.2.1 Indikatorenentwicklung	13
3.2.2 Operationalisierung des Konzepts „sozioökonomischer Status“	13
3.2.3 Festlegung des Untersuchungszeitraums.....	14
3.2.4 Festlegung der Altersgruppen	14
3.3 Statistische Analyse.....	14
3.4 Zusammenfassung	15
4. Demographische Situation	16
4.1 Bevölkerungsverteilung	16
4.2 Sterblichkeit	16
4.3 Geburten	17
4.4 Familienstruktur.....	17
4.5 Kinderbetreuung.....	18
4.6 Zusammenfassung und Schluss- folgerungen	16
5. Politische und sozioökonomische Situation	19
5.1 Ausbildungssituation.....	19
5.2 Beschäftigung.....	19
5.3 Erwerbslosigkeit	21
5.4 Einkommen und Sozialleistungen.....	21
5.5 Frauenquote in der Politik.....	21
5.6 Zusammenfassung und Schluss- folgerungen.....	23
6. Mortalität	24
6.1 Lebenserwartung	24
6.2 Suizid.....	24
6.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	25
6.3.1 Ischämische Herzkrankheiten.....	25
6.3.2 Zerebrovaskuläre Erkrankungen.....	26
6.4 Erkrankungen der Atmungsorgane.....	26
6.5 Erkrankungen der Verdauungsorgane.....	27
6.6 Bösartige Neubildungen.....	27
6.6.1 Bösartige Neubildungen der Atmungs- organe	28
6.6.2 Bösartige Neubildungen des Dickdarms und des Rektums.....	29
6.6.3 Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses	29
6.6.4 Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse.....	29
6.7 Zusammenfassung und Schluss- folgerungen.....	29
7. Krankheits- und Gesundheitszustand	32
7.1 Subjektiver Gesundheitszustand.....	32
7.2 Bösartige Neubildungen.....	33
7.2.1 Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge.....	33
7.2.2 Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses	33
7.2.3 Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse	34
7.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34
7.4 Erkrankungen des Bewegungs- apparates.....	35
7.5 Schenkelhalsbrüche und Osteoporose ..	35
7.6 Erkrankungen der Atemwege.....	36
7.7 Stoffwechselkrankheiten: Diabetes	37
7.8 Zusammenfassung und Schluss- folgerungen.....	37
7.9. EXKURS: Qualitätssicherung der Diabetes Versorgung	38
7.9.1 Prozessqualität.....	38
7.9.2 Selbstkontrolle der PatientInnen	39
7.9.3 Qualität der Qualitätssicherung	39
7.9.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	39

8. Vorsorgeuntersuchungen	40	10. Stand der Gesundheitsbericht-	
8.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	40	erstattung	54
8.1.1 Blutdruck	40	11. Glossar	55
8.1.2 Cholesterin	41	12. Literaturverzeichnis	56
8.1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	42	13. Tabellenverzeichnis	59
8.2 Krebs	42		
8.2.1 Brustkrebs	42		
8.2.2 Gebärmutterhalskrebs	46		
8.2.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	48		
9. Sozial bedingte gesundheitliche			
Ungleichheit	50		
9.1 Lebenserwartung	50		
9.2 Mortalität	50		
9.3 Morbidität	51		
9.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand	51		
9.3.2 Risikofaktoren	52		
9.4 Vorsorgeuntersuchungen	52		
9.5 Zusammenfassung und Schluss-			
folgerungen	53		



Erfolgreich im Beruf, fürsorglich als Mutter, möglichst aktives Mitglied unserer Freizeitgesellschaft. Die Emanzipation hat den Frauen in unserer Gesellschaft nicht nur – zumindest theoretisch – mehr Rechte sondern vorerst einmal – praktisch – mehr Pflichten auferlegt. Naturgemäß reagieren die Frauen von heute merkbar auf diese Doppel- und Vielfachbelastungen: So stieg etwa die Raucherinnenquote von 21 Prozent 1991 auf 41 Prozent zur Jahrtausendwende mit entsprechenden Folgen für ihre Gesundheit, Lungenkrebs ist heute bereits die dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen.

Da Frauen mit insgesamt 51 Prozent am Gesamtbevölkerungsanteil und noch wesentlich größerem Vorsprung bei den älteren Mitmenschen (155:100 bei den über 60jährigen, wo naturgemäß der Bedarf an Gesundheitsbetreuung ansteigt) die größte Bevölkerungsgruppe ausmachen, war es aus Sicht des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark hoch an der Zeit einen Gesundheitsbericht dem Schwerpunktthema Frauengesundheit zu widmen.

Einmal mehr stoßen wir dabei allerdings auch an die Grenzen unseres Ressorts: Wir können den Gesundheitszustand der steirischen Frauen analysieren und, wo besonders notwendig, neue Maßnahmen ausarbeiten. Um den größtmöglichen Effekt zu erzielen, gilt es allerdings an der Wurzel anzupacken, was nichts anderes heißt, als Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Stellung der Frauen zu treffen, ihnen Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Mehrfachbelastung erträglicher machen. Dazu wiederum müssen alle gesellschaftspolitisch relevanten Kräfte – auch in der Praxis – ihren Beitrag leisten um die Gesundheit unserer steirischen Frauen auf eine gesunde Basis zu stellen.

Wolfgang Erlitz
Gesundheitslandesrat der Steiermark

IMPRESSUM Steirischer Frauengesundheitsbericht 2003

Konzept und Berichtverfassung: Mag.³ Gerlinde Grasser, MScPH¹

Konzept der statistischen Hypothesentestung, statistische Auswertung sowie statistische Interpretationen der Indikatoren zu den Kapiteln 6, 7 (ausgenommen 7.8) und 8: Mag. Gerhard Neubauer², Mag.³ Radoslava Mirkov²

Beschreibung der statistischen Methoden für die Kapitel 6, 7 (ausgenommen 7.8) und 8: Mag. Gerhard Neubauer²

Statistische Auswertung sowie statistische Interpretationen der Indikatoren zu den Kapiteln 4 und 5: DI Ines Grabner³, DI Martin Mayer³

Statistische Auswertung sowie statistische Interpretationen der Indikatoren zum Kapitel 7.8: DI Wolfgang Habacher⁴, DI Ivo Rakovac⁴

Mitarbeit von Dr. Eva Adamer-König¹, Mag.³ Andrea Praßl-Schantl¹, Auer Maria¹, Feil Salla¹, Gort Andrea¹, Moser Marlene¹

Wissenschaftliches Lektorat: Dr. Eleonore Bachinger, MScPH

Endredaktion: Dr. Thomas Amegah⁵, Mag.³ Sandra Zettinig⁶

Gesamtkoordination, Projektleitung: Dr. Thomas Amegah⁵

¹ FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus

² JOANNEUM RESEARCH, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

³ Amt der steiermärkischen Landesregierung, Landesstatistik

⁴ JOANNEUM RESEARCH, Institut für medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement

⁵ Amt der steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

⁶ Amt der steiermärkischen Landesregierung, Büro Gesundheitslandesrat Mag. Wolfgang Erlitz

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen
Paulustorgasse 4, 8010 Graz, Tel.: +43 316 877 3521, e-mail: FA8B@stmk.gv.at, web: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at

Hersteller: Werbeagentur Verlag Classic GmbH, Graz

Copyright Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung des Herausgebers

Download des Berichts: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at; www.gesundheit.steiermark.at



Das Land
Steiermark



1. Zusammenfassung

Das übergeordnete Ziel der steirischen Gesundheitsberichterstattung ist es Gesundheitsberichte zu erstellen, die einen umfassenden ganzheitlichen Gesundheitsbegriff verwenden. Valide und repräsentative Gesundheitsdaten (in Abgrenzung von Routinedaten aus dem Krankheitsbereich) sind nach wie vor für die Steiermark nicht erhältlich. Die Erhebung und Auswertung dieser Daten ist nicht nur von unumgänglicher Wichtigkeit für die zielorientierte Gesundheitsplanung, sondern verursacht auch Kosten, die zum aktuellen Zeitpunkt im Landesbudget nicht ausreichend bedeckt sind. Der Bericht konzentriert sich daher auf jene Bereiche, die einen hohen Kosten-Nutzen-Effekt (im Sinne von hohem Nutzen durch gute Datenqualität für Kosten, die dem Gesundheitsbudget des Landes angemessen sind) zeigen. Somit wurde der Bericht auf die Bereiche der demographischen, sozialen und politischen Entwicklung, der Haupttodesursachen, der wichtigsten Erkrankungen, der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bereich Diabetes eingeschränkt. Darüber hinaus zeichnet sich der Bericht durch die optimale Nutzung vorhandener und die gute Qualität verwendeter Daten aus, sowie durch die gute statistische Auswertung.

Demographische Situation

Die Steiermark ist von einem **Bevölkerungsrückgang** betroffen, während der Anteil der Älteren steigt. Die Feminisierung des Alters schwindet zwar, dennoch **dominiert das weibliche Geschlecht noch immer die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren**. Es sind vor allem diese älteren Frauen, die besonders große soziale und gesundheitliche Bedürfnisse aufweisen, wie der **große weibliche Anteil bei den PflegegeldbezieherInnen** zeigt.

Die **Geburtenziffern** (Lebendgeborene pro 1.000 EinwohnerInnen) sind seit 1991 **rückläufig**, wobei in der Stadt lebende Frauen durchschnittlich weniger Kinder haben als Frauen in ländlichen Gebieten. Weiters zeichnet sich ein Trend von der traditionellen **Ehe hin zur Lebensgemeinschaft** ab. Die Heiratsraten und der Anteil der Familien mit Trauschein sinken, während die Zahl der Lebensgemeinschaften, die Scheidungsrate und das Heiratsalter steigen. Der Anteil der **Alleinerzieherinnen** ist seit 1991 leicht gesunken, womit Alleinerziehende 2001 13,8% aller Familien darstellten. 44% der Alleinerzieherinnen haben 1-2 Kinder, die jünger als 15 Jahre alt sind, zu betreuen. Der Anteil der Alleinerzieherinnen unter den Familien, die **3 Kinder und mehr** zu betreuen haben, ist seit 1991 auf ungefähr 10% **gestiegen**. Das Kinderbetreuungsangebot wird in der Steiermark zu einem relativ hohen Anteil durch private Vereine abgedeckt. Nur **26% der Kinderbetreuungsstätten** bieten eine **zeitlich umfassende Betreuung** an.

Politische und sozioökonomische Situation

Die **Ausbildungssituation** der Frauen hat sich seit 1991 **grundsätzlich verbessert**. Vor allem der Anteil der Frauen an den HochschulabsolventInnen ist gestiegen und hat beinahe den Anteil der Männer erreicht. Trotzdem sind Frauen gesamt betrachtet noch immer schlechter ausgebildet als Männer, was vor allem **Frauen älterer Generationen** betrifft. Dreiviertel der über 65jährigen Frauen haben nur die **Pflichtschule** absolviert.

Die **weibliche Erwerbsquote** sowie der Frauenanteil an der Erwerbsarbeit liegen nach wie vor **hinter jenen der Männer**. Weiters sinkt die Erwerbsquote bei den Frauen mit zunehmendem Alter, wobei der weibliche Anteil an der Erwerbsarbeit in den niedrigen Ausbildungsstufen noch immer etwas höher ist als in den höheren Ausbildungsstufen.

Der **Frauenanteil an den Erwerbslosen** ist besonders in den wirtschaftlich aktivsten Lebensjahren, also **im Alter zwischen 25 und 55**, besonders **hoch**. Dies ist zum Teil, wengleich nicht ausschliesslich, auf Jahre der Mütterkarenz und Kindererziehung zurückzuführen, möglicherweise auch auf das traditionelle Rollenbild der Frau, vor allem in den ländlichen Gegenden. Darüber hinaus **sinkt das Einkommen der Frauen** gemessen am Einkommen der Männer. Trotz verbesserter Ausbildung und Qualifizierung der Steirerinnen haben sich deren Chancen am Arbeitsmarkt wenig verbessert. Nach wie vor sind Frauen in ihren Karrieremöglichkeiten, in ihrem Verdienst, in der Einbindung in Entscheidungsprozesse und in ihrer wirtschaftlichen Macht eingeschränkt. Diese Situation spiegelt sich auch in der **Politik** wider, wo Frauen **wenig vertreten** sind.

Schlussfolgerungen betreffend demographische und sozioökonomische Entwicklungen

Die demographische Alterung stellt die Infrastruktur der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen vor neue Herausforderungen. **Ältere Frauen** stellen nicht nur eine große, sondern auch eine besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppe dar. Sie bedürfen der Unterstützung und Förderung durch die Verbesserung ihrer **ökonomischen Sicherheit**, ihrer **Partizipation**, ihrer **sozialen Netzwerke** und ihrer **Lebensqualität**.

Die Veränderung der Familienstruktur und die hohen Scheidungsraten lassen befürchten, dass die soziale und gesundheitliche Belastung von Frauen und Müttern steigen wird. Daraus kann auf den zunehmenden **Bedarf von Beratungs- und Betreuungsleistungen** geschlossen werden.

sen werden. Weiters sind daher Alleinerzieherinnen sowie berufstätige Mütter mit Kinderbetreuungspflichten eine besonders wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote. Adäquate Gesetze und die Veränderung der gesellschaftlichen Haltung sind notwendig, um das **Teilen der familiären Verantwortung zu fördern. Sozialpolitische und strukturelle Veränderungen** können hilfreich sein, die Integration von unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen zu erleichtern und systemisch verursachten Stress zu reduzieren.

Die Förderung der Frauengesundheit durch erwerbsmäßige und bezahlte Arbeit, regelmäßiges und adäquates Einkommen und eine daraus resultierende Alterseinkommenssicherung ist nicht gewährleistet. Es ist in der Literatur mehrfach belegt, dass niedriges Einkommen negative und honorierte Arbeit positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Die **Gleichstellung der Frauen am Arbeitsmarkt** muss also auch für die Gesundheitsförderung erste Priorität haben.

Mortalität (Sterblichkeit)

Die Lebenserwartung steigt für Frauen und Männer zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens. Vom Suizid als Todesursache sind Männer stärker betroffen als Frauen. Zwar sterben mehr Männer als Frauen durch eigene Hand, die Suizidneigung („missglückte“ Suizidversuche) ist jedoch bei Frauen vermutlich ähnlich hoch.

Die **weiblichen Haupttodesursachen** sind nach wie vor **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, gefolgt von **Krebs-erkrankungen** (vor allem Brust-, Lungen- und Darmkrebs). Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der demographischen Altersstruktur versterben Frauen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer. Innerhalb der **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** übersteigt die weibliche Sterberate der ischämischen Herzkrankheiten jene der zerebrovaskulären Erkrankungen. Frauen versterben häufiger an Gehirnschlag (28%) als Männer (22%). Es hat sich gezeigt, dass die steirischen Frauen im europäischen Vergleich eine **relativ hohe Sterblichkeit** aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen. Tendenziell ist die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückläufig.

Die Sterblichkeit aufgrund von **Erkrankungen des Verdauungsapparats** stagniert für beide Geschlechter. Nationale und internationale Trends zeigen eine Reduzierung bei den Männern, während die **weiblichen Raten eher stagnieren**. Dieser Bereich könnte sich in den nächsten Jahren zu einem Interventionsfeld der Förderung der Frauengesundheit entwickeln.

Innerhalb der Gruppe der bösartigen Neubildungen ist noch immer **Brustkrebs** von größter Bedeutung, **gefolgt von Lungen- und Darmkrebs**. Die weibliche Krebsmortalität in der Steiermark **stagniert** seit 1998. Dies ist auch der Fall für spezifische Krebserkrankungen, wie Krebs des Verdauungsapparates, Gebärmutterhalskrebs

und Brustkrebs. Diese Stagnation kann auf die demographische Alterung zurückgeführt werden. Umgekehrt ist es trotz der demographischen Alterung gelungen, die Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken. Dies gelang jedoch nicht für Krebs, womit die Bedeutung und die Bekämpfung von Krebserkrankungen noch zusätzlich an Gewicht gewinnt. Besonderes Augenmerk ist auf die Lungen- und Brustkrebsraten zu legen. Das **Sterberisiko** der Frauen aufgrund von **Lungenkrebs** (inkl. Atmungsorgane) ist zwischen 1998 und 2002 **um 31% gestiegen**. Ein weiterer Anstieg ist für die nächsten Jahre zu erwarten. Überraschend ist auch die **Stagnation der Brustkrebsraten**. Aufgrund vermehrter Früherkennung und verbesserter Therapien wurde eine Reduzierung der Rate erhofft. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bisher keine eindeutige wissenschaftliche Beweislage vorliegt, die einen signifikanten Rückgang der Brustkrebsmortalität durch das flächendeckende systematische Mammographie-Screening nachweisen konnte.

Morbidität (Krankheitshäufigkeit)

Frauen zeigen einen schlechteren **subjektiven Gesundheitszustand** als Männer.

Der geschlechtsspezifische Unterschied wird vorwiegend durch die sozioökonomische Benachteiligung der Frauen erklärt. Durch die Vergrößerung der sozialen Ungleichheiten vergrößern sich auch Unterschiede in der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands. Hiervon werden wiederum Frauen aufgrund ihrer sozioökonomischen Benachteiligung stärker betroffen sein.

Von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, die einen stationären Aufenthalt erfordern, sind Männer stärker betroffen als Frauen, während Frauen bei Mikrozensus-Befragungen eine höhere Herz-Kreislauf-Erkrankungshäufigkeit berichten. Es kann davon ausgegangen werden, dass Frauen häufiger unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden als Männer. Die stationär behandelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind seit 1998 signifikant **rückläufig**, bei den Männern noch stärker als bei den Frauen. Es fällt auch auf, dass die **stationären Aufnahmen der Steirerinnen** im Österreichvergleich **hoch** sind.

Bei den Krebsneuerkrankungen zeigt sich keine signifikante zeitliche Veränderung in dem kurzen Beobachtungszeitraum zwischen 1997 und 2000. Auffällig sind die im Österreichvergleich hohen steirischen **Gebärmutterhalskrebsraten**.

Frauen werden mit einer steigenden Tendenz häufiger als Männer aufgrund von **Erkrankungen des Bewegungsapparates** stationär aufgenommen. Auch von Schenkelhalsbrüchen sind Frauen häufiger betroffen als Männer, was vor allem auf die höhere **Osteoporose-Inzidenz** bei den Frauen sowie deren höheren Altersanteil zurückgeführt werden kann. Weiters wird eine Diabeteserkrankung von Frauen öfter angegeben als von Männern.

Es ist auch nachdrücklich auf soziale Unterschiede bei Mortalitäts- und Morbiditätsraten hinzuweisen. **Sozial schlechter** gestellte Frauen sind **stärker Risikofaktoren** und **negativem Gesundheitsverhalten**, wie Zigarettenkonsum, ungesunder Ernährung und mangelnder körperlicher Betätigung, ausgesetzt. In Folge dessen konnte auch ein starker Zusammenhang zwischen der **Lebenserwartung**, der **Mortalität** und der **Morbidität** der Frauen mit ihrem sozioökonomischen Status gezeigt werden.

Schlussfolgerungen betreffend Mortalität und Morbidität

Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Stellung der Frauen könnten einen grundlegenden Beitrag zur Frauengesundheit leisten. Dies kann durch **systemische und strukturelle Veränderungen** erreicht werden, die es Frauen ermöglichen, mit ihrem Alltag leichter zurecht zu kommen und ein gesundheitsorientierteres Leben zu führen. D.h. es bedarf **sozialpolitischer Maßnahmen** im Sinne der **Verhältnisprävention** und einer **gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik** laut Ottawa Charta der WHO.

Es sind **umfassende, gesamtpolitische, sektorübergreifende und auf mehreren Ebenen angesiedelte Präventionskonzepte** notwendig, um die wichtigsten verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, zu reduzieren und damit sowohl Herz-Kreislauf- als auch Krebserkrankungen zu verringern. Sozialpolitische Maßnahmen können hierbei eine wesentliche Rolle spielen, aber auch effektive Präventionsmaßnahmen zur Senkung der Risikofaktoren (Nord Karelien Projekt, CINDI-Programm der WHO) sollten integriert sein. Darüber hinaus könnte damit auch die Krankheitslast aufgrund anderer chronischer Krankheiten, wie z.B. Diabetes, Hypertonie und Osteoporose, verringert werden.

Ein Schwerpunkt sollte die **Tabakprävention** sein. Der steigende Zigarettenkonsum von Frauen ist äußerst Besorgnis erregend. Mit dem Rauchen hat sich nicht nur das Lungenkrebs-Sterblichkeitsrisiko der Steirerinnen in den letzten Jahren erhöht, sondern es steht auch in einem starken Zusammenhang mit anderen Krebsformen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vielen anderen Krankheiten. Rauchen bei Frauen wirkt sich darüber hinaus auch in Hinblick auf Menstruation und Reproduktion aus. Nicht zu vernachlässigen ist auch das Zusammenwirken mit künstlichen Hormongaben. Die Zeit der Schwangerschaft ist besonders riskant, da Rauchen zu Tot- oder Frühgeburten, reduziertem Geburtsgewicht des Säuglings und anderen Schäden des Fötus führen kann. Es ist auch bekannt, dass stillende Mütter, die rauchen, Nikotin in der Muttermilch aufweisen. Wichtig erscheint, dass Frauen während der Schwangerschaft eher bereit sind das Rauchen aufzugeben als zu jedem anderen

Zeitpunkt ihres Lebens. In vielen Ländern gibt es bereits gezielte Programme für Frauen, um sie bei der Entwöhnung zu unterstützen (CDC, 2001). Neben entsprechenden **Kampagnen auf Gesamtbevölkerungsebene** und **Unterstützungsangeboten für Aufhörwillige** wären hier jedoch insbesondere auch gesellschaftliche Strukturveränderungen notwendig, die eine Verringerung der Belastung bei Frauen sicherstellen, sowie auch Maßnahmen, die bei der Tabakwerbung ansetzen. Zur Überwindung des Rauchens als Bewältigungsstrategie und Stresslöser könnte durch Schaffung gezielter Programme zur **Erarbeitung individueller Bewältigungsstrategien**, die das Erlernen **persönlicher Kompetenzen** für einen gesünderen Lebensstil ermöglichen, beigetragen werden. Hierbei sollten im Besonderen die Notwendigkeiten und Bedürfnisse **sozial schlechter gestellter** Frauen berücksichtigt werden.

Vorsorgeuntersuchungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sowohl Blutdruck- als auch Cholesterinmessungen werden bei **Frauen häufiger vorgenommen** als bei Männern. Unter der Ärzteschaft ist z.B. noch immer weit verbreitet, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Männerkrankheit seien. Dies hat zur Konsequenz, dass Frauen länger und intensiver beim niedergelassenen Arzt versorgt werden, während Männer häufig schneller einer adäquaten (meist stationären) Versorgung zugeführt werden. Der deutlich höhere Anteil von Blutdruckmessungen bei Frauen könnte mit ihrem höheren Anteil an der älteren Bevölkerung erklärt werden. Zunehmendes Alter bringt oft nicht nur häufigere Arztkontakte mit sich, sondern macht (insbesondere bei Frauen in und nach der Menopause) auch vermehrte Blutdruckkontrollen notwendig. Weiters scheint die Bildung in beiden Fällen einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit dieser Kontrollen zu haben, wobei Pflichtschul- und Lehrabsolventinnen häufiger untersucht werden. Dies dürfte jedoch wiederum mit dem Alter (ältere Frauen haben eine niedrigere formale Bildung als jüngere) als auch der mit der Bildung einhergehenden Lebensweise korrelieren.

International wird empfohlen, alle 2 Jahre eine Blutdruckkontrolle bei gesunden Menschen ab dem 18. Lebensjahr durchzuführen. Für das rechtzeitige Feststellen eines erhöhten Cholesterinwertes wird eine Messung bei gesunden Frauen über 45 und bei gesunden Männern über 35 Jahren alle 5 Jahre empfohlen, wobei eine Einstellung der Kontrolle ab dem 65. Lebensjahr in Erwägung gezogen werden soll. Die **Empfehlung des Blutdruckmonitorings** wird mit einem Anteil von 92% der über 18jährigen, die ungefähr alle 2 Jahre untersucht werden, **weitgehend umgesetzt**. Bei ungefähr 70% der Befragten wurde der Blutdruck im letzten Jahr gemessen. Auch die Zielgruppe für **Cholesterinmessungen** wird **weitgehend erreicht**.

Bei den 35 bis 65jährigen wurden 83% der Befragten innerhalb der letzten 3 Jahre und 94% jemals untersucht. Es wird allgemein häufiger als notwendig und vor allem zu häufig bei jenen Altersgruppen gemessen, für die kein Screening empfohlen wird.

Krebs

Bei der ärztlichen Brustuntersuchung und beim Krebsabstrich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme, wobei Lehr- und Fachschulabsolventinnen eine zwei- bzw. dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen wie andere Frauen. Diese Unterschiede sind vermutlich von der **Altersstruktur** der steirischen weiblichen Bevölkerung bestimmt.

Die **Inanspruchnahme der Mammographie variiert mit dem Alter**. Die größte Wahrscheinlichkeit eine Mammographie durchführen zu lassen zeigt die Altersgruppe der 35-74jährigen Frauen. Das häufigste Screening-Intervall beträgt ein Jahr. Die WHO empfiehlt, zweijährlich 50-69jährige Frauen auf Brustkrebs zu untersuchen, während dem Screening von 40-49jährigen aufgrund der nicht bewiesenen Effektivität ablehnend gegenüber gestanden wird. In der Steiermark **nehmen 80% der empfohlenen Zielgruppe am Screening teil. 89% dieser Teilnehmerinnen wurden innerhalb der letzten 3 Jahre untersucht und 60% innerhalb des letzten Jahres**. Allerdings wurden auch 93% der teilnehmenden 40-50jährigen in den letzten 3 Jahren gescreent.

Bei der **Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung sinkt die Inanspruchnahme mit dem Alter**. International wird eine dreijährliche Untersuchung der 21-65jährigen Frauen empfohlen. In der Steiermark kann in dieser Zielgruppe eine **Teilnahmequote von 93%** festgestellt werden, **91% davon** wurden in **den letzten 3 Jahren** untersucht. Die Teilnahme liegt allerdings bei den über 45jährigen unter 85%. Auch 60% der Frauen, die entweder jünger oder älter als die empfohlene Altersgruppe sind, wurden in diesem Zeitabstand gescreent.

Die Mehrzahl der Frauen geht zur Vorsorgeuntersuchung zum Facharzt und dies in ihrem eigenen Wohnbezirk.

Das **Vertrauen in die Schulmedizin** zeigt einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der **Mammographie** und der **ärztlichen Brustuntersuchung**. Die Inanspruch-

nahme ging mit sinkendem Vertrauen in die Schulmedizin signifikant zurück. Dies weist darauf hin, dass beim opportunistischen Screening, das stark auf Freiwilligkeit beruht, Frauen erreicht werden, die ohnehin großen Wert auf Vorsorge und Früherkennung legen.

Schlussfolgerungen betreffend Vorsorgeuntersuchungen

Verbesserungspotential beim **Mammographie-Screening** liegt **in der Verstärkung der Zielgruppenorientierung** und im **effizienteren Einsatz der Mittel**, z.B. durch die Verlängerung der Screening-Intervalle. Die von den Krankenkassen gesetzten finanziellen Anreize spielen hier eine zentrale Rolle. Vor allem ist auch auf die große Bedeutung der **Qualitätssicherung** im Mammographie-Screening hinzuweisen. Wichtig ist auch, dass **verständliche und unabhängige Informationsmöglichkeiten für Frauen** geschaffen werden, damit sich Frauen bewusst für oder gegen das wissenschaftlich umstrittene Mammographie-Screening entscheiden können.

Auch für das **Gebärmutterhalskrebs-Screening** gilt, dass Verbesserungen der Zielgruppenorientierung möglich wären. Nur durch die **Steigerung der Teilnahme** und nicht durch die hohe Frequenz der Untersuchung von bereits teilnehmenden Frauen kann die Morbidität sowie die Mortalität aufgrund von Gebärmutterhalskrebs verringert werden. Opportunistische Screeningprogramme sind weniger erfolgreich als systematische Programme. Daher wäre es sinnvoll, ein systematisches Früherkennungsprogramm zu installieren, das effektive Maßnahmen, wie etwa die Einladung von Frauen der entsprechenden Altersgruppen zu Untersuchungsterminen, beinhaltet. Trotz der Notwendigkeit Nicht-Teilnehmerinnen zu erreichen, muss den Frauen eine **informierte Entscheidung** zur Teilnahme ermöglicht werden. Über den Nutzen wie auch über die möglichen Schäden sollten Frauen aufgeklärt und informiert werden.

Um die Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen gezielt zu steigern, bedarf es der genaueren Untersuchung, welche Frauen dem Screening fernbleiben. Diese Zielgruppen sollten systematisch motiviert und angesprochen werden.

2. Einleitung

Lange Zeit wurde dem weiblichen Aspekt nicht nur in der Gesellschaft allgemein, sondern auch in der Gesundheitsforschung unzureichend Beachtung geschenkt. Es gibt gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern betreffend die Mortalität (Sterblichkeit), die Morbidität (Krankheitshäufigkeit), die Bedeutung von Risiken für chronische Erkrankungen, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die Diagnostik und die Therapie von Krankheiten (Machewsky-Schneider & Babitsch, 1998, S. 358). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind jedoch wenig untersucht und es fehlen wichtige Erkenntnisse über die Frauengesundheit. Die GesundheitspolitikerInnen der Steiermark haben diesen Mangel erkannt und unternehmen mit diesem Frauengesundheitsbericht einen Schritt zur geschlechts- und frauenspezifischen Betrachtung des Gesundheitszustands der SteirerInnen.

Im November 2003 wurde von der Landesregierung Steiermark die FH JOANNEUM mit der Erstellung des Frauengesundheitsberichtes beauftragt. Bereits im Jahr 1998 wurde ein steirischer Frauengesundheitsbericht (Rásky, 1998) erstellt, der eine wissenschaftlich fundierte und sozialmedizinische Basis für Entscheidungen im Gesundheitswesen bietet. Für den aktuellen Frauengesundheitsbericht überwog jedoch bei den politischen EntscheidungsträgerInnen der Wunsch, als Ergänzung zu diesem sozialmedizinischen Bericht einen traditionellen Gesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt auf epidemiologischen Daten zu erstellen.

Der vorliegende Bericht hat daher zum **Ziel**, die gesundheitliche Situation der SteirerInnen in epidemiologisch fundierter Weise quantitativ zu beschreiben, um die Zielsetzung, Planung und Implementierung von Maßnahmen zu unterstützen und somit Public Health Arbeit in der Steiermark zu fördern und zu stimulieren (Middleton et al., 1991, S. 521). Insbesondere soll mit dieser Lagebeschreibung und Ermittlung von vordringlichem Handlungsbedarf im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Frauen eine verbesserte Grund-

lage zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung geschaffen werden (Bardehle & Annuß, 1998, S. 329). Der Frauengesundheitsbericht wurde in Anlehnung an die *Women's Health Profiles* der WHO und Österreichs erstellt und sollte **folgende Punkte bearbeiten**:

1. Beschreibung der demographischen, sozialen und politischen Entwicklung für Frauen in der Steiermark;
2. Darstellung der Todesursachen für Frauen in der Steiermark;
3. Beschreibung des Krankheits- und Gesundheitszustandes sowie Bericht über das Vorsorgeverhalten der SteirerInnen;
4. Aufzeigen von Zusammenhängen und möglichen Interventionsmaßnahmen in der steirischen Frauengesundheitsplanung und -politik.

Die Gesundheitsberichterstattung kann der Politik und der Selbstverwaltung die Setzung von Prioritäten für gesundheitspolitische Entscheidungen nicht abnehmen, sondern nur deren Grundlagen verbessern. Berichte dieser Art sollen in erster Linie dazu dienen, Sozial- und GesundheitspolitikerInnen über den Gesundheitszustand der SteirerInnen zu informieren. Unter Sozial- und GesundheitspolitikerInnen werden jene verstanden, die in politischen Gremien Entscheidungen treffen und auch jene, die durch ihre fachliche Arbeit diese Entscheidungen mitgestalten, wie z.B. BeamtInnen oder VertreterInnen von Krankenversicherungen. Zielgruppe sind weiters all jene, die in Form von privaten Initiativen Gesundheitsförderungs- oder Krankheitspräventionsprojekte planen und betreiben, wie auch jene, die durch ihre Arbeit in angrenzenden Gesundheitsdisziplinen einen Beitrag zur Frauengesundheit leisten können. Natürlich soll der Bericht auch jeder/jedem interessierten Steirer/in zur Information dienen.

Dieser Bericht kann nur eine Bestandsaufnahme des aktuellen Gesundheitszustand der SteirerInnen sein; es wäre unseriös und unmöglich, Kausalitäten von den Ergebnissen derartiger beschreibender Berichte abzuleiten.

3. Methode

3.1. Datenlage

3.1.1 Datenquellen aus dem Krankheitsbereich

Das übergeordnete Ziel der steirischen Gesundheitsberichterstattung ist die Erstellung von Gesundheitsberichten, denen ein umfassender, ganzheitlicher Gesundheitsbegriff zu Grunde liegt. Gleichzeitig will die steirische Gesundheitsberichterstattung natürlich auch möglichst fundierte epidemiologische Ergebnisse berichten. Diese Intention war auch in diesem Bericht gegeben, konnte allerdings aufgrund der mangelnden Daten aus dem Bereich der Gesundheit (Rásky, 2001, S. 12) nicht erfüllt werden. Für den Krankheitsbereich sind Daten, wenn gleich oft lückenhaft, vorhanden. Erhältliche und kostengünstige Datenquellen, die für den vorliegenden Bericht herangezogen wurden, sind die Todesursachenstatistik, das Krebsregister (inkl. Death certificate only, d.h. auch jene Krebsfälle, die erstmals in der Todesursachenstatistik aufscheinen, wurden ins Krebsregister aufgenommen und sind in die Analyse inkludiert) und das Minimal Basic Data Set (MBDS) der steirischen Krankenanstalten. Das Krebsregister sowie die Todesursachenstatistik gelten bei den Diagnosen trotz regionaler Unterschiede als relativ valide Datenlieferanten (Rásky, 2001, S. 23; Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 24).

3.1.2 Probleme mit Krankenhausdaten

Das MBDS wird für administrative Abrechnungszwecke gesammelt und ist daher mit Vorbehalt zu behandeln. Aufgrund der eingeschränkten Validität ist bei epidemiologischen Auswertungen mit Verzerrungen zu rechnen. Die Unmöglichkeit, zwischen Wiederaufnahme und Neuaufnahme zu unterscheiden, führt auch zu einer gewissen Verunreinigung der MBDS Daten bzw. zur Doppelerfassung von Fällen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass das MBDS natürlich nur Fälle erfasst, die im Spital behandelt wurden. D.h., im Bericht dargestellte Inzidenzen geben nur Krankenhausinzidenzen wieder und inkludieren nicht die gesundheitlichen Belastungen in der Bevölkerung, die nicht im Krankenhaus behandelt werden. Trotz dieser Einschränkungen liefern die Krankenhausinzidenzen einen wichtigen Beitrag, da sie ein relativ gutes Bild der schweren Erkrankungen widerspiegeln, die ja auch die höchsten Kosten verursachen. Weiters können sie sehr wohl dazu dienen, Trends und Entwicklungen abzulesen, weil die Unreinheiten, die mit ihnen einhergehen, über die Jahre gleichbleibend sind. Für den extramuralen Bereich der Gesundheitsversorgung sind kaum Daten zugänglich. Dieser Datenmangel im extramuralen und ambulanten Bereich stellt grundsätzlich ein großes Problem für die österreichische Gesundheitsberichterstattung dar. Eine Verbesserung der Datenlage in diesem Bereich wäre hier dringend notwendig.

3.1.3 Datenquellen aus dem Gesundheitsbereich

Für die Gesundheitsdeterminanten im ganzheitlichen Sinn ist die Datenlage weitaus schlechter (Rásky, 2001, S. 14). Als mögliche Datenquelle käme der **Mikrozensus** in Frage; es wurde jedoch kritisiert, dass der Fragebogen des Mikrozensus nicht internationalen Standards entspricht und dessen Validität und Reliabilität (Klampfl & Piribauer, 1999, S. 3) sowie Repräsentativität (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 22) nicht sichergestellt sind. Weiters ist bei den erfassten Daten des Mikrozensus mit Erinnerungsfehlern zu rechnen (Rásky, 2001, S. 50). Eine Analyse, die tiefer als bis auf Bundesländerebene geht, ist auch aufgrund der kleinen Stichprobengrößen wenig sinnvoll (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 22). Eine Analyse des Mikrozensus bis auf Bundesländerebene wurde bereits vom ÖSTAT (Statistik Austria, 2002b) und vom ÖBIG in einer Arbeit zum Thema Frauengesundheit und Armut durchgeführt (Hlava, 2003). Es erschien daher nicht sinnvoll die Mikrozensusdaten für diesen Bericht anzukaufen. Die vorhandenen Ressourcen sollten in die Auswertung von Daten besserer Qualität und Daten mit mehr Neuigkeitswert fließen.

Als weitere Datenquelle wurden die gesammelten Daten der **Styria Vitalis** in Erwägung gezogen. Styria Vitalis sammelt Gesundheitsdaten in Gemeinden, die freiwillig an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilnehmen. Aus dieser Freiwilligkeit resultiert ein Selektionsfehler, der die Repräsentativität der Daten nicht gewährleistet (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 24). Aus diesem Grund wurde diese Datenquelle schlussendlich nicht genutzt.

3.1.4 Andere verwendete Datenquellen

Einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit leistet allerdings das soziale Umfeld, welches durch die **Landesstatistik Steiermark** sehr gut aufgearbeitet wurde. Somit konnte die soziale und politische Situation der Frauen in der Steiermark gut dargestellt werden, was in weiterer Folge zur Entwicklung von Prioritäten für die steirische Gesundheitsförderung beitragen könnte.

Weiters wurde für die Erstellung des Frauengesundheitsberichts auf Daten von zwei **Surveys** zurückgegriffen, die im Jahr 1999 im Zuge des Mikrozensus im Auftrag der steirischen Landessanitätsdirektion durchgeführt wurden. Es handelt sich hierbei um *die steirische Gesundheitsbefragung 1999*, die alle am Mikrozensus teilnehmenden Personen (n=5.881) zum subjektiven Gesundheitszustand und zur Inanspruchnahme der Cholesterin- und Blutdruckmessungen befragte. Im Jahr 2000 wurde aus dieser Umfrage eine Stichprobe von 838 Frauen gezogen, die zur Inanspruchnahme von klinischer Brustuntersuchung, Mammographie und Krebsabstrich telefonisch befragt wurden (*Steirische Telefonumfrage 2000*). Die Repräsentativität der beiden Stichproben wurde im Vergleich mit der steirischen Bevölkerung betreffend Alter, Bildung und

Geschlecht mit einem Chi-Quadrat-Test getestet und es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. D.h. beide Stichproben können als einigermaßen repräsentativ für die steirische Bevölkerung angesehen werden.

Diese Survey-Daten wurden bisher nicht erschöpfend ausgewertet und lieferten qualitativ hochwertiges und vor allem auch neues Material für den vorliegenden Frauengesundheitsbericht.

Zusätzlich wurde während der Konzeption des Berichts Kontakt mit dem **Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich (FQSDÖ)** aufgenommen, da das Forum im Zuge seiner Tätigkeiten für das Land Steiermark hoch valide Daten sammelt. Diese Datenquelle sollte auch für den Frauengesundheitsbericht genutzt werden. Fragestellungen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Behandlung, im Gesundheitsverhalten von Diabetes-PatientInnen sowie in der Qualität der Qualitätssicherung zwischen Ärzten und Ärztinnen wurden beantwortet. Von outcome-orientierten Auswertungen des FQSDÖ wurde Abstand genommen, da aufgrund der Freiwilligkeit der teilnehmenden ÄrztInnen davon ausgegangen werden muss, dass die Daten epidemiologisch nicht repräsentativ sind.

3.2 Indikatoren

3.2.1 Indikatorenentwicklung

Wie bereits angedeutet wurde der größte Teil der Indikatoren dieses Berichts, also die Indikatoren für die **demographische, soziale und politische Entwicklung**, sowie zur **Mortalität und Morbidität**, in Anlehnung an das *Women's health profile der WHO* und an das Austrian *Women's health profile* konzipiert und entwickelt. Die Indikatoren wurden nach Relevanz, sprich nach der Größe der Krankheits-Belastung für die Frauen, und nach Verfügbarkeit der Daten (siehe oben) ausgewählt.

Die von der **WHO** 1995 definierten Indikatoren können natürlich nach heutigem Stand der Wissenschaft in Frage gestellt und deren Sinnhaftigkeit und Zweckmäßigkeit diskutiert werden. Es wäre sicher sinnvoll, die verwendeten Indikatoren der WHO systematisch zu hinterfragen. Die Indikatoren müssen auf ihre Relevanz für Public Health und für geschlechtsspezifische Ungleichheit, auf die zu erwartende Veränderung, ihre wissenschaftliche Zuverlässigkeit, auf die Machbarkeit der Datenerhebung und -analyse hin geprüft werden (McKinley et al., 2001, S. 47; WHO, 2003b, S. 5-7). Es wäre zu hinterfragen: Was messen diese Indikatoren eigentlich, welche Aussagekraft besitzen sie, mit welchen Daten in welcher Qualität können diese Indikatoren in der Steiermark ausgewertet werden und vor allem welche zusätzlichen Daten müssten in welcher Form erhoben werden, um eine umfassende und nachhaltige Frauengesundheitsberichterstattung sicherzustellen (Rásky E., Gespräch, 5. August 2003)? Diese erschöpfende Kritik übersteigt naturgemäß die Möglichkeiten dieses Gesundheitsberichts. Trotzdem muss nachdrücklich darauf hingewiesen

werden, dass diese wissenschaftliche Arbeit von Priorität ist, um beim nächsten Frauengesundheitsbericht von einer verbesserten Basis ausgehen zu können. In diese Betrachtung der Indikatoren und der Datenquellen sind auch Entwicklungen der WHO mit einzubeziehen. Hier wurden in den letzten Jahren innerhalb des „Gender and Women's Health“ Programms bereits Indikatorensets entwickelt, die auf einem theoretischen Konzept zur Beseitigung von Ungleichheit aufbauen. Diese liegen bisher allerdings nur in Entwurfsform vor und bedürften noch weiterer Diskussionen (WHO, 2003b). Wie viele andere Organisationen hat die WHO ihre Politik und ihre Maßnahmen ganz klar auf das Konzept des Gender Mainstreaming ausgerichtet, welches mit großer Sicherheit auch in der steirischen Gesundheitsberichterstattung an Relevanz gewinnen wird.

Im Falle des vorliegenden Berichts sollte jedoch mit beschränkten Ressourcen ein möglichst fundiertes Konzept erstellt werden, bei gleichzeitiger Sicherstellung der internationalen Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Es wurde daher auf bereits etablierte und akzeptierte internationale Standards zurückgegriffen.

Die **Indikatoren** für die Auswertung der **Surveys** und der Daten aus dem **FQSDÖ** wurden aufgrund von Thesen entwickelt. So wurde zum Beispiel ausgehend vom *inverse care law* (Hart, 1971) die These entwickelt, dass mit schlechterer Bildung eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen einhergeht. Dazu wurde der Indikator „% Anteil der Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung“ definiert und mit einem statistischen Modell auf die Signifikanz des Zusammenhangs getestet (siehe Kapitel 8, Vorsorgeuntersuchungen).

3.2.2 Operationalisierung des Konzepts „sozioökonomischer Status“

Auf Wunsch des Auftraggebers wurde, wo immer dies möglich schien, auch eine Darstellung nach sozialer Schichtung (Einkommen, Bildung) durchgeführt. Dies erschien aufgrund des starken sozialen Gradienten in der Gesundheit sinnvoll. Allerdings zeigte sich in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Krankheits-Routinedaten, dass die soziale Perspektive auf die Frauengesundheit nur in den seltensten Fällen möglich ist. Weder die Todesursachenstatistik, noch das Krebsregister oder das MBDS erlauben derartige Aufschlüsselungen.

Die **Messung des sozioökonomischen Status von Frauen** ist darüber hinaus **besonders schwierig**, weil ihre soziale Stellung eng mit der sozialen Stellung ihres Partners verbunden ist. So zeigen sich größere gesundheitliche Unterschiede wenn die soziale Stellung der Frauen durch die soziale Klasse des Haushalts anstatt ihrer individuellen sozialen Stellung gemessen wird (Krieger et al., 1999, S. 619). Eine derartige, mehrschichtige Messung des Sozialstatus war jedoch für den Gesundheitsbericht aufgrund der mangelnden Daten nicht möglich. Es musste daher beim Messen individueller Kennzeichen bleiben,

womit vermutlich eine Unterschätzung der sozialen und gesundheitlichen Unterschiede einhergeht (Krieger et al., 1999, S. 621).

Einkommen wird allgemein als die stärkere Determinante für den Gesundheitszustand der Frauen betrachtet. Auch die WHO hat im Programm „Gesundheit für alle“ Armut im Vergleich zu Bildung als maßgeblicheren Risikofaktor für Gesundheit genannt. Allerdings ist hier auf die starke Interaktion und Verschränkung zwischen diesen beiden Faktoren hinzuweisen (WHO, 1999, S. 13). Für die Survey-Daten wäre es zwar möglich gewesen nach Einkommen zu schichten, allerdings für keinen anderen Teil des Berichts.

Andererseits hat sich gezeigt, dass Bildung stärker als Einkommen mit der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Vorsorgeleistungen in Zusammenhang steht (Röckl-Wiedmann et al., 2002, S. 315). Auch wurde in vielen anderen Frauengesundheitsberichten, wie im steirischen Frauengesundheitsbericht 1998 und im Salzburger Frauengesundheitsbericht 2000, Bildung als Schichtungsvariable verwendet.

Aus pragmatischen Gründen wurde schließlich festgelegt nach Bildung zu schichten, da dies sowohl für die demographische und soziale Entwicklung als auch für die Survey-Daten möglich war. Die höchste abgeschlossene Ausbildung wurde in fünf Kategorien unterteilt: Pflichtschule, Lehre, Fachschule inkl. BMS, Matura inkl. AHS und BHS, Universität und andere hochschulähnliche Institutionen. Die Gruppe jener, deren höchste Ausbildungsstufe der Abschluss einer Universität und hochschulverwandter Einrichtungen ist, wird hinkünftig als AkademikerInnen bezeichnet, um den Lesefluss zu erleichtern.

3.2.3 Festlegung des Untersuchungszeitraums

Pragmatik hat auch die Festlegung des Untersuchungszeitraums für die Analyse im Bereich der Mortalität und der Morbidität beherrscht. Über das steirische Gesundheitsinformationssystem lagen Mortalitäts- sowie Morbiditätsdaten für die Steiermark kostenlos für die Jahre 1998 bis 2002 vor. Aus diesem Grund wurde der Untersuchungszeitraum für den Frauengesundheitsbericht für dieselbe Zeitspanne festgelegt, obwohl natürlich ein längerer Untersuchungszeitraum wünschenswert gewesen wäre, um Trends besser darstellen und ablesen zu können. Leider musste auch für die Daten des Krebsregisters ein neuer Zeitraum akzeptiert werden, nachdem sich herausstellte, dass die Daten zur Zeit der Erstellung nur für die Jahre 1997 bis 2000 erhältlich waren.

Die Darstellung der demographischen und sozialen Entwicklung wurde soweit als möglich für mindestens zehn Jahre vorgenommen, wobei vor allem die Jahre 1991 und 2001 aufgrund der Volkszählungen herangezogen wurden. Wo es keine Einschränkungen gab bezüglich Datenverfügbarkeit wurden die jeweils aktuellsten Daten herangezogen.

3.2.4 Festlegung der Altersgruppen

Zur Festlegung der Altersgruppen gab es viele Möglichkeiten. So wäre es möglich gewesen, die Altersgruppeneinteilung in Übereinstimmung mit dem Frauengesundheitsbericht 1998 (15–19, 20–44, 45–64, 65+) oder mit dem Austrian Women's Health Profile (unter 25, 25–35, 35–45 etc.) vorzunehmen. Nach der systematischen Analyse der vorliegenden österreichischen Frauengesundheitsberichte hat sich allerdings gezeigt, dass die Festlegung der Altersgruppen sehr heterogen ist. Deshalb wurde beschlossen eine Altersgliederung zu treffen, die für den vorliegenden Bericht am sinnvollsten erschien. Als Zielgruppe der Untersuchung wurden steirische Frauen ab dem Alter von 15 Jahren festgelegt. Weibliche Personen jüngerer Alters schienen im Anbetracht der definierten Determinanten als weniger interessant, da es sich doch um einen krankheitsorientierten Bericht handelt. Eine Einteilung mit 5-Jahres-Schritten erschien zu umfangreich und zu unüberschaubar und hätte Probleme bei der Interpretation und Darstellung der Ergebnisse mit sich gebracht. Deshalb wurde eine Einteilung in 10-Jahres-Altersgruppen vorgenommen. Außerdem war mit dieser Einteilung die Vergleichbarkeit mit dem Austrian Women's Health Profile sichergestellt.

3.3 Statistische Analyse

Von Gerhard Neubauer, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse, JR

Aus den diagnosespezifischen Anteilen der Nicht-Fonds-Krankenanstalten (NFKA) an den Krankenhausentlassungen der Jahre 1998 bis 2001, wurden NFKA-Daten für 2002 hochgerechnet. Eine Validierung der Ergebnisse erfolgte graphisch und durch Vergleich der Konfidenzintervalle ($\alpha=0.01$) der standardisierten Raten, 1) berechnet aus den vollständigen Daten der Jahre 1998 bis 2001, und 2) berechnet aus den hochgerechneten Daten der Jahre 1998–2001. In allen Fällen überlappen die Konfidenzintervalle, d.h. für die Jahre 1998 bis 2001 erhält man essentiell dieselben Ergebnisse, unabhängig davon ob man die vollständigen Daten oder die hochgerechneten Daten verwendet.

Für die Todesursachenstatistik, das Krebsregister und die Krankenhausentlassungsdaten wurden altersstandardisierte Raten berechnet, wobei direkte Standardisierung (Breslow & Day, 1980) anhand der alten europäischen Standardbevölkerung durchgeführt wurde.

Jede Fragestellung wurde in Regressionsterminologie übersetzt, sodass der Effekt von Einflussgrößen (X) auf eine Zielgröße (Y) quantifizierbar wurde. Alle Zielgrößen waren kategorial und es wurden daher generalisierte lineare Modelle (GML) verwendet (McCullagh & Nelder, 1989).

Zur Hypothesentestung für die Todesursachenstatistik, das Krebsregister und die Krankenhausentlassungsdaten wurde ein multiplikatives Poisson Modell (mit Offset) verwendet (Breslow & Day, 1987). Die Zielgrößen

des Telefonsurvey 2000 und des Gesundheitsurvey 1999 wurden mittels logistischer, ordinaler und multinomialer Regression (Tutz, 2000) analysiert.

Zur Hypothesentestung wurde der Likelihood-Ratio-Test (LRT) verwendet, wobei durch sequentielle Testung das einfachste Modell gesucht wurde. Die X-Variablen sind in allen Fällen kategorial (Faktoren) und sequentiell wurden Interaktionen, Haupteffekte und Faktorstufen getestet.

Die Berechnung der *potential years of life lost* orientiert sich an „Core Indicators for Public Health in Ontario“ (Association of Public Health Epidemiologists Ontario, 2003). Für vor dem 65. Lebensjahr Verstorbene wird der individuelle Verlust durch $v_i=(65-a_i)$ berechnet, wobei a_i das individuelle Sterbealter bezeichnet. Die Rate ist dann $R=1000*(V/N)$, wobei $V=\sum v_i$, N die Größe der Population ist, und je 1000 Einwohner berichtet wird. Wird v_i als exponential verteilt mit Parameter l und $\text{Var}(z_i)=l^2$ betrachtet, dann gilt $\text{Var}(S)=nl^2$ und weiters $\text{Var}(R)=(1000/N)2nl^2$ (n =Anzahl der Verstorbenen). Das Konfidenzintervall ist folglich $KI=R(z_{\alpha}\text{Var}(R))^{1/2}$.

Für die statistische Analyse der FQSDÖ-Daten wurde für kategorische Variablen der Chi-Quadrat-Test und für kontinuierliche Variablen der Wilcoxon-Test verwendet.

3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass es aufgrund geringer Ressourcen und der gewünschten Schwerpunktsetzung vom Auftraggeber nicht möglich war, umfassend über Gesundheitsdeterminanten zu berichten. Der Bericht gewinnt allerdings durch die optimale Nutzung vorhandener Daten, die gute Qualität der verwendeten Daten und durch die statistisch sehr gute über das für Gesundheitsberichte übliche Maß hinausgehende Auswertung. D.h. der Bericht konzentriert sich auf jene Bereiche, die einen relativ **hohen Kosten-Nutzen-Effekt** im Sinne von **geringen Kosten für sehr gute Datenqualität** zeigen. Somit wurde der Bericht auf die Bereiche der demographischen, sozialen und politischen Entwicklung, der Haupttodesursachen, der wichtigsten Erkrankungen, der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bereich Diabetes eingeschränkt.

4. Demographische Situation

Die absolute Bevölkerungszahl der Steiermark ist zwischen 1991 und 2001 von 1.184.720 auf 1.183.303, also um 1.417 Personen bzw. 0,12%, leicht gesunken. Fast ein Fünftel der steirischen Bevölkerung (19% bzw. 226.244 Personen) lebte 2001 in Graz, was ebenfalls einen leichten Rückgang seit 1991 darstellt (siehe Tabelle 4.1.1).

4.1 Bevölkerungsverteilung

Der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung beträgt gleichbleibend um die 51%, wobei der Frauenanteil in Graz mit 53% etwas höher ist als der Anteil der Frauen an der Landbevölkerung mit 51% (siehe Tabelle 4.1.1). Die Steiermark hat somit den gleichen Frauenanteil wie Gesamtösterreich, welches innerhalb der EU einen der höchsten Frauenanteile aufweist (European Commission, 1997, S. 17).

Bis zur Altersgruppe der 45-54-jährigen überwiegt der Anteil der Männer, in den älteren Altersgruppen überwiegen die Frauen (siehe Tabelle 4.1.2). Statistisch gesehen tritt der „Knick“ im Alter von 49 Jahren auf (Landesstatistik Steiermark, 2003c, S. 37).

Seit 1991 ist der Anteil junger Frauen und Männer (bis zum 34. Lebensjahr) an der Bevölkerung gesunken. Die Bevölkerung im Alter von über 35 Jahren hat hingegen seit 1991 zugenommen. Diese Verschiebung war aufgrund der demographischen Alterung zu erwarten. Auch der **Anteil der über 65-jährigen** an der Bevölkerung ist **gestiegen** (Frauen 1991: 19%, 2001: 20% ; Männer 1991: 11%, 2001: 13%), wobei der **Männeranteil** an der älteren Bevölkerung eine **stärkere Zunahme** zu verzeichnen hat als der Frauenanteil. Aufgrund der

höheren Lebenserwartung von Frauen und aufgrund des Gefallenverlusts im 2. Weltkrieg wurde in Österreich in den letzten Jahren eine Feminisierung des Alters verzeichnet. Diese Feminisierung schwindet durch das Versterben der Kriegsgeneration und durch die langsame Anpassung der männlichen Lebenserwartung an jene der Frauen. Das Schwinden der Feminisierung ist an der stärkeren Zunahme der Männer in den älteren Altersgruppen erkennbar. So sieht man, dass die Zahl der 65-74-jährigen Frauen pro 100 Männer im Zeitraum zwischen 1991 und 2001 von 162 auf 125 zurückgegangen ist (siehe Tabelle 4.1.3).

Trotzdem stellt das weibliche Geschlecht im Alter noch immer eine Mehrheit dar. Für die **älteren Altersgruppen gilt die Dominanz der Frauen** mit 201 Frauen pro 100 Männern bei den 75 bis 85-jährigen und mit 278 Frauen pro 100 Männern bei den über 85-jährigen. Hiermit liegt die Steiermark im Europatrend, allerdings zeichnet sich Österreich allgemein mit einer hohen Feminisierungsrate (Anzahl der Frauen pro 100 Männer) im Alter aus (European Commission, 1997, S. 18). Mit einer Feminisierungsrate der über 60-jährigen von 155 in Österreich (und 159 bei den über 65-jährigen in der Steiermark) liegt man innerhalb der EU an der Spitze vor Deutschland und Finnland.

4.2 Sterblichkeit

Im Jahr 2002 verstarben 5.471 Männer und 6.036 Frauen (siehe Tabelle 4.2.1). Dies entspricht einer Sterbeziffer von 10 Menschen pro 1.000 EinwohnerInnen, wobei kein geschlechtsspezifischer Unterschied gegeben ist. Damit gelang es, für beide Geschlechter die Sterbeziffer (Sterbefälle pro 1.000 EinwohnerInnen), die 1991 noch bei 11 je 1.000 EinwohnerInnen lag, zu reduzieren.

Die Geburtenziffer (d. h. Lebendgeburten pro 1.000 EinwohnerInnen) lag 2002 bei den Frauen mit 8 geborenen Mädchen pro 1.000 Einwohnerinnen um fast 2 Fälle pro

Tabelle 4.1.2: Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht und Alter, 2001 und 1991

Alter	1991			2001		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
unter 15	18,6%	16,6%	17,5%	17,1%	15,3%	16,2%
15 bis 24	16,2%	14,2%	15,1%	12,8%	11,5%	12,2%
25 bis 34	18,0%	15,8%	16,8%	15,6%	14,0%	14,8%
35 bis 44	13,7%	12,6%	13,1%	17,2%	15,6%	16,4%
45 bis 54	12,1%	11,6%	11,8%	13,1%	12,5%	12,7%
55 bis 64	10,2%	10,5%	10,4%	11,1%	11,2%	11,1%
65 bis 74	6,8%	10,4%	8,7%	8,1%	9,6%	8,9%
75 bis 84	3,7%	6,7%	5,3%	4,1%	7,7%	5,9%
85 u. älter	0,7%	1,7%	1,2%	1,0%	2,5%	1,8%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungsergebnisse 1991 und 2001
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

1.000 unter der Sterbeziffer, während bei den Männern die Geburten und die Sterbeziffer fast gleich hoch sind. Gesamt bedeutet dies, dass ein negatives Bevölkerungswachstum bzw. ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen ist (siehe Tabelle 4.2.2). 1997 war die gesamte Sterbeziffer erstmals höher als die Geburtenziffer. Dieser Rückgang wird hauptsächlich auf die geringere Zahl der Geburten zurückgeführt, da sich die Sterbefälle weniger verändert haben (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 8).

4.3 Geburten

Die absolute Anzahl der Lebendgeburten betrug 2002 bei den Buben 5.392 und bei den Mädchen 5.070 (siehe Tabelle 4.3.1), wobei auch die Geburtenziffer, d.h. Lebendgeborene pro 1.000 EinwohnerInnen, eine höhere Ziffer für Buben (9 pro 1.000 EinwohnerInnen) als für Mädchen (8 pro 1.000 EinwohnerInnen) bescheinigt.

Betrachtet man die allgemeinen Fertilitätsziffern (d.h. Lebendgeburten pro 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren) in den einzelnen Gruppen nach Bildungsabschlüssen, zeigt sich, dass die Fertilitätsziffer bei Frauen mit einem Lehrabschluss mit 57 Geburten pro 1.000 Frauen im Jahr 2001 am höchsten lag, gefolgt von den Akademikerinnen mit 45 Geburten pro 1.000 Frauen (siehe Tabelle 4.3.2). Allerdings ist die allgemeine Fertilitätsziffer in allen Bildungsgruppen seit 1991 gesunken. Am stärksten gesunken ist sie in der Gruppe der Akademikerinnen, gefolgt von jenen mit einem Fachschul- und Lehrabschluss. Geringere Veränderungen zeigen die Maturantinnen und Pflichtschulabgängerinnen, die ohnehin bereits niedrigere Fertilitätsziffern aufweisen.

Die Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau ist von 1991 kontinuierlich von 1,5 auf 1,3 im Jahr 2002 zurückgegangen (siehe Tabelle 4.3.3). Mit dieser Rate liegt die Steiermark unter der österreichischen Gesamtfertilitätsrate von 1,4 (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 11). In Städten ist die Fertilitätsrate gemeinhin geringer als am Land, was sich auch für die Steiermark als gültig zeigt. In Graz wurde zwischen 1991 und 2001 in allen Jahren eine etwas geringere Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau verzeichnet als in der ländlichen Steiermark (siehe Tabelle 4.3.4).

4.4 Familienstruktur

Im Jahr 2002 heirateten 8,8 Männer je 1.000 Einwohner und 8,3 Frauen je 1.000 Einwohnerinnen. Diese **Heiratsziffer** ist seit 1991 **rückläufig** (siehe Tabelle 4.4.1). Mit einer Eheschließungsziffer von 4 auf 1.000 EinwohnerInnen liegt die Steiermark unter der gesamtösterreichischen von 4,6 und unter der europäischen (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 55). Die Heiratsraten sind europaweit um ein Drittel von 8 auf 5,1 per 1.000 Ein-

wohner zwischen 1960 und 1995 zurückgegangen (European Commission, 1997, S. 19).

Im Zeitraum von 1991 bis 2002 **stieg** das Alter **bei der ersten Eheschließung** bei den Männern von 27 auf 30 und jenes der Frauen von 25 auf 28 Jahre an (siehe Tabelle 4.4.2). Damit ist in den letzten zehn Jahren ein Anstieg des durchschnittlichen Erst-Heiratsalters von 3 Jahren zu verzeichnen, wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern im durchschnittlichen Heiratsalter relativ stabil bei 2 bis 3 Jahren liegt. Das Durchschnittsalter der SteirerInnen bei der 1. Eheschließung ist im EU Vergleich relativ niedrig, österreichweit ist das Heiratsalter jenem der SteirerInnen allerdings ähnlich (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 54).

Die rohen **Scheidungsrate**n stiegen langsam über das letzte Jahrzehnt von 3,6 auf 4,7 pro 1.000 Männer und von 3,3 auf 4,5 pro 1.000 Frauen an (siehe Tabelle 4.4.3). Seit 1976 ist ein Anstieg von 5,6 Scheidungen auf 10,9 Scheidungen pro 1.000 bestehender Ehen im Jahr 2002 zu verzeichnen (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 63). Das heißt, im Jahr 2002 wurden ungefähr 1% aller bestehenden Ehen geschieden.

Die Familiensituation betreffend Familientyp hat sich zwischen 1991 und 2001 generell kaum verändert, außer dass ein **Trend von der Ehe zur Lebensgemeinschaft** erkennbar wird (siehe Tabelle 4.4.4). Im Vergleich zu 1991 lebten 2001 5% mehr Familien in Lebensgemeinschaften und 4% weniger Familien mit dem Trauschein.

2001 waren, ähnlich wie im Jahr 1991, ungefähr 14% der Familien alleinerziehende Mütter (siehe Tabelle 4.4.4). Von den 45.572 **Alleinerzieherinnen** haben 71% ein Kind und 23% zwei Kinder, 6% betreuen 3 oder mehr Kinder (siehe Tabelle 4.4.5). Viele dieser Kinder sind allerdings bereits über 15 Jahre alt und stellen daher einen geringeren Betreuungsaufwand dar. So haben 53% der alleinerziehenden Mütter keine Kinder unter 15 Jahren mehr zu versorgen, während 33% ein Kind und 11% zwei Kinder unter 15 zu versorgen haben (siehe Tabelle 4.4.5).

An der prozentuellen Verteilung der verschiedenen Familientypen an der Anzahl der Kinder unter 15 Jahren insgesamt hat sich (mit Ausnahme der bereits erwähnten Verschiebung von der Ehepaar-Familie hin zur Lebensgemeinschaft) seit 1991 kaum etwas verändert. Allerdings ist zwischen 1991 und 2001 der **Anteil der Alleinerzieherinnen an den Mehrkinderfamilien gestiegen**. So waren 1991 noch 8% der Familien mit drei Kindern im Alter zwischen 0 und 15 Jahren Alleinerzieherinnen, 2001 waren es etwas mehr mit 9% (siehe Tabelle 4.4.4). Bei den Familien mit vier Kindern unter 15 Jahren ist der Anteil der Alleinerzieherinnen zwischen 1991 und 2001 von 7% auf 10% gestiegen. Gerade diese Gruppe der Alleinerzieherinnen bedarf besonderer Unterstützung.

4.5 Kinderbetreuung

Die steirischen Mütter wurden 2002 von 958 Kindertagesheimen (inkl. der 149 nur saisonmäßig geführten Einrichtungen) unterstützt (siehe Tabelle 4.5.1). 65% der Einrichtungen wurden von der öffentlichen Hand erhalten und 35% von Privaten. Mit dieser Verteilung liegt der Anteil der öffentlichen steirischen Versorgung etwas unter dem österreichischen, der bei 67% liegt. Diese Verteilung auf öffentliche und private Erhalter trifft auf alle Arten von Einrichtungen zu, ausgenommen die Horte, wo es ein größeres öffentliches wie privates Angebot gibt. Besonders der Anteil der Vereine am steirischen Angebot liegt weit über dem österreichischen. Durch das **größere private Angebot** kann es auch zu höheren Preisen kommen, welche vor allem auch in der Steiermark Frauen daran hindern, Kinder in außerfamiliäre Betreuung zu geben (Kytir & Schrittwieser, 2003, S. 41).

Geht man davon aus, dass für versorgungspflichtige Mütter eine Einrichtung, die ganzjährig und ganztäglich ohne Unterbrechung geöffnet ist, das Optimum darstellt, könnte dies als Qualitätsindikator herangezogen werden. Ein Vergleich der Öffnungszeiten der steirischen Einrichtungen mit den österreichischen lässt hier die Steiermark schlecht abschneiden. In der Steiermark bieten nur **26% aller Einrichtungen dieses optimale Service**, während es in Österreich 63% sind (siehe Tabelle 4.5.2). Positiv sind in der Steiermark jedoch die insgesamt 149 saisonal geführten Kinderbetreuungseinrichtungen zu erwähnen, die es den Eltern erleichtern, die Ferienzeit zu überbrücken. Hier liegt ein großer regionaler Unterschied in der Versorgung vor, der sich durch das gesamte Angebot durchzieht. Durch eine Kinderbetreuungs-Infrastruktur, die es Frauen nicht oder nur unter großen Belastungen ermöglicht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, werden Frauen in ungeregelte Arbeitsverhältnisse abgedrängt.

4.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In der Bestandsaufnahme der demographischen Situation haben sich allgemeine Trends bestätigt:

- Die Steiermark ist im Allgemeinen von einem **Bevölkerungsrückgang** betroffen, während der Anteil der Älteren steigt. Die Feminisierung des Alters schwindet, trotzdem **dominiert das weibliche Geschlecht die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren**.
- Die **Geburtenziffern** sind weiterhin **rückläufig**. Die allgemeine Fertilitätsziffer sinkt in allen Bildungsstufen. Die vergleichsweise höchsten Fertilitätsziffern zeigen Frauen mit Lehrabschluss und mit Hochschul- und hochschulverwandten Abschlüssen. Die Fertilität ist in den städtischen Gebieten geringer als in den ländlichen.

- Es zeichnet sich ein Trend von der **Ehe hin zur Lebensgemeinschaft** ab. Die Heiratsraten und der Anteil der Familien mit Trauschein sinken. Der Anteil der Lebensgemeinschaften, die Scheidungsrate und das Erst-Heiratsalter steigen.
- Der Anteil der **Alleinerzieherinnen** ist seit 1991 leicht gesunken. 44% der Alleinerzieherinnen haben 1-2 Kinder, die jünger als 15 Jahre alt sind, zu betreuen. Der Anteil der Alleinerzieherinnen unter den Familien, die **3 Kindern und mehr** zu betreuen haben, ist seit 1991 auf ungefähr 10% **gestiegen**.
- Das Kinderbetreuungsangebot wird in der Steiermark zu einem relativ hohen Anteil durch private Vereine abgedeckt. Nur **26% der Kinderbetreuungsstätten** können mit einem **zeitlich umfassenden Angebot aufwarten**.

Daraus kann geschlossen werden:

- **Die demographische Alterung stellt die Infrastruktur der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen vor neue Herausforderungen.** Vor allem wird der Bedarf an institutioneller Pflege aufgrund des Trends zu weniger traditionellen Familienstrukturen, aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in jungen Generationen und der geringen Kinderzahlen steigen.
- Die Veränderung der Familienstruktur und die hohen Scheidungsraten lassen befürchten, dass die soziale und gesundheitliche Belastung von Frauen und Müttern steigen wird. Daraus kann auf den **zunehmenden Bedarf an Beratungs- und Betreuungsleistungen** geschlossen werden.
- **Alleinerzieherinnen sowie berufstätige Mütter mit Kinderbetreuungspflichten** stehen unter besonderem Druck und sind daher als Zielgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote besonders wichtig. Hierbei könnten vor allem **sozialpolitische Veränderungen**, wie Maßnahmen zur leichteren Vereinbarkeit von Beruf und Familie hilfreich sein, um **systemisch verursachten Stress zu reduzieren** und damit die Gesundheitsressourcen der Frauen zu stärken. Solche Maßnahmen könnten sein: Ausweitung der Öffnungszeiten und Schaffung von betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen, familienfreundliche flexible Arbeitszeit, Maßnahmen zur Verbesserung der rechtlichen Information berufstätiger Mütter (Ràsky, 1998, S. 69), Bewusstseinsbildung und Förderung im Bereich der Männerkarenz etc.. **Strukturelle Maßnahmen** zur Ausdehnung von Angeboten für erwerbstätige Mütter, die es erleichtern die unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen besser zu integrieren, sind **zur Gesundheitsförderung der Frauen unumgänglich** (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2000, S. 107).

5. Politische und sozioökonomische Situation

5.1 Ausbildungssituation

Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Bildung ist vor allem am unteren Ende der Bildungsskala nach wie vor stark ausgeprägt (siehe Tabelle 5.1.1). Die Gruppen der Pflichtschul- und FachschulabgängerInnen sind weiblich dominiert, während in der Gruppe jener, deren höchste Ausbildungsstufe die Lehre ist, Männer mit einem doppelt so hohen Anteil wie Frauen vorherrschen. Im Jahr 2001 hatten 44% der Frauen als höchste abgeschlossene Ausbildungsstufe die Pflichtschule, während bei den Männern 49% einen Lehrabschluss erreichten. Wengleich Frauen noch immer bildungsmäßig benachteiligt sind, zeichnet sich doch eine positive Entwicklung ab. Zwischen 1991 und 2001 ist der Anteil der Frauen mit einem Pflichtschulabschluss von 53% auf 44% gesunken. Diese Reduktion bewirkte einen Zuwachs bei den Frauen mit Lehrabschluss und Fachschulabschluss um jeweils 2 Prozentpunkte, mit Matura um 1,5 Prozentpunkte, vor allem aber einen Anstieg bei den Akademikerinnen mit einem Plus von 3 Prozentpunkten (siehe Tabelle 5.1.1). Bei den **Akademikerinnen** gelang somit die **höchste und rascheste Anhebung des Frauenanteils**, der nun bereits mit 6,8% beinahe an jenen der Männer (7,5%) herankommt. In den jungen Altersklassen bis 44 Jahre ist der Anteil der Personen mit einem Universitätsabschluss oder einer hochschulverwandten Ausbildung bei den Frauen sogar bereits höher als bei den Männern. Die Gleichstellung der Frauen im Bildungsbereich scheint also vom oberen Ende der Ausbildungsskala zu beginnen, denn auch bei den MaturantInnen liegen die Frauen mit einem nur um 1 Prozentpunkt geringeren Anteil hinter den Männern – ähnlich wie bei den AkademikerInnen. Eine Verbesserung des Bildungsniveaus bei den Frauen ist somit deutlich erkennbar (Landesstatistik Steiermark, 2003a, S. 47). Dennoch muss die Altersverteilung bei dieser Entwicklung berücksichtigt werden. Nach wie vor ist die Bildungssituation bei Frauen fortgeschrittenen Alters relativ schlecht. So haben bei **den 65–74jährigen Frauen 72% und bei den über 85jährigen 82% nur einen Pflichtschulabschluss** (siehe Tabelle 5.1.2 und Graphik 5.1).

Dieses Bild der Bildungssituation bestätigt sich bei der Betrachtung des Verhältnisses der Anzahl der Frauen auf 1.000 Männer in den verschiedenen Ausbildungsstufen. Demnach ist ebenfalls eine Dominanz der Frauen in der Gruppe der Fach- und PflichtschulabsolventInnen und eine Dominanz der Männer in der Gruppe mit einem Lehrabschluss erkennbar (siehe Tabelle 5.1.3). Auch hier ist die Verbesserung der Bildungssituation bei den Akademikerinnen und den Maturantinnen ersichtlich. Die Anzahl der Frauen pro 1.000 Männer im Zeitraum 1991 bis 2001 hat sich bei den HochschulabgängerInnen von 789 auf 982 und bei den MaturantInnen von 874 auf 932 erhöht.

Tabelle 5.1.3 zeigt allerdings deutlich die schlechte Ausbildungssituation älterer Frauen. Die Anzahl der Frauen auf 1.000 Männer, die einen Hochschulabschluss oder eine Matura haben, nimmt tendenziell mit dem Alter ab, während die Anzahl jener mit einem niedrigeren Bildungsabschluss mit dem Alter steigt. Trotzdem ist eine leichte Verbesserung der Bildungssituation im Beobachtungszeitraum 1991 bis 2001 erkennbar. Am klarsten ist diese Verbesserung in der Gruppe jener, deren höchster Bildungsabschluss eine Hochschule und eine Fachschule ist. Hier ist beinahe durchgehend für alle Altersgruppen eine Erhöhung des Frauenanteils erkennbar.

5.2 Beschäftigung

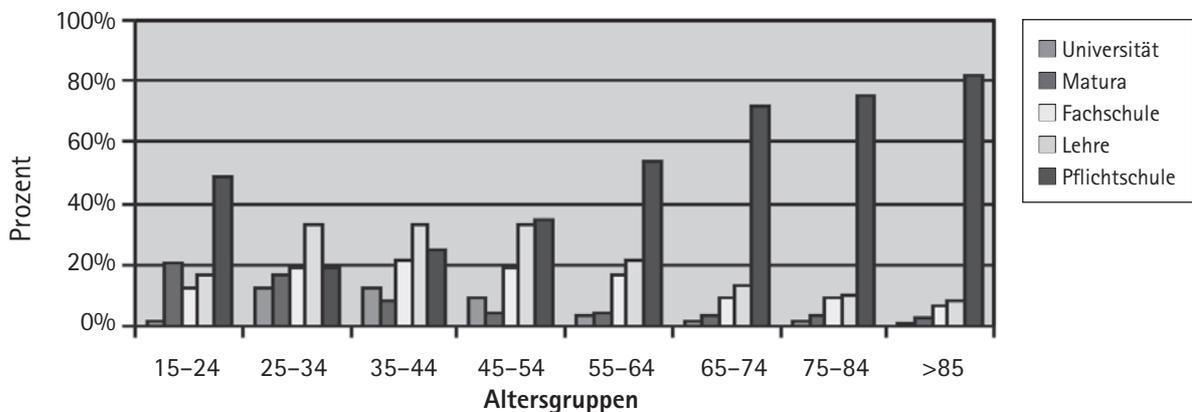
Das Bruttoregionalprodukt (BRP) beschreibt die regionale Bruttowertschöpfung, d.h. die in dieser Region produzierten Einheiten im Rahmen der wirtschaftlichen Tätigkeit. Das BRP wird durch die Bevölkerungsanzahl dividiert, um das BRP zwischen unterschiedlich dicht besiedelten Regionen vergleichbar zu machen. Das BRP pro Kopf dient als Messgröße für die wirtschaftliche Situation der Region und somit als Indikator für den Lebensstandard der dort lebenden Bevölkerung. Das BRP pro EinwohnerIn lag in der Steiermark im Jahr 2000 bei € 21.418 (Berechnung der Landesstatistik Steiermark). Dem österreichischen West-Ost-Gefälle entsprechend, lag die Steiermark 2001 im Bundesländer-Vergleich eher

Tabelle 5.1.1: Bevölkerungsverteilung nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und nach Geschlecht, 1991 und 2001

		Universität	Matura	Fachschule	Lehre	Pflichtschule	Gesamt
1991	Frauen	3,9%	7,5%	13,5%	22,6%	52,6%	100,0%
	Männer	5,4%	9,4%	6,7%	46,1%	32,4%	100,0%
2001	Frauen	6,8%	9,0%	15,9%	24,3%	44,1%	100,0%
	Männer	7,5%	10,4%	6,5%	49,3%	26,3%	100,0%

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Grafik 5.1: Verteilung der weiblichen Bevölkerung nach Alter und höchster abgeschlossener Ausbildung

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

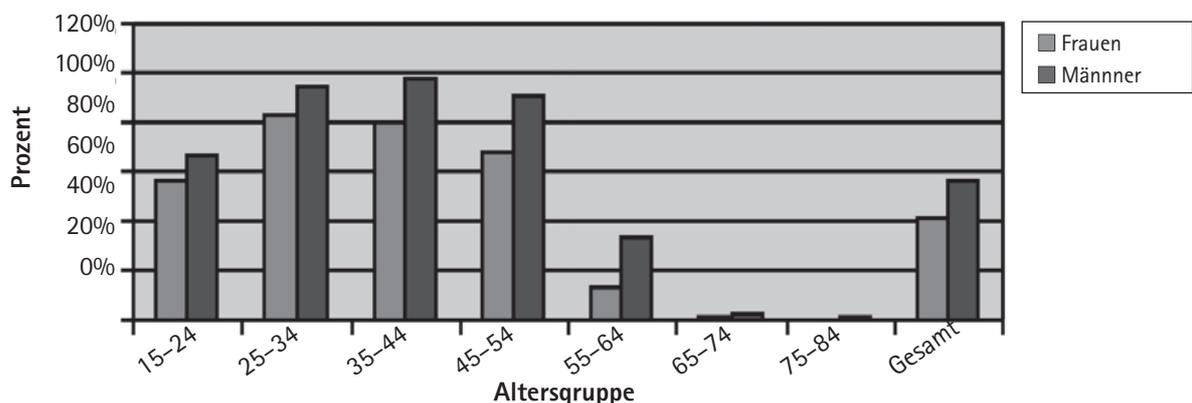
im hinteren Feld und unter dem Bruttoinlandsprodukt Österreichs (Statistik Austria, 2004, S. 486).

Die allgemeine Erwerbsquote, das ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung, war 2001 in allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den Frauen (siehe Tabelle 5.2.1, Graphik 5.2). Die **Erwerbsquote der Frauen** erhöht sich zwar weiterhin langsam (Landesstatistik Steiermark, 2002, S. 12), lag allerdings im Jahr 2001 mit 41% noch immer weit **unter jener der Männer** mit 56%. Während bei den 25-55jährigen Männern eine Erwerbsquote von weit über 90% erzielt werden konnte, lag jene der Frauen in dieser Altergruppe nur bei 80% (siehe Graphik 5.2).

Auch der Anteil der Frauen an den Erwerbspersonen zeigt eine steigende Tendenz. So lag der Frauenanteil an den Erwerbspersonen im Jahr 2001 in der Steiermark bei 44%, was einen Anstieg um 4 Prozentpunkte seit 1991 bedeutet. Der Frauenanteil an den Erwerbspersonen vari-

iert jedoch je nach höchst abgeschlossener Ausbildung. Im Jahr 2001 war der Frauenanteil an den Erwerbspersonen bei den Fachschul- (69%) und Pflichtschulabgängerinnen (53%) am höchsten, gefolgt von den Hochschulabsolventinnen (49%) und Maturantinnen (44%) (siehe Tabelle 5.2.2). Am niedrigsten war der Frauenanteil bei Erwerbspersonen mit einem Lehrabschluss (31%). Diese Reihung hat sich seit 1991 nicht verändert, wenngleich der Frauenanteil an den Erwerbspersonen in allen Bildungsstufen seit 1991 gestiegen ist.

Betrachtet man den Anteil der Frauen an den Berufstätigen nach dem Alter, stellt man fest, dass in den drei höheren Bildungsstufen der **weibliche Anteil an der Berufstätigkeit** im jüngeren Alter hoch ist und dann kontinuierlich **mit zunehmendem Alter sinkt** (siehe Tabelle 5.2.2). Das heißt, bei den berufstätigen AkademikerInnen lag 2001 der Frauenanteil bei den 15-44jährigen noch bei über 50%, sank jedoch dann mit

Grafik 5.2: Erwerbsquote nach Alter, Geschlecht, 2001

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

zunehmendem Alter. Auch bei den berufstätigen MaturantInnen war der Frauenanteil bei den 15–24jährigen über 50%, ging dann zurück, bevor er bei den älteren ArbeitnehmerInnen noch einmal einen Anstieg verzeichnete. Dies ist aber vorwiegend auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen. In der Gruppe der berufstätigen FachschulabsolventInnen nehmen die Frauen in allen Altersgruppen einen Anteil zwischen 55% und 71% ein. Bei den PflichtschulabgängerInnen verzeichnen die Frauen einen hohen Anteil an der Berufstätigkeit bei den 25–54jährigen.

Der Anteil der Frauen an den selbstständig Erwerbstätigen lag im Jahr 2002 bei 30%, bei den unselbstständig Erwerbstätigen stellen die Frauen einen Anteil von 43%. Eine Betrachtung der **Erwerbstätigen im Gesundheitswesen** zeigt ebenfalls ein eindeutiges Gefälle zwischen Männern und Frauen. So dominieren **Frauen in niedrigen und schlechter bezahlten Positionen**, während Männer eher die besseren Positionen einnehmen. Bei den niedergelassenen ÄrztInnen überwiegen die Männer deutlich (auf 100 Männer kommen 34 Frauen), und auch bei den berufsausübenden ÄrztInnen sind die Männer in der Mehrheit, wenngleich das Verhältnis etwas weniger krass ist (auf 100 Männer kommen 58 Frauen) (siehe Tabelle 5.2.3). In beiden Gruppen sind in der Steiermark weniger Frauen pro 100 Männer tätig als dies in Gesamtösterreich der Fall ist (siehe Tabelle 5.2.3). Fasst man beide Gruppen als eine Übergruppe „Ärzterschaft“ zusammen, stellt man fest, dass pro 100 Männer 49 Frauen als Ärztinnen arbeiten. Besonders schlecht steht es erwartungsgemäß um die Gleichstellung der Frau in führenden ärztlichen Positionen. So sind 2003 nur 6% der PrimärärztInnen der Steirischen Krankenanstalten Gesellschaft Frauen (M. Ridißer, Personaldirektion P1, KAGes, Gespräch, 24. Juni 2004). Geht man davon aus, dass dieses Ergebnis repräsentativ für die gesamten Krankenanstalten in der Steiermark ist, liegt die Steiermark hinter Ergebnissen von Gesamtösterreich aus dem Jahr 1995, die besagen, dass österreichweit 8,5% der PrimärärztInnen Frauen sind (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 59).

Die Krankenpflege hingegen ist überwältigend weiblich dominiert. Im **gehobenen Gesundheits- und Krankheitspflegedienst kommen auf 100 Männer 1210 Frauen**. Mit diesem Verhältnis liegt der Frauenanteil in der Steiermark über jenem in Österreich. Anders ausgedrückt: Die Schere zwischen besser verdienenden männlichen Ärzten und schlechter gestellten weiblichen Krankenschwestern ist in der Steiermark größer als in Österreich. Hoch ist der Frauenanteil auch bei den **medizinisch technischen Diensten, wo auf 100 Männer 930 Frauen** kommen. Auch hier liegt der steirische Anteil der Frauen höher als jener Österreichs. Im Gesamten betrachtet ist die Arbeit im Gesundheitswesen weiblich dominiert (auf 100 Männer kommen 184 Frauen). Damit ist das quantitative Übergewicht von Frauen im steirischen Gesundheitswesen stärker ausgeprägt als im

gesamtosterreichischen System. Wie jedoch aus dem oben Gesagten hervorgeht, bedeutet die Überzahl von Frauen noch lange nicht, dass das weibliche Geschlecht auch in wichtige Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse eingebunden ist. Ganz im Gegenteil: Besonders die Mitglieder der weiblich dominierten Berufsfelder im Gesundheitswesen leiden aufgrund der hohen Beanspruchung, der mangelnden psychologischen Unterstützung und Supervision sowie der geringen Kontrolle über ihren Arbeitsbereich am Burnout-Syndrom (Hoffmann, 1997, S. 176–178).

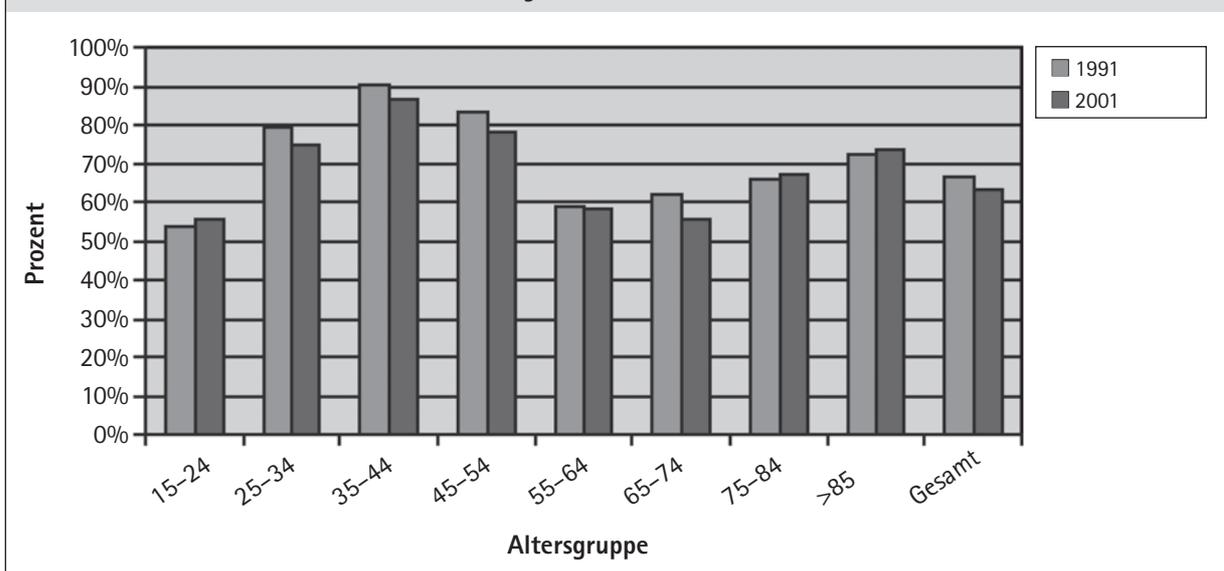
5.3 Erwerbslosigkeit

Der **Anteil der Frauen** an den Nicht-Berufstätigen ist durch alle Bildungs- und Altersstufen hindurch **hoch**, obwohl ihr Anteil insgesamt von 1991 mit 66% auf 2001 mit 63% gesunken ist. Der Frauenanteil lag nur bei den über 55jährigen AkademikerInnen und bei den über 55jährigen Personen mit einem Lehrabschluss unter 50% (siehe Tabelle 5.3.1). 2001 lag der Frauenanteil an den nicht berufstätigen Personen mit einem Fachschulabschluss bei fast 80%, gefolgt von den PflichtschulabgängerInnen (70%), den Maturantinnen (57%) und den Akademikerinnen (51%). Verhältnismäßig niedrig ist der Frauenanteil an den Nicht-Berufstätigen mit Lehrabschluss (45%). Der Frauenanteil an den Nicht-Berufstätigen hat sich seit 1991 bei den niedrigen Bildungsabschlüssen verringert, dafür jedoch bei jenen mit einer besseren Ausbildung erhöht. Die verbesserte Ausbildungssituation für Frauen am oberen Ende der Ausbildungsskala geht also nicht unbedingt mit einer Besserstellung dieser Frauen im Erwerbsleben einher.

Nach dem Alter betrachtet ist der Anteil der Frauen an den Nicht-Berufstätigen **besonders** im Haupterwerbsalter, also in den **Altersgruppen der 25–55jährigen** hoch (siehe Tabelle 5.3.1, Graphik 5.3).

5.4 Einkommen und Sozialleistungen

Das **Einkommen der Frauen gemessen als Anteil am männlichen Einkommen** ist seit 1996 kontinuierlich **gesunken**, von 66% im Jahr 1996 auf 64% im Jahr 2001 (siehe Tabelle 5.4.1). Das Bruttoeinkommen der Männer lag 2001 bei € 2.129 im Vergleich zu € 1.367 bei den Frauen. Damit ist der geschlechtsspezifische Einkommensunterschied in der Steiermark um fast 7 Prozentpunkte höher als in Österreich (Landesstatistik Steiermark, 2002a, S. 14). Männer verdienen nicht nur noch immer erheblich mehr als Frauen, ihr Einkommen steigt auch im Schnitt schneller und in größeren Schritten (Statistik Austria, 2002a, S. 60). Zurückgeführt wird diese Benachteiligung der Frauen auf ihre Beschäftigung in Niedriglohnbranchen, auf die zunehmende Teilzeitarbeit und auf die im Schnitt schlechtere Qualifikation (Landesstatistik Steiermark, 2002a, S. 35). Allerdings muss

Grafik 5.3: %-Frauenanteil an Nicht-Berufstätigen nach Alter, 1991 und 2001

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

hier entgegengehalten werden, dass sich sowohl Ausbildungsstand und Qualifikation der Frauen (siehe Abschnitt 5.1) verbessert haben, was jedoch keine positiven Auswirkungen auf ihr Einkommen zeigte.

Der Anteil der Frauen an den PensionsbezieherInnen nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter zu (siehe Tabelle 5.4.2). Der Gesamtanteil der Frauen an den PensionsbezieherInnen ist seit 1991 mit 54% praktisch gleich hoch geblieben, obwohl der Anteil der Frauen an den über 55-Jährigen in den vergangenen 10 Jahren sogar leicht angestiegen ist (1991: 58%, 2001: 60%; siehe Kapitel 4.1, Bevölkerungsverteilung). Der Frauenanteil ist auch hoch unter den **PflegegeldbezieherInnen**. So waren im Jahr 2001 **zwei Drittel** aller steirischen PflegegeldbezieherInnen **weiblich**. Unter den BezieherInnen von Landespflegegeld lag der Anteil der Frauen sogar bei 71% (siehe Tabelle 5.4.3). In allen Pflegestufen beziehen erheblich mehr Frauen als Männer Pflegegeld, sowohl bei den PflegegeldbezieherInnen des Bundes (siehe Tabelle 5.4.4) als auch des Landes (siehe Tabelle 5.4.3).

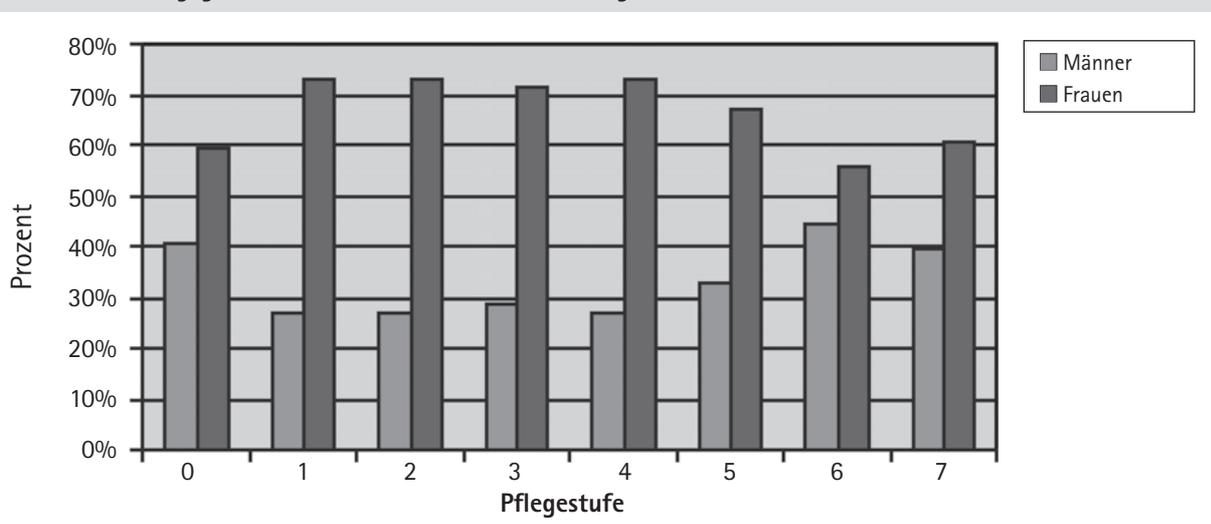
Dies könnte auf eine stärkere Behinderung und Beeinträchtigung der Frauen hindeuten. Der Anteil der Frauen an jenen Personen, die Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen, ist höher als jener der Männer, insbesondere im Bundesland Steiermark (Statistik Austria, 2002b, S. 45). Frauen zeigen auch öfter funktionale Beeinträchtigungen als Männer (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 34 und S. 174). Natürlich ist auch zu berücksichtigen, dass allein schon aufgrund der Altersstruktur eine größere Anzahl älterer Frauen als älterer Männer gibt, die der Pflege bedürfen. Darüber hinaus zeigt sich ein leichter Anstieg des Anteils der männlichen Pflegegeldbezieher mit dem Anstieg der Pflegestufe, d.h. je höher die Pflegestufe und damit das Pflegegeld, desto

höher der Männeranteil. Dies könnte durch schwerere Beeinträchtigungen der Männer erklärt werden. Dem kann allerdings entgegengesetzt werden, dass ältere Frauen mehr gesundheitliche Beschwerden haben als Männer (Noack & Reis-Klingspiegl, 1999, S. 72-78). Eine andere Erklärung für den steigenden Männeranteil mit steigendem Pflegegeld wäre, dass Männer über bessere Ressourcen verfügen, sich höheres Pflegegeld zu sichern.

5.5 Frauenquote in der Politik

Der Auflistung der Landtagsabgeordneten des Steirischen Landtages zufolge ist das Landesparlament 2003 **eindeutig von Männern dominiert** (siehe Tabelle 5.5.1). Das Verhältnis beträgt 71% Männer und 29% Frauen. Die Landtagspräsidentschaft ist von 2 Männern und 1 Frau besetzt. Am frauenstärksten ist erwartungsgemäß die Grüne Partei mit 2/3 Frauen, allerdings bei nur 3 Landtagsabgeordneten. Sehr schwach vertreten sind die Frauen bei der ÖVP, wo von 27 Abgeordneten nur 11% Frauen sind. SPÖ und FPÖ zeigen mit ca. 57% Männern und ca. 43% Frauen ein ausgewogeneres Geschlechterverhältnis.

Gegenteilig ist die Situation in der Landesregierung, wo die ÖVP 2 Frauen von 5 Regierungsmitgliedern vorzuweisen hat (Landesregierung Steiermark, o.D.). Sowohl SPÖ und FPÖ sind nur durch männliche Landesräte vertreten. Bei der letzten steirischen Gemeinderatswahl wurden 7.502 Mandate vergeben, wovon 89% (6.658) an Männer ergingen (W. Otter, FA 7A - Gemeinde und Wahlen, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Gespräch, 29. Juli 2003). Nur **11% der steirischen GemeindevertreterInnen** sind Frauen.

Grafik 5.4: PflegegeldbezieherInnen des Landes nach Pflegestufe und Geschlecht, 2002

Quelle: Steirischer Sozialbericht 2001/2002, S. 249.
 Bearbeitung: Eigene Berechnungen.

5.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Bereich der politischen und sozioökonomischen Entwicklung zeigen sich folgende Trends:

- Die Ausbildungssituation der Frauen hat sich seit 1991 grundsätzlich verbessert. Vor allem der Anteil der Frauen an den HochschulabsolventInnen ist gestiegen und hat beinahe das Niveau der Männer erreicht. Trotzdem sind Frauen gesamt betrachtet noch immer schlechter ausgebildet als Männer. 44% der Frauen gaben 2001 als höchste Ausbildungsstufe einen Pflichtschulabschluss an. Vor allem ältere Frauen sind schlecht ausgebildet: **75% der über 65jährigen haben nur die Pflichtschule absolviert.**
- Die **weibliche Erwerbsquote** liegt nach wie vor weit **hinter jener der Männer**, wie auch der Frauenanteil an der Erwerbsarbeit. Die Frauenerwerbsquote ist dabei in allen Altersstufen niedriger, wobei der Abstand zwischen männlicher und weiblicher Erwerbsquote mit dem Alter immer größer wird. Der Anteil der Frauen an der Erwerbsarbeit ist in den vergangenen 10 Jahren in allen Ausbildungsstufen gestiegen, ist aber – mit Ausnahme der Lehrberufe – in den niedrigen Ausbildungsstufen noch immer deutlich höher als in den höheren Ausbildungsstufen.
- **Zugleich mit dem Bildungsniveau** ist aber auch der **Anteil der Frauen an den Nicht-Berufstätigen gestiegen**. Besonders in den **wirtschaftlich aktivsten Lebensjahren**, also im Alter zwischen 25 und 55, ist der Frauenanteil an den Nicht-Berufstätigen besonders hoch.
- Gemessen am Einkommen der Männer **sinkt das Einkommen der Frauen.**

- Der **überwiegende Teil der PflegegeldbezieherInnen** ist **weiblich**.

- Frauen sind **in der Politik wenig vertreten**.

Daraus folgt:

- **Ältere Frauen** stellen nicht nur eine große, sondern auch eine besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppe dar (WHO, 2001, S. 9). Sie sind meist relativ schlecht ausgebildet, ökonomisch schlecht versorgt und haben einen hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf. Diese Gruppe sollte durch Interventionen unterstützt und gefördert werden, die auf **die Verbesserung der ökonomischen Sicherheit, die Steigerung der Partizipation, die Sicherstellung und Stärkung von sozialen Netzwerken und die Aufrechterhaltung der Lebensqualität** abzielen (WHO, 2002a; Rásky, 1998, S. 72; WHO, 2001, S. 17)
- Die Förderung der Frauengesundheit durch erwerbsmäßige und bezahlte Arbeit, regelmäßiges und adäquates Einkommen und eine daraus resultierende Alterseinkommenssicherung ist nicht gewährleistet. Es ist in der Literatur mehrfach belegt, dass niedriges Einkommen negative, und honorierte Arbeit positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat (Wilkinson, 2001, S. 88-100; Naidoo & Wills, 2000, S. 35; Siegrist & Möller-Leimkühler, 2000, S. 107). Die **Gleichstellung der Frauen am Arbeitsmarkt** durch gleiche berufliche Aufstiegschancen (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2000, S. 107) für Frauen in Teilzeitarbeit, Steigerung des weiblichen Anteils an Führungskräften etc. muss also auch für die Gesundheitsförderung erste Priorität haben. Die Gleichstellung der Frauen soll durch die Verfügbarkeit adäquater Betreuungseinrichtungen für Kinder, Behinderte und ältere Menschen unterstützt werden (WHO, 2001, S. 9).

6. Mortalität

6.1 Lebenserwartung

2002 lag die Lebenserwartung der steirischen Frauen zum Zeitpunkt der Geburt bei 81,9 Jahren, diejenige der Männer bei 75,7 Jahren. Frauen leben also im Durchschnitt um 6,1 Jahre länger als Männer. Die Steiermark liegt somit im EU-Schnitt: Im Jahr 2000 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in den 15 EU-Ländern für Frauen 81,6 Jahre, für Männer 75,5 Jahre (siehe Tabelle 6.1.2). Im **Österreichvergleich** liegt die Lebenserwartung der SteirerInnen **an vorletzter Stelle, vor Wien** (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.1). Auch hier macht sich das West-Ost-Gefälle bemerkbar: Die Bevölkerung der westlichen Bundesländer, wo die wirtschaftliche Situation und der Lebensstandard höher sind, zeigen durchwegs eine höhere Lebenserwartung (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.1). Frauen haben zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens eine höhere Lebenserwartung als Männer (siehe Tabelle 6.1.1). Allerdings hat die Lebenserwartung der Männer seit 1991 stärker zugenommen als jene der Frauen, was als Aufholprozess interpretiert wird. Ausgenommen davon ist die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, wo die Lebenserwartung beider Geschlechter um ungefähr 2 Jahre zwischen 1991 und 2001 gestiegen ist. Die weibliche Lebenserwartung hat zwischen 1965 und 2000 um 11,9% zugenommen (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.1). Die kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung kann vor allem auf die verbesserten Lebensbedingungen in Österreich, die Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit und (vor allem im höheren Alter) auch auf die Fortschritte in der Medizin zurückgeführt werden (Landesstatistik Steiermark, 2003b, S. 35).

Die **Anzahl der verlorenen Lebensjahre** aufgrund frühzeitiger Sterblichkeit vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres ist bei den Steirern signifikant höher als bei den Steirerinnen (siehe Tabelle 6.1.3). Aufgrund frühzeitiger Sterblichkeit (Ableben vor dem 65. Lebensjahr) verlieren Frauen im Durchschnitt 2.006 Lebensjahre pro 100.000 Einwohnerinnen und Männer 4.150 Lebensjahre, d.h. Männer verlieren mehr als doppelt so viele Lebensjahre als Frauen. Bei den Männern sind hierfür vor allem Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen für den Tod in jungen Jahren verantwortlich, während bei den Frauen die Haupttodesursachen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 20).

6.2 Suizid (Selbsttötung)

Die altersstandardisierten Suizidraten zeigen, dass sich mehr Männer als Frauen das Leben nehmen. Die Suizidrate im Jahr 2002 liegt mit 32 pro 100.000 Einwohner für Männer signifikant höher als jene der Frauen, welche 10 pro 100.000 Einwohnerinnen beträgt. Die Suizidraten

sind seit 1998 bei beiden Geschlechtern einigermaßen konstant und zeigen **keinen signifikanten Rückgang** (siehe Tabelle 6.2.1).

Vergleicht man die Raten in den verschiedenen Altersgruppen, so zeigt sich, dass sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Suizidraten für alle Altersgruppen ähnlich hoch sind (siehe Tabelle 6.2.2). Der österreichweite Trend (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 46) eines Anstiegs bei den Suizidraten mit zunehmendem Alter ist also für die Steirerinnen und Steirer im Jahr 2002 nicht erkennbar. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei den 35-44-jährigen, den 65-74-jährigen und den über 85-jährigen (siehe Tabelle 6.2.2). In diesen offenbar kritischen Altersgruppen liegen die Todesraten der Männer eindeutig über jenen der Frauen. In den anderen Altersgruppen kann kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden, was darauf hindeutet, dass in den anderen Altersgruppen Frauen sich ähnlich häufig das Leben nehmen als Männer und Unterschiede in den Raten dem Zufall unterliegen.

Österreichweit wird berichtet, dass die Suizidrate seit Mitte der 80er Jahre insgesamt rückläufig ist (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 46). Dieser Trend ist für die Jahre 1998 bis 2002 für die Steiermark bedauerlicherweise nicht erkennbar. Die Steiermark hat bekanntlich sehr hohe Suizidraten; so **überschreiten** die Suizidraten der Steirer und Steirerinnen **jene Europas erheblich** (siehe Tabelle 6.2.1). Die steirischen Raten sind bei beiden Geschlechtern doppelt so hoch wie jene Europas. Besonders hohe Raten zeigen die westliche Obersteiermark und die Oststeiermark (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 81-83).

Der geschlechtsspezifische Unterschied in den Suizidraten sagt allerdings nichts über die Suizidneigung aus, weil hier nur jene Handlungen erfasst sind, die tatsächlich zum Tod führten. Bei den **Suizidversuchen ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen** (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 46). In der Schweiz wurde gezeigt, dass Frauen sogar eine doppelt so hohe Suizidneigung haben als Männer (Adjacic-Gross & Jeanneret, 1996, S. 326). Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass Frauen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, mit großer Wahrscheinlichkeit einen neuerlichen Versuch unternehmen (European Commission, 1997, S. 55). Suizide können sowohl auf sozioökonomische Faktoren als auch auf psychische und psychoorganische Störungen zurückgeführt werden (Adjacic-Gross & Jeanneret, 1996, S. 327). In der Steiermark weist die psychosoziale Versorgung nach wie vor große Lücken auf (Fachabteilung 8B, 2001, S. 18-20). Der **weitere notwendige Ausbau der psychosozialen Versorgung** sollte daher ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel darstellen (Fachabteilung 8B, 2001, S. 56), um weiblicher Suizidgefährdung entgegenzuwirken und damit die Frauengesundheit durch frühzeitige Intervention zu fördern.

6.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben weiterhin die Todesursache Nummer eins in der Steiermark. **56% aller weiblichen Todesfälle** und 45% der männlichen sind darauf zurückzuführen (siehe Tabelle 6.7.2 und Graphik 6.3). Aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen und aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede bei den Diagnosen kommt es zu weitaus mehr Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Frauen als bei den Männern.

Die rohe Sterblichkeitsrate ist allerdings sehr stark von der Altersverteilung in der Bevölkerung abhängig. In einer Bevölkerung mit einem hohen Anteil älterer Menschen ist die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um einiges höher als in einer Bevölkerung mit einem vergleichsweise höheren Anteil jüngerer Menschen. Um die Sterblichkeit zwischen Staaten und Regionen mit unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen vergleichen zu können, muss daher diese Verzerrung entfernt werden. Dies erfolgt durch die Berechnung von altersstandardisierten Sterberaten. Hierbei werden die Raten für eine fiktive Standardbevölkerung berechnet, womit die Raten verschiedener Regionen und Staaten vergleichbar werden.

Berechnet man also die altersstandardisierten Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Steiermark für das Jahr 2002, so zeigt sich, dass für Männer die Rate bei 306 je 100.000 Einwohner und für Frauen bei 201 je 100.000 Einwohnerinnen liegt. Somit ist die männliche Rate signifikant höher als die weibliche (siehe Tabelle 6.3.1). Das Sterberisiko der Männer ist ca. 1,5mal so hoch wie jenes der Frauen. Eindeutig höher ist die männliche Sterblichkeit ab der Altersgruppe der 45jährigen (siehe Tabelle 6.3.2). Bei den 45-64jährigen übersteigen die Raten der Männer jene der Frauen sogar um das Dreifache. Die Steiermark liegt mit diesen Sterberaten zwar unter jenen Österreichs, jedoch klar **über jenen Europas** (siehe Tabelle 6.3.1).

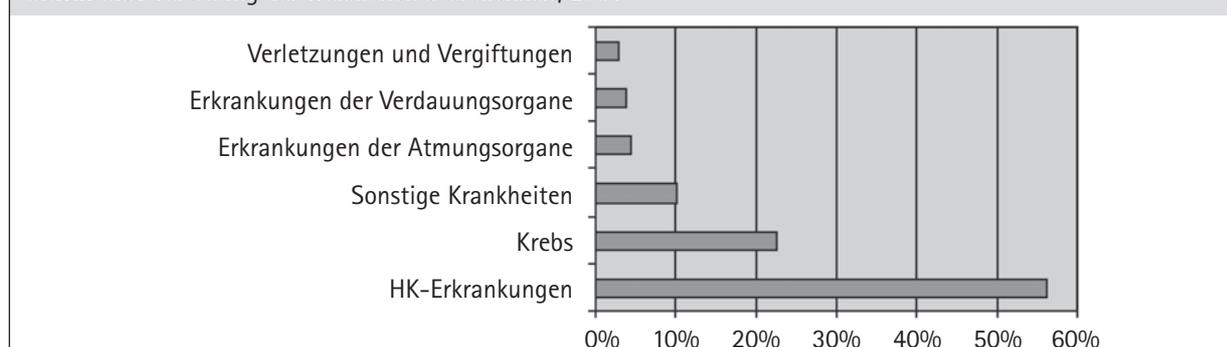
Im Vergleich zwischen 1998 und 2002 sank die altersstandardisierte Sterberate für beide Geschlechter in der Steiermark um 22%, von 259 weiblichen Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen im Jahr 1998 auf 201 je 100.000 Einwohnerinnen im Jahr 2002. Dieser Rückgang ist allerdings statistisch nicht signifikant. Europaweit haben sich die Raten seit 1970 auf ungefähr 240 bis 260 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen halbiert (WHO, 2002b, S. 33). Die Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt sowohl für Männer als auch für Frauen mit dem Alter stark zu (siehe Tabelle 6.3.2). Ab dem 45sten Lebensjahr erhöhen sich die Raten von einer Altersgruppe zur nächsten deutlich. Bei den Frauen steigen sie mit einer Vervielfachung besonders markant von der Altersgruppe der 55-64jährigen zur Altersgruppe der 65-74jährigen. Dieses Muster deutet auf einen bei Frauen anderen Verlauf der Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin und ist typisch für Frauen westlichen Lebensstils (European Commission, 1997, S. 65). Die Raten beider Geschlechter sind bei den über 85jährigen fünfmal so hoch wie jene der 74-85jährigen, während bei den 74-85jährigen im Vergleich zu den 64-75jährigen bei den Männern eine Verdreifachung, bei den Frauen eine Verdoppelung der Rate festgestellt werden kann.

Die WHO hat zum Ziel gesetzt, dass Länder mit hohen Mortalitätsraten, wie auch die Steiermark, die Herz-Kreislauf-Mortalität bis 2020 um 40% reduzieren sollen (WHO, 1999, S. 70). Hierfür wäre es jedoch wichtig, **umfassende Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsmaßnahmen** zu entwickeln, die zur Verringerung von **verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren**, wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, wirksam beitragen.

6.3.1 Ischämische Herzkrankheiten

2002 verstarben aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten 68 Frauen und 142 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen. Im direkten Vergleich 1998 und 2002 kann bei den Frauen ein signifikanter Rückgang von 20%

Graphik 6.3: Verteilung der weiblichen Sterblichkeit, 2001



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2001, Tabelle 2.22, S. 112 f.
Bearbeitung: Eigene Berechnungen.

verzeichnet werden (siehe Tabelle 6.3.1.1), allerdings ist kein signifikanter zeitlicher Trend über diesen Zeitraum zu beobachten. Die Steiermark liegt mit diesen Werten deutlich unter den österreichischen, allerdings leicht **über den europäischen Raten** (siehe Tabelle 6.3.1.1). Europaweit betrachtet gehört Österreich zu jenen Ländern, deren Sterblichkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheiten seit 1970 im Vergleich zum EU-Mittelwert gestiegen ist (Europäische Kommission, 2003, S. 24).

Die altersstandardisierte Sterberate der Männer übersteigt jene der Frauen gravierend in allen Altersgruppen ab den 34–45jährigen (siehe Tabelle 6.3.1.2). Somit ist das Risiko der steirischen Männer an ischämischen Herzkrankheiten zu versterben 1,9mal so hoch wie jenes der Frauen. Europaweit ist die männliche Rate ungefähr dreimal so hoch wie die weibliche (WHO, 2002b, S. 33). **15% der Steirerinnen**, die laut österreichischer Mortalitätsstatistik 2001 als Haupttodesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung aufwiesen (Statistik Austria, 2003, S. 113), verstarben **an akutem Myokardinfarkt**; bei den Männern waren es 27% (Statistik Austria, 2003, S. 112). Ebenso wie in der Gesamtgruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt die Sterblichkeit ab dem Alter von 45 Jahren signifikant mit jeder folgenden Altersgruppe (siehe Tabelle 6.3.1.2). Als Risikofaktoren für den akuten Myokardinfarkt gelten vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin und Übergewicht. Bei den Frauen ist durch den **steigenden Tabak- und Alkoholkonsum** die Gefahr des weiteren Anstiegs der Sterberaten aufgrund eines Myokardinfarktes gegeben. Dies legt nahe, dass hier vor allem **Lebensstilinterventionen** sinnvoll wären, die Frauen als wichtige Zielgruppe vermehrt ansprechen sollten.

6.3.2 Zerebrovaskuläre Erkrankungen

2002 verstarben in der Steiermark aufgrund von Hirngefäßerkrankungen 59 Frauen und 68 Männer (jeweils pro 100.000) (siehe Tabelle 6.3.2.1). Im direkten Vergleich ist zwar kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied erkennbar, im statistischen Modell zeigt sich allerdings, dass Männer ein 1,2mal so hohes Risiko aufweisen als Frauen. 2001 verstarben **28% jener Frauen**, die als Haupttodesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung aufwiesen (Statistik Austria, 2003, S. 113), infolge einer **Hirngefäßerkrankung**; bei den Männern war der Anteil mit 22% etwas geringer (Statistik Austria, 2003, S. 112). Das Sterberisiko aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen ist seit 1998 für die gesamte Bevölkerung um 17% gesunken, wobei der Rückgang bei den Frauen 17% und bei den Männern 20% beträgt. Für diese Todesursache ist also, im Gegensatz zu den ischämischen Herzkrankheiten und der Gesamtgruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein **signifikanter Rückgang** zu erkennen, der **bei den Männern stärker** ausfällt **als bei den Frauen**. Auch das erhöhte Sterberisiko der Männer übersteigt bei dieser Todesursache jenes der Frauen nur

um einen Faktor von 1,2 und ist damit bedeutend geringer als bei den ischämischen Herzkrankheiten und bei der Gesamtgruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Unterschied in der männlichen und der weiblichen Sterblichkeit erreicht erst in der Altersgruppe der 75–84jährigen statistische Signifikanz (siehe Tabelle 6.3.2.2). Bei den unter 75jährigen ist, wie gesagt, eine Verringerung der geschlechtsspezifischen Unterschiede zu Ungunsten der Frauen zu erkennen.

Die steirischen Sterberaten aufgrund von Hirngefäßerkrankungen sind im Europavergleich relativ hoch. Im Jahr 2000 **überstiegen** vor allem die **weiblichen Sterberaten** in der Steiermark mit 68 auf 100.000 Einwohnerinnen **jene Europas** mit 56 auf 100.000 weit (siehe Tabelle 6.3.2.1). Europaweit wird verzeichnet, dass die männlichen Raten fast doppelt so hoch sind wie die weiblichen (WHO, 2002b, S. 33); in der Steiermark ist der Unterschied jedoch weitaus geringer.

Wie bei anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, steigen auch bei den zerebrovaskulären Erkrankungen die Sterberaten mit dem Alter stark an, wobei sich wiederum das für Frauen typische Muster abzeichnet: In der Altersgruppe der 65–74jährigen ist der Anstieg im Vergleich zur Altersgruppe der 55–64jährigen besonders hoch; eine Vervierfachung der Sterberate ist hier zu beobachten (siehe Tabelle 6.3.2.2).

6.4 Erkrankungen der Atmungsorgane

2002 verstarben in der Steiermark 17 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen und 45 Männer pro 100.000 Einwohner aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane (siehe Tabelle 6.4.1). Es liegt hier ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern vor, wobei Männer ein 2,4mal so hohes Sterberisiko als Frauen haben. Im Österreichvergleich lag jedoch 2000 die Sterblichkeit in der Steiermark für beide Geschlechter unter jener Österreichs. Besonders im Vergleich zu Europa mit doppelt so hohen Sterberaten zeigt sich für die Steiermark ein erfreuliches Bild (siehe Tabelle 6.4.1). Die Sterblichkeitsraten sind im direkten Vergleich der Jahre 1998 und 2002 bei den Männern im Jahr 2002 signifikant höher, während jene der Frauen eher gleichbleibend sind. Über den gesamten Zeitraum lässt sich allerdings **keine signifikante Tendenz** ausfindig machen. Europaweit steigt die Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen bei den über 65jährigen an, während sie bei den unter 65jährigen fallen (Europäische Kommission, 2003, S. 28–29).

Die Sterblichkeit steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an (siehe Tabelle 6.4.2). Ab dem 65. Lebensjahr steigen die Sterberaten in jeder Altersgruppe signifikant für beide Geschlechter an.

Rauchen und Luftverschmutzung gelten als die wichtigsten Risikofaktoren für Erkrankungen der Atmungsorgane. Die Einnahme hoher Mengen von Vitamin C durch Obst-

konsum steht in umgekehrtem Zusammenhang mit diesem Erkrankungsbild, allerdings ist dieser Bereich bisher nicht ausreichend erforscht (Lam & Hedley, 2004, S. 1227). Die hohen Todesraten in der älteren Bevölkerung lassen annehmen, dass der Anstieg der Sterblichkeit auf chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen (COPD) zurückzuführen ist, welche mit der demographischen Alterung von zunehmender Bedeutung wird (Lam & Hedley, 2004, S. 1234). Der wichtigste Risikofaktor für diese Erkrankung ist Rauchen. Wiederum rückt damit die **Tabakprävention** in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung.

6.5 Erkrankungen der Verdauungsorgane

Die männliche Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane lag 2002 in der Steiermark bei 45 und die weibliche bei 23 Todesfällen je 100.000 EinwohnerInnen. Auch diese Todesursache zeigt mit einem doppelt so hohen Sterberisiko signifikant höhere Todesraten bei den Männern. Die steirischen Mortalitätsraten lagen 2000 für Männer weit über den europäischen Werten; für die Frauen lagen die Raten zu diesem Zeitpunkt noch darunter (siehe Tabelle 6.5.1). Die Steiermark zeigt hier **im Europavergleich die höchste Sterblichkeit** an Erkrankungen der Verdauungsorgane (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 46–47). Insgesamt kann seit 1998 nur eine Stagnation der Raten und keine zeitliche Veränderung festgestellt werden, was dem allgemeinen Trend der Reduzierung von Sterberaten entgegenläuft. Die österreichischen und europäischen Sterberaten hingegen scheinen seit 1996 bei den Männern rückläufig zu sein, während die **weiblichen Raten** eher **stagnieren** (siehe Tabelle 6.5.3). Auch in Wien zeigen die weiblichen Sterberaten seit 1996 eine ständige Auf- und Abwärtsbewegung, ohne sich auf einen eindeutigen Trend einzupendeln (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 149).

Die Sterberate steigt mit dem Alter für Männer und Frauen relativ gleichmäßig an. Bei den über 85jährigen steigen die Werte signifikant um fast ein Dreifaches (siehe Tabelle 6.5.2).

Bei den Frauen sind **für mehr als die Hälfte der Todesfälle Magen-, Darm- und Bauchfellerkrankungen verantwortlich** zu machen, während es bei den Männern in der überwiegenden Zahl die chronische Leberkrankheit oder Leberzirrhose ist (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 148).

6.6 Bösartige Neubildungen

2002 verstarben in der Steiermark 130 Frauen und 227 Männer je 100.000 EinwohnerInnen an einer Krebserkrankung (siehe Tabelle 6.6.1). Auch hier besteht ein geschlechtsspezifisch signifikanter Unterschied. Das Sterberisiko der Männer ist beinahe 3mal so hoch wie jenes der Frauen. Die Raten beider Geschlechter stagnieren seit 1998, zeigen also keine zeitliche Veränderung. Sie weichen auch wenig von den Raten der EU und Österreichs ab (siehe Tabelle 6.6.1). Durch den Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Kapitel 6.3, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) kommt es zu einem **relativen Anstieg der Bedeutung der Krebssterblichkeit**.

Die Stagnation der Krebssterblichkeit kann auf die demographische Alterung zurückgeführt werden (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 23); trotzdem bzw. gerade deshalb stellt Krebs einen wichtigen Ansatzpunkt für Gesundheitsinterventionen dar.

Es wird berichtet, dass die allgemeine Krebsinzidenz in Europa zunimmt. Allerdings stellen die Österreicherinnen für den Mess-Zeitraum 1990–1995 eine Ausnahme dar: Die österreichischen Frauen bilden gemeinsam mit den Frauen von sechs anderen europäischen Ländern ein Cluster der niedrigsten Krebsmortalität (Europäische Kommission, 2003, S. 20). Darüber hinaus ist die europäische Krebssterblichkeit bei Frauen unter 65 Jahren seit 1970 um 13% zurückgegangen, allerdings nur um 5% für alle Frauen (European Commission, 1997, S. 57). In der Steiermark war, wie gesagt, keine zeitliche Veränderung feststellbar, was allerdings mit dem kurzen Untersuchungszeitraum erklärt werden könnte.

Krebs als Haupttodesursache nimmt mit dem Alter zu. Ein großer und signifikanter Anstieg ist vor allem bei den 45–54jährigen zu beobachten, und zwar bei den Männern um das Fünffache, bei den Frauen um das Vierfache (siehe Tabelle 6.6.2). Der bei anderen Krankheiten feststellbare starke Anstieg der Sterberaten bei den über 85jährigen im Vergleich zu den 75–84jährigen fällt für Krebserkrankungen mit einer Verdoppelung der Raten relativ niedrig aus. Die Hauptzielgruppe für die Verringerung der Mortalität aufgrund von Krebs sollte daher bei den 50–70jährigen liegen.

Die Krebssterblichkeit zeigt auch insofern Besonderheiten, als der geschlechtsspezifische Unterschied mit dem Alter kontinuierlich steigt und ab dem 55. Lebensjahr signifikant ist (siehe Tabelle 6.6.2). So liegt bei den 65–74jährigen Männern eine doppelt so hohe Todesrate vor wie bei den gleichaltrigen Frauen, bei den 75–84jährigen erhöht sich der Unterschied auf das Vierfache, um schließlich in der Gruppe der über 85jährigen den größten Unterschied mit einer fünffach so hohen männlichen Sterberate aufzuzeigen.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung bösartiger Tumore gelten sowohl umweltbedingte als auch durch das Körperinnere bedingte Faktoren. Der überwiegende Teil kann

allerdings auf **Rauchen** (35%) und schlechte Ernährung (32%) zurückgeführt werden (Schlattmann, 2000, S. 453). Ziel der WHO ist es, die Krebsmortalität bei den unter 65jährigen um mindestens 15% bis zum Jahr 2020 zu senken. Dieses Ziel soll mit einem umfassenden Gesundheitsförderungsansatz, der auf die Verminderung von verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren wie Rauchen und Ernährungsverhalten abzielt, erreicht werden (WHO, 1999, S. 71).

6.6.1 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane

Für die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane zeigt 2002 die Todesursachenstatistik in der Steiermark 50 männliche und 16 weibliche Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen an. Auch hier liegt ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied vor (siehe Tabelle 6.6.1.1). Im Jahr 2002 war das Sterberisiko der Männer 3,2mal so hoch wie jenes der Frauen. Allerdings ist das Sterberisiko der Männer zwischen 1998 und 2002 rückläufig, während das **Sterberisiko der Frauen um 31% gestiegen** ist. Dies wird vor allem als Folge der bereits erwähnten veränderten Rauchgewohnheiten von Frauen und Männern interpretiert.

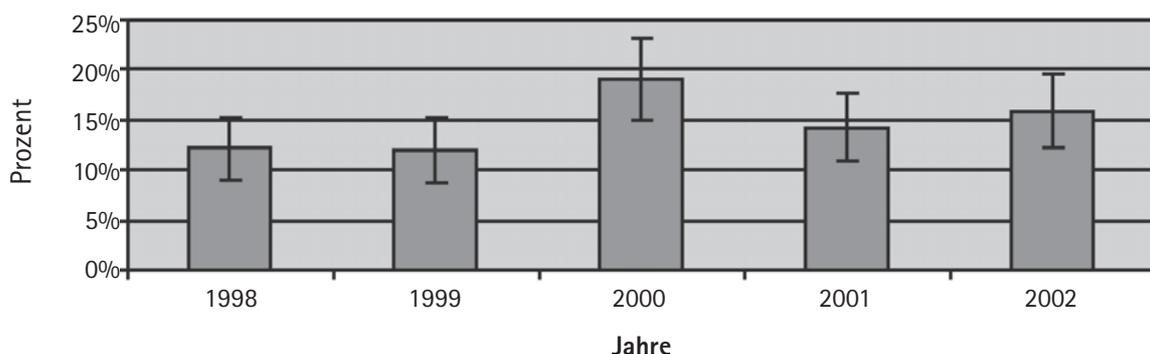
Im Vergleich mit den Raten der EU zeigt sich, dass im Jahr 2000 die steirischen Sterberaten der Männer unter jenen der EU lagen, während bei den Frauen eine ähnlich hohe Sterblichkeit vorliegt. Im Europavergleich zeigt sich für die meisten Länder auch ein Anstieg der weiblichen Lungenkrebsmortalität (Europäische Kommission, 2003, S. 21).

Große geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Sterberaten zeigen sich erst bei den über 65jährigen, d.h. in den **jüngeren Altersgruppen** muss bereits von einer **ähnlich hohen Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern** ausgegangen werden. Die geschlechtsspezifischen Lungenkrebsraten nach Altersgruppen zeigen, dass für Män-

ner die Rate mit dem Alter steigt, während sie bei den Frauen zu sinken scheint. Allerdings ist dieses Ergebnis nicht signifikant (siehe Tabelle 6.6.1.2). Bei den Männern ist ein drastischer Anstieg der Sterberaten bei den 55-74jährigen zu beobachten. Dieser Verlauf ist darauf zurückzuführen, dass der Erkrankung viele Jahre bzw. Jahrzehnte des Rauchkonsums vorausgehen und daher die meisten Sterbefälle erst im 50sten und 60sten Lebensjahrzehnt auftreten. Dieser Verlauf ist zukünftig auch bei den Frauen zu erwarten, da der **weibliche Zigarettenkonsum** steigt. So stieg in Österreich die Raucherinnenquote von 1991 mit 21% auf 41% im Jahre 1999, was einen relativen Anstieg von 55% bedeutet (Statistik Austria, 2002b, S. 28). Es ist davon auszugehen, dass Frauen bei einem den Männern ähnlichen Rauchverhalten eine ähnlich hohe Neuerkrankungsrate aufweisen werden, vielleicht sogar eine noch höhere. Es hat sich nämlich gezeigt, dass bei Frauen ähnliches Rauchverhalten stärkere Auswirkungen auf die Gesamtsterblichkeit sowie auf die Sterblichkeit aufgrund vaskulärer und zerebrovaskulärer Erkrankungen zeigt als bei Männern (Prescott et al., 1998, S. 30). Bereits jetzt weisen Frauen dieser Altersgruppen die höchste Lungenkrebssterblichkeit auf; darüber hinaus steigt für diese Gruppe die Lungenkrebssterblichkeit in Österreich am stärksten an (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 24). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane sind in der Steiermark die dritthäufigste weibliche Krebstodesursache (Statistik Austria, 2003, S. 113), wie dies auch in Wien der Fall ist (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 134).

Laut WHO sind **90% der weiblichen Lungenkrebsfälle** auf das **Rauchen** zurückzuführen. Wenn das Ziel der WHO, bis zum Jahr 2020 die Lungenkrebssterblichkeit um 25% zu reduzieren (WHO, 1999, S. 70), angestrebt werden soll, ist es unbedingt notwendig, die **Lungenkrebsprävention zur ersten Priorität** zu machen.

Grafik 6.5.1: Altersstandardisierte Todesraten der Frauen aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, 1998–2002



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse.

6.6.2 Bösartige Neubildungen des Dickdarms und des Rektums

29 Männer und 15 Frauen auf jeweils 100.000 EinwohnerInnen sind 2002 aufgrund von bösartigen Neubildungen des Dickdarms und des Rektums verstorben (siehe Tabelle 6.6.2.1). Auch hier zeigt sich eine signifikant höhere Sterblichkeit der Männer. Das Sterberisiko der Männer ist 1,9mal so hoch wie jenes der Frauen. Vergleicht man die Jahre 1998 und 2002, so ist bei den Männern eine – wenn auch nicht signifikante – Zunahme festzustellen, während bei den Frauen ein leichter – wenngleich unbedeutender – Rückgang zu vermerken ist. Zum Vergleich: In Wien wurde seit 1991 ein beständiger Rückgang der Todesraten bei beiden Geschlechtern verzeichnet (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 143).

Die Raten steigen mit dem Alter kontinuierlich an (siehe Tabelle 6.6.2.2), wobei die geschlechtsspezifischen Werte auf einen unterschiedlichen Verlauf hinweisen: Bei den Männern steigen die Raten bei den 65-74jährigen merklich und bei den über 85jährigen sogar markant an, während bei den Frauen ein feststellbarer Anstieg nur bei den über 85jährigen der Fall ist.

Als Risikofaktoren für bösartige Neubildungen des Dickdarms und des Rektums gelten hoher tierischer Fett- und Fleischkonsum. Schützend kann eine an pflanzlichen Ballaststoffen, Gemüse und Früchten reiche Ernährung gemeinsam mit einer bewegungsreichen Lebensgestaltung wirken (Schüler & Levi, 1996, S. 307).

6.6.3 Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses

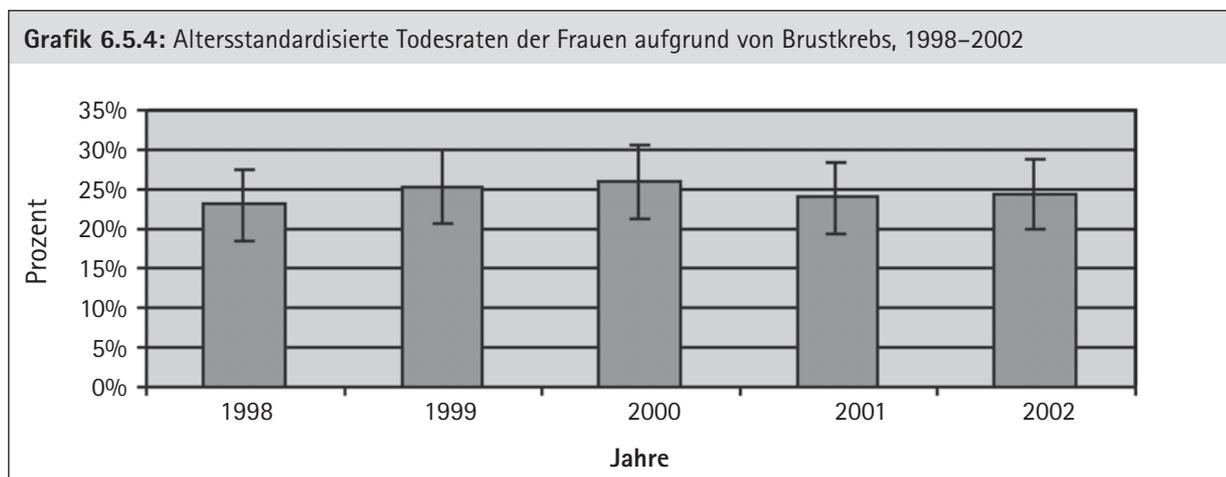
2002 verstarben 5 Frauen auf 100.000 Einwohnerinnen an Gebärmutterhalskrebs (siehe Tabelle 6.6.3.1). Am stärksten betroffen ist die Altersgruppe der 45-54jährigen Frauen mit 19 Todesfällen auf 100.000 Einwohnerinnen (siehe Tabelle 6.6.3.2), ohne dass jedoch dieser Unterschied Signifikanz erreicht. Im Jahr 2000 zeigte die Steiermark ähnliche Raten wie Österreich und Eu-

ropa (siehe Tabelle 6.6.3.1). Die **Raten stagnieren** seit 1998, allerdings ist vom Jahr 2001 auf das Jahr 2002 ein Anstieg (wenn auch kein signifikanter) der Gebärmutterhalskrebs-Todesraten zu verzeichnen. Ob dies auf einen Aufwärtstrend hinweist, der auf vermehrte Infektionen durch das Human Papilloma Virus (HPV) oder durch sexuell übertragbare Krankheiten zurückzuführen ist, oder nur eine Zufallsschwankung darstellt, kann zur Zeit noch nicht festgestellt werden.

Besondere Risikofaktoren sind ungeschützte Sexualpraktiken, junges Alter für den ersten Geschlechtsverkehr, viele verschiedene Sexualpartner und mit HPV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten infizierte Sexualpartner (European Commission, 1997, S. 61). Gemeinhin wäre ein rückläufiger Trend aufgrund des vermehrten Screenings (European Commission, 1997, S. 61; Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 220) und guter Behandlungserfolge (European Commission, 1997, S. 60) zu erwarten gewesen, wie dies auch in Gesamtösterreich (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 24), in Wien (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 220) und in anderen europäischen Ländern (European Commission, 1997, S. 60) der Fall ist.

6.6.4 Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse

Die Brustkrebsrate beträgt 2002 in der Steiermark 24 Frauen auf 100.000 Einwohnerinnen (siehe Tabelle 6.6.4.1). Somit ist Brustkrebs die am häufigsten auftretende Krebstodesursache für steirische Frauen. Die Sterberaten aufgrund von Brustkrebs steigen mit dem Alter kontinuierlich an und liegen bei den über 65jährigen Frauen am höchsten (siehe Tabelle 6.6.4.2). Ungefähr zwei Drittel aller Fälle sind in der Altersgruppe der über 50jährigen zu erwarten (European Commission, 1997, S. 59). Im Vergleich mit Gesamtösterreich und der EU wies die Steiermark 2000 ähnliche Raten auf. Seit 1998 **stagniert** die Brustkrebsrate **mit nur leichten Schwankungen** (siehe



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse.

he Graphik 6.6.4). Aufgrund vermehrten Einsatzes der Früherkennung und effektiver Therapien wurden die Überlebenschancen verbessert, weshalb eine **Reduzierung der Sterberaten zu erwarten gewesen wäre**. Dem können die Auswirkungen des sich ändernden Lebenslaufes vieler Frauen entgegengehalten werden. Aufgrund der längeren Ausbildungszeiten und der verstärkten Berufsorientierung der Frauen kommt es vermehrt zu späteren Erstschwangerschaften oder Kinderlosigkeit, welche, neben genetischen und anderen Faktoren, als Risikofaktoren für Brustkrebs gelten (Schlattmann, 2000, S. 454).

6.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zur Mortalität kann zusammenfassend festgestellt werden:

- Die Lebenserwartung steigt für Frauen und Männer zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens. Für Männer steigt sie stärker, was eine Verringerung der Differenz in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern zugunsten der Männer bedeutet.
- Vom Suizid als Todesursache sind Männer stärker betroffen als Frauen. Es kann leider kein rückläufiger Trend bei den Suiziden in der Steiermark verzeichnet werden, womit die Steiermark nach wie vor weit über den europäischen Raten liegt. Zwar sterben mehr Männer als Frauen durch eigene Hand, die Suizidneigung („misglückte“ Suizidversuche) ist jedoch bei Frauen vermutlich ähnlich hoch (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 46).
- Die **weiblichen Haupttodesursachen** sind nach wie vor **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, gefolgt von

Krebserkrankungen (siehe Tabelle 6.7.1 und 6.7.2). Aufgrund der höheren Lebenserwartung bzw. der demographischen Altersstruktur versterben Frauen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer.

- **Innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen** übersteigt die weibliche Todesrate der ischämischen Herzkrankheiten jene der zerebrovaskulären Erkrankungen. Es hat sich gezeigt, dass die steirischen Frauen im Vergleich mit **europäischen** Entwicklungen eine **relativ hohe Sterblichkeit** aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen. Tendenziell ist die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückläufig, wenn auch nicht signifikant. Auffälligkeiten gibt es bei den **weiblichen Sterberaten** aufgrund von **zerebrovaskulären Erkrankungen**, die bei den unter 75jährigen fast ebenso hoch sind wie die männlichen. Auch ist bei den Frauen zwischen 1998 und 2002 ein geringerer Rückgang zu verzeichnen als bei den Männern. Darüber hinaus versterben Frauen innerhalb der Haupttodesursache Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufiger an Gehirnschlag (28%) als Männer (22%).
- Die Sterblichkeit aufgrund von **Erkrankungen des Verdauungsapparates** stagniert für beide Geschlechter. Nationale und internationale Trends zeigen eine Reduzierung bei den Männern, während die **weiblichen Raten eher stagnieren**. Dieser Bereich könnte sich in den nächsten Jahren zu einem Interventionsfeld der Frauengesundheit entwickeln.
- Innerhalb der Gruppe der bösartigen Neubildungen ist noch immer **Brustkrebs** von größter Bedeutung, **gefolgt von Lungen- und Darmkrebs**. Die Krebsmortalität in der Steiermark **stagniert** seit

Tabelle 6.7.1: Altersstandardisierte Todesraten nach Haupttodesursachen in der Steiermark je 100.000 EinwohnerInnen, 2002

	Männer	Rate		Frauen	Rate
1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)	305,47	1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)	201,26
2	Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)	227,28	2	Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)	129,85
3	Ischämische Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414)	141,58	3	Ischämische Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414)	67,73
4	Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 430-438)	67,75	4	Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 430-438)	58,62
5	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162)	50,04	5	Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (ICD 9: II, 174)	24,35
6	Erkrankungen des Verdauungsapparates (ICD 9: VII, 520-579)	44,45	6	Erkrankungen des Verdauungsapparates (ICD 9: VII, 520-579)	22,97
7	Suizid (ICD 9: E950-E959)	31,76	7	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162)	15,81
8	Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates (ICD 9: II, 153-154)	29,23	8	Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates (ICD 9: II, 153-154)	15,23
9			9	Suizid (ICD 9: E950-E959)	10,07
10			10	Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 162)	5,05

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

1998. Dies ist auch der Fall für spezifische Krebserkrankungen, wie für Krebs des Verdauungsapparates, Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs. Eine Ausnahme stellt die Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs (inkl. Atmungsorgane) dar. Das **Sterberisiko der Frauen** ist zwischen 1998 und 2002 **um 31% gestiegen**, während das Sterberisiko der Männer rückläufig ist. Es ist für die nächsten Jahre ein **weiterer Anstieg** der weiblichen **Lungenkrebsraten zu erwarten**. Die Stagnation der allgemeinen Krebstodesraten kann auf die demographische Alterung zurückgeführt werden. Jedoch ist es trotz der demographischen Alterung gelungen, die Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken. Dies gelang jedoch nicht für Krebs, womit die Bedeutung und die Bekämpfung von Krebserkrankungen noch zusätzlich an Gewicht gewinnt. Überraschend ist auch die **Stagnation der Brustkrebsraten**, da doch aufgrund vermehrter Früherkennung und verbesserter Therapien eine Reduzierung der Rate erhofft wurde. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass eine systematische Zusammenführung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien bisher keinen signifikanten Rückgang der Brustkrebsmortalität durch das flächendeckende systematische Mammographie-Screening feststellen konnte (Olsen & Gøtzsche, 2003).

Daraus folgt:

- Es sind **umfassende**, gesamtpolitische und sektorübergreifende **Konzepte** notwendig, um die wichtigsten verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren, wie z.B. **Rauchen**, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, zu reduzieren und damit die Mortalität in Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zu senken.
- Es sind vor allem **systemische und strukturelle Veränderungen** unerlässlich, die es Frauen ermöglichen, ein gesünderes Leben zu führen. Das heißt, es müssen **sozialpolitische Maßnahmen** im Sinne einer **gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik**, wie bereits in der Ottawa Charta festgelegt (WHO, 1986), und im Sinne

der **Verhältnisprävention** gesetzt werden. Umweltorientierte Veränderungen, wie das von der EU vorgeschlagene Rauchverbot am Arbeitsplatz und somit auch in Lokalen, können in diesem Zusammenhang nur begrüßt werden. Solche Interventionen können eine Reduzierung des Tabakkonsums von bis zu 30% bewirken (Fichtenberger & Glantz, 2001, S. 189).

- Auch **populationszentrierte Präventionsprogramme** sind zur Fallfindung, zur Identifikation individuumsbezogener Risikofaktoren und verhaltensorientierter Interventionen sowie zum qualitätsgesicherten Management von Krankheiten notwendig.
- Dringend notwendig sind Maßnahmen zur Reduzierung der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Konzepte zur Senkung der Herz-Kreislauf-Mortalität sollten sich am hoch effektiven Modell des **Nord Karelíen Projekts** (Puska, 2002) und am **CINDI-Programm** der WHO orientieren. Mit dem Nord Karelíen Projekt konnte gezeigt werden, dass Risikofaktoren durch ein multi-sektorales und auf mehreren Ebenen angesiedeltes Präventionsprogramm nachhaltig gesenkt werden können. Das Ziel des CINDI-Programms der WHO ist es, die Gesundheit und die Lebensqualität durch die Vermeidung von vorzeitigen Todesfällen, Krankheiten und Behinderungen zu verbessern.
- Ein weiterer Schwerpunkt muss, nicht nur aufgrund des steigenden Lungenkrebs-Sterblichkeitsrisikos der Frauen, die **Tabakprävention** sein. Neben entsprechenden Kampagnen auf Gesamtbevölkerungsebene und Unterstützungsangeboten für Aufhörwillige wären insbesondere auch gesellschaftliche **Strukturveränderungen** notwendig, die eine **Verringerung der Belastung** bei Frauen sicherstellen. Es wäre wichtig, zur Verringerung der Bedeutung des Rauchens als Bewältigungsstrategie und Stresslöser beizutragen, etwa durch Schaffung gezielter Programme zur Erarbeitung **individueller Bewältigungsstrategien**, die das Erlernen persönlicher Kompetenzen für einen gesünderen Lebensstil ermöglichen.

7. Krankheits- und Gesundheitszustand

7.1 Subjektiver Gesundheitszustand

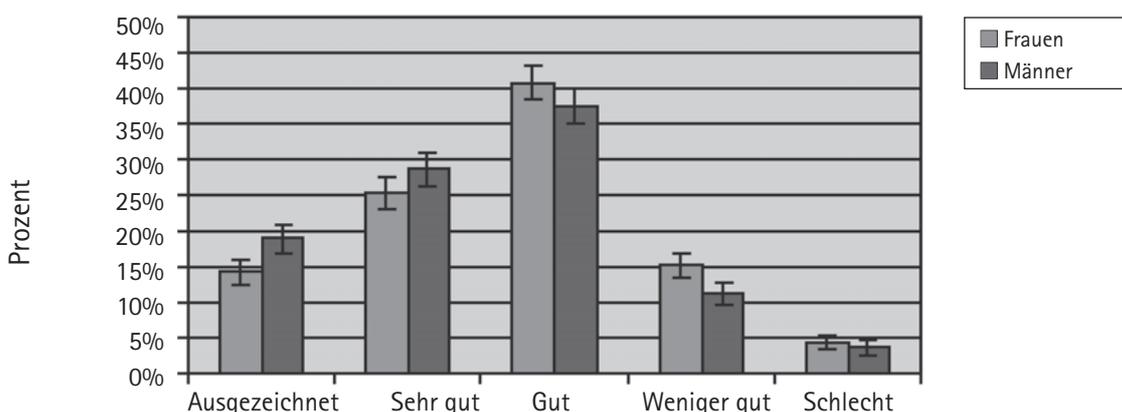
Der subjektive Gesundheitszustand gilt als sehr guter Vorhersagewert für Lebenserwartung und Sterblichkeit (Schwartz et al., 2000, S. 27) und dient deshalb als Indikator zur Beurteilung der allgemeinen Befindlichkeit der Bevölkerung.

Bei der *steirischen Gesundheitsbefragung 1999* geben der größte Anteil der Befragten (39%) an, sich in einem guten Gesundheitszustand zu befinden; die zweitgrößte Gruppe (27%) fühlt sich sehr gut bzw. sehr gesund (siehe Tabelle 7.1.1 und Graph 7.1.1). 17% der Befragten geben an, dass sie sich ausgezeichnet fühlen, wobei der Anteil bei den Männern mit 19% höher ist als bei den Frauen mit 14%. Ein **gravierender Geschlechtsunterschied** zeigt sich jedoch bei jenen, die sich weniger gut fühlen. Hier ist der Anteil der Frauen bedeutend höher. Somit geben fast die Hälfte (48%) der Männer an sich sehr gut oder gar ausgezeichnet zu fühlen, während dieser Anteil bei den Frauen nur 40% beträgt. Auch im statistischen Modell bleibt dieser Geschlechtsunterschied signifikant und selbst nach Berücksichtigung des Alters ist die Wahrscheinlichkeit, einen ausgezeichneten Gesundheitszustand zu haben, bei den Männern um 23% höher als bei den Frauen. Dieser Geschlechtsunterschied wurde auch in zahlreichen Gesundheitsberichten in Österreich (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 195-1996; Magistrat der Stadt Wien, 2002, S. 86; Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 68; Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, S. 32), in Deutschland (Hessel et al., 1999, S. 267; Maschewsky-Schneider et al., 1988, S. 174; Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 3.5) und in Europa (European Commission, 2003a, S. 37) beschrieben.

Die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes ist stark **altersabhängig**, wobei der Anteil jener, die sich ausgezeichnet und sehr gut fühlen, mit dem Alter sinkt, während umgekehrt der Anteil jener, die sich weniger gut oder gar schlecht fühlen, mit dem Alter steigt (siehe Tabelle 7.1.2). So liegt zum Beispiel der Anteil jener mit ausgezeichneter Gesundheit bei den 15-24-jährigen bei 43% und bei den 55-64-jährigen nur noch bei 4%, bis er bei den über 75-jährigen auf Null schwindet. Umgekehrt geben die über 85-jährigen zu 30% an, sich schlecht zu fühlen. Diese Unterschiede sind im statistischen Test signifikant. D.h. die Wahrscheinlichkeit, über eine ausgezeichnete subjektive Gesundheit zu verfügen, ist bei der jüngsten Altersgruppe am höchsten. Die 25-44-jährigen zeigen mit ca. 40% die höchste Wahrscheinlichkeit sich gut bzw. gesund zu fühlen, während diese Wahrscheinlichkeit bei den über 55-jährigen deutlich sinkt und bei den über 75-jährigen Null erreicht. Die **zeitliche Entwicklung** zeigt in internationalen Studien eine **Verbesserung des Gesundheitszustands**

wurden Verbesserungen im subjektiven Gesundheitszustand gemessen. So berichtet der Mikrozensus in Wien, dass sich der Gesundheitszustand der Frauen zwischen 1991 und 1999 verbessert und der geschlechtsspezifische Unterschied verringert hat (Magistrat der Stadt Wien, 2002, S. 87). Auch in Deutschland konnte eine Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich 1975 und 1996 festgestellt werden (Hessel et al., 1999, S. 268). Für die Steiermark ist jedenfalls ein Anstieg des Anteils jener Personen zu verzeichnen, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet und sehr gut bezeichnen (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.4.1). Trotzdem rangiert die **Steiermark im Bundesländervergleich am vorletzten Platz**, v. Oberösterreich (Landesregierung, 2002, Tab. 3.4.1).

Grafik 7.1.1: Anteil der Personen, die einen ausgezeichneten, sehr guten, guten, weniger guten und schlechten subjektiven Gesundheitszustand angeben, nach Geschlecht, 1999



Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

7.2 Bösartige Neubildungen

Im Jahr 2000 betrug die Krebsinzidenz bei den Frauen 289, bei den Männern 381 pro 100.000, was einen signifikanten Geschlechtsunterschied erkennen lässt (siehe Tabelle 7.2.1). Das Erkrankungsrisiko der Männer ist 1,4mal so hoch wie jenes der Frauen. Die Krebsneuerkrankungsrate zeigt keinen eindeutigen Trend und hat sich **zwischen 1997 und 2000 nicht signifikant verändert**.

Die Krebsneuerkrankungen steigen mit dem Alter an, wobei vor allem eine beinahe Verdreifachung der Rate von den 45-54jährigen zu den 55-64jährigen Männern als starker signifikanter Anstieg auffällt, welcher bei den Frauen nicht gegeben ist (siehe Tabelle 7.2.2).

Im Österreichvergleich zeigt sich, dass die Steiermark vergleichsweise niedrige Krebsinzidenzen hat, nämlich die dritt niedrigste nach Salzburg und Kärnten bei den Männern und die zweit niedrigste nach Wien bei den Frauen (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.2). Damit liegen die ÖsterreicherInnen sowie die SteirerInnen innerhalb Europas im Mittelfeld (European Health for All Database, updated June 2003). Europaweit sind 11,5% der Krankheitslast gemessen in DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) auf Krebserkrankungen zurückzuführen (WHO, 2002b, S. 29). Ebenso wie in Europa gilt auch in der Steiermark, dass die wichtigsten Krebslokalisationen bei den Frauen Brust, Lunge und Verdauungsapparat sind, aber auch Gebärmutterkörper und Gebärmutterhals.

Wie bereits im Mortalitätskapitel erläutert (siehe Kapitel 6.6.1, Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane), ist der wichtigste Risikofaktor für Krebsneuerkrankungen das **Rauchen**, das für **rund ein Drittel aller Krebserkrankungen** in Europa verantwortlich ist (WHO, 1999, S. 68). Weiters gelten falsche Ernährung, d.h. zu wenig Obst und Gemüse und zu viele ungesättigte Fettsäuren, als wichtige Risikofaktoren. Zum wiederholten Male sei hier auf die Notwendigkeit eines umfassenden Gesundheitsförderungsansatzes zur Verminderung dieser Risikofaktoren hingewiesen.

7.2.1 Bösartige Neubildungen der Luft- röhre, Bronchien und Lunge

Im Jahr 2000 waren in der Steiermark 32 pro 100.000 Frauen und 103 pro 100.000 Männer an Krebs der Luft-
röhre, der Bronchien oder der Lunge neuerkrankt (siehe Tabelle 7.2.1.1). Der geschlechtsspezifische Unterschied mit einem 3,6mal so hohen Erkrankungsrisiko der Männer ist erheblich. Wie schon bei Betrachtung der Gesamtgruppe der Krebserkrankungen zeigt sich auch hier kein zeitlicher Trend. Die Neuerkrankungsraten **stagnieren**.

Die geschlechtsspezifischen Neuerkrankungsraten differieren auch signifikant in den einzelnen Altersgruppen zwischen dem Alter von 45 und 84 Jahren. Bei den Männern ist mit einer Verdoppelung der Rate ein signifikanter Anstieg der Neuerkrankungen von den 55-64jährigen zu den 65-74jährigen zu verzeichnen (siehe Tabelle 7.2.1.2).

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass die Steiermark relativ niedrige Lungenkrebskrankungsraten hat. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen haben die SteirerInnen die zweit niedrigste Inzidenz und liegen unter der gesamtösterreichischen Rate (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.2). Im Europavergleich liegt die österreichische und somit auch die steirische Inzidenz ungefähr im Mittelfeld (European Health for All Database, updated June 2003). Die Lungenkrebsinzidenz steigt in den meisten europäischen Ländern noch immer an, in Österreich ist sie (zumindest bei den Männern) rückläufig (Europäische Kommission, 2003, S. 21).

Für die Lungenkrebsinzidenz spielt natürlich das geschlechtsspezifische Rauchverhalten eine kausale Rolle. Da die Raucherquoten bei den Frauen zunehmen, ist davon auszugehen, dass Frauen bei einem den Männern ähnlichen Rauchverhalten eine zumindest ähnlich hohe Neuerkrankungsrate aufweisen werden (siehe Kapitel 6.6.1, Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane). Laut WHO können **90% der Krebsneuerkrankungen der Lunge** auf das **Rauchen** zurückgeführt werden, daher hat Tabakprävention erste Priorität bei der Bekämpfung der Krebsneuerkrankungen der Atmungsorgane. Prävention ist vor allem auch deshalb notwendig, weil die Chancen auf Heilung bei Lungenkrebs relativ schlecht sind (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 147). Für das Krebsrisiko entscheidend sind sowohl Dauer als auch Intensität des Tabakkonsums, wobei die Intensität mit fortschreitender Sucht häufig zunimmt. Deshalb wären Präventionsmaßnahmen sowohl darauf zu richten, den frühen Beginn von Raucherkarrieren zu unterbinden als auch Abhängigen in jedem Stadium bei der Entwöhnung zu helfen. Da Frauen durch Schwangerschaft und Stillzeit ganz besonders durch Tabakrauch (sowohl durch aktives als auch durch passives Rauchen) gefährdet sind, sollten hier unbedingt wirksame Maßnahmen im Bereich Raucherprävention und Nichtraucherenschutz im gesamten öffentlichen Bereich gesetzt werden. Auch am Arbeitsplatz fühlen sich Frauen häufiger als Männer durch Tabakrauch belästigt (Statistik Austria, 2002c), was zum einen auf eine größere Sensibilität der Wahrnehmung als auch auf die häufigere Ignoranz ihrer Rechte als Nichtraucherinnen (bzw. auch eine mangelnde Geltendmachung ihrer Rechte durch die Frauen selbst) zurückzuführen sein dürfte. Dem könnte, neben restriktiveren Maßnahmen gegen das Rauchen am Arbeitsplatz, z.B. auch mit verstärkter Bewusstseinsbildung und Empowerment von Frauen bzw. NichtraucherInnen allgemein entgegengewirkt werden.

7.2.2 Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses

2000 erkrankten 15 von 100.000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (siehe Tabelle 7.2.2.1). Über den gesamten Zeitraum zwischen 1997 und 2000 gerechnet, erkrankten im Durchschnitt jedes Jahr 18 pro 100.000 Frauen

an bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses (cervix uteri).

In der Betrachtung der einzelnen Altersgruppen gibt es wegen der kleinen Fallzahlen keine signifikanten Unterschiede, allerdings sind die Erkrankungsraten bei den 45-54jährigen mit 35 Fällen pro 100.000 am höchsten (siehe Tabelle 7.2.2.2). Im **Bundesländervergleich** zeigt sich, dass die **Erkrankungsrate der Steirerinnen an Gebärmutterhalskrebs relativ hoch** ist, den zweit höchsten Rang einnimmt und über der gesamtösterreichischen Rate liegt (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.2). Im Europa-Vergleich liegt Österreich mit einer Rate von 12 pro 100.000 im Mittelfeld (WHO, 2003d, S. 74).

Wie schon bei der Mortalität aufgrund von Gebärmutterhalskrebs sind die **Neuerkrankungsraten** im Untersuchungszeitraum **nicht rückläufig**. Dieser ist allerdings sehr kurz bemessen, was der Grund für die stagnierenden Raten sein könnte. Trotzdem ist eine Reduzierung der Neuerkrankungen vor allem durch Präventionsmaßnahmen anzustreben. Maßnahmen sind aufgrund der Risikofaktoren (siehe Kapitel 6.6.3, Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses) vor allem im Bereich des Sexualverhaltens zielführend. Auch eine Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für über 45jährige Frauen sowie eine möglichst hohe Qualität des Screenings sollte angestrebt werden (siehe Kapitel 8.2.2, Gebärmutterhalskrebs).

7.2.3 Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse

Im Jahr 2000 betrug die altersstandardisierte Brustkrebsinzidenzrate 110 pro 100.000 Frauen (siehe Tabelle 7.2.3.1). Auch hier zeigt sich keine Verbesserung in den vier analysierten Jahren. Die **Brustkrebsneuerkrankungsrate stagniert** und die durchschnittliche Rate liegt bei 124 Fällen je 100.000 Frauen pro Jahr. In Europa steigt die Brustkrebsinzidenz allgemein weiter an und ist somit weiterhin die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Es wird berichtet, dass die Brustkrebsmortalität in Österreich rückläufig sei (Europäische Kommission, 2003, S. 22). Im Bundesländervergleich hat die Steiermark die dritt niedrigste Rate nach Oberösterreich und Kärnten und liegt unter der gesamtösterreichischen Rate (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.2). Zwischen den Altersgruppen zeigen sich keine gravierenden Unterschiede, allerdings sind die Raten bei den 45-74jährigen Frauen am höchsten (siehe Tabelle 7.2.3.2).

Die Stagnation der Brustkrebsinzidenz könnte mitunter auch auf die verstärkte Früherkennung zurückgeführt werden, wodurch die Inzidenz vorerst steigt. Allerdings sollten sich Überlebensraten aufgrund effektiver Therapien bessern, wobei die Überlebensraten für unter 50jährige Frauen günstiger sind (60% Überlebende nach 5 Jahren) (European Commission, 1997, S. 57).

Als Risikofaktoren für Brustkrebs gelten Vorbelastung aufgrund der Familienanamnese, spätes Alter bei der Erstgeburt, niedrige Kinderzahl, früher Beginn der Geschlechtsreife, Vorhandensein von endogenen Östrogenen und spätes Eintreten des Wechsels. Diese Faktoren werden gemeinsam für ein 50-100% höheres Brustkrebsrisiko verantwortlich gemacht (Schlattmann, 2000, S. 454). Daneben können allerdings auch noch andere Risikofaktoren, wie z.B. der Lebensstil, entscheidenden Einfluss ausüben (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 138). Die Möglichkeiten zur Prävention sind begrenzt. Um so wichtiger ist in diesem Bereich die adäquate Versorgung von Krebspatientinnen sowie die Sicherstellung der hohen Qualität bei der (Früh-)Erkennung, Diagnose und Therapie (WHO, 1999, S. 68).

7.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

2002 sind in der Steiermark insgesamt 2.821 Frauen und 3.674 Männer (jeweils pro 100.000) infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Krankenhaus stationär betreut worden (siehe Tabelle 7.3.1). Die Erkrankungsrate der Frauen liegt dabei signifikant unter jener der Männer, die ein 1,3fach höheres Risiko haben zu erkranken und stationär behandelt zu werden als Frauen. Zwischen 1998 und 2001 zeichnete sich ein rückläufiger Trend bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab, allerdings ist 2002 für beide Geschlechter wieder ein Anstieg zu verzeichnen, der sogar statistische Signifikanz erreicht. Im statistischen Test zeigt sich, dass die stationär erfassten Herz-Kreislauf-Erkrankungen **seit 1998 signifikant rückläufig** sind, wobei der Rückgang **bei den Männern** mit 23% **stärker** ausgeprägt ist **als bei den Frauen** mit 18%. Eine Erklärung für diesen geschlechtsspezifischen Unterschied im Rückgang der stationär behandelten Herz-Kreislauf-Erkrankungsraten könnte darin liegen, dass Frauen zu einem geringeren Anteil stationär behandelt werden als Männer (Hochleitner, 1999, S. 50-53).

Die Krankenhaus-Inzidenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt naturgemäß mit dem Alter. Bei den Männern steigt die Rate kontinuierlich an, während die Kurve bei den Frauen ab der Altersgruppe der 65jährigen wieder etwas abflacht. Der stärkste Anstieg ist zwischen den beiden Altersgruppen der 45-54jährigen zu den 55-64jährigen zu verzeichnen (siehe Tabelle 7.3.2). Hier steigt die Erkrankungsrate um das 1,9fache bei den Männern und um das 1,7fache bei den Frauen. Ab dem Alter von 45 Jahren übersteigen die männlichen Raten die weiblichen, während die Frauen insgesamt in der Altersgruppe der 25-34jährigen eine signifikant höhere Erkrankungsrate als die gleichaltrigen Männer aufweisen. Bei den über 85jährigen Männern leiden bereits 22.568 pro 100.000 an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, also fast ein Viertel, während die Rate bei den Frauen 8.017 pro 100.000 beträgt (8%).

Im **Bundesländervergleich** kann festgestellt werden, dass im Jahr 2000 die steirischen Erkrankungsraten bei den Männern im Mittelfeld liegen, während jene der

Frauen am höchsten sind und **weit über dem Österreichdurchschnitt** liegen (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.1).

Bei einer über den stationären Bereich hinausgehenden Betrachtung, stellt man fest, dass Frauen angeben, häufiger an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Summe aus zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck, Herzinfarkt, andere Herzkrankheiten, Hirngefäßerkrankungen, Venenentzündungen, Venenthrombosen, Krampfadern) zu leiden als Männer, und zwar bei allen einzelnen im Mikrozensus erhobenen Erkrankungsformen (Statistik Austria, 2002b, S. 102-105). Auch österreichweit wird berichtet, dass **mehr Frauen als Männer von dieser Krankheitskategorie betroffen** sind (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 29). Dieser Unterschied zwischen den altersstandardisierten, geschlechtsspezifischen Erkrankungs- bzw. Behandlungsraten aus dem stationären Bereich und den Angaben des Mikrozensus ist möglicherweise auf die oft weniger schwerwiegenden, jedoch weiter verbreiteten Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems bei Frauen zurückzuführen. Ein weiterer Grund dürfte aber, wie auch von anderen Ländern berichtet, in der geschlechtsspezifischen Diagnosestellung und unterschiedlichen Einweisungspraxis von Männern und Frauen durch Ärzte liegen, was sich in der Folge auch statistisch auswirkt (Hochleitner, 1999, S. 50-53).

Europaweit ist festzustellen, und das kann auch für die Steiermark angenommen werden, dass die Kategorie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen die wichtigste Krankheitslast der Bevölkerung darstellt, die im Jahr 2000 für 21,8% der verlorenen behinderungsfreien Lebensjahre verantwortlich war (WHO, 2002b, S. 29).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind auf eine Reihe von veränderbaren bzw. beeinflussbaren Risikofaktoren zurückzuführen. Speziell für Frauen wird auch hier auf die effektiv veränderbaren Risikofaktoren Hypertonie, **Rauchen**, erhöhtes Cholesterin, Fettleibigkeit und körperliche Untätigkeit hingewiesen (Hong et al., 2003, S. 282). Nicht zuletzt muss auch auf die sozialen Unterschiede bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungsraten hingewiesen werden (siehe Kapitel 9.3.2, Risikofaktoren).

7.4 Erkrankungen des Bewegungsapparates

2.767 Frauen und 2.437 Männer (jeweils pro 100.000) waren im Jahr 2002 aufgrund einer Erkrankung des Bewegungsapparates stationär im Krankenhaus untergebracht, wobei die altersstandardisierte **Rate der Frauen jene der Männer signifikant übersteigt** (siehe Tabelle 7.4.1). Dieser Geschlechtsunterschied ist über den gesamten Beobachtungszeitraum (1998-2002) gegeben, wobei sich sogar eine **steigende Tendenz** der Erkrankungsraten abzeichnet. Im direkten Vergleich der Jahre 1998 und 2002 liegt eine signifikante Erhöhung vor. Besonders betroffen von Erkrankungen des Bewegungsapparates sind

Frauen zwischen 45 und 74 Jahren (siehe Tabelle 7.4.2). Diesen Geschlechtsunterschied kann man auch bei der Altersgruppe der 15-24jährigen feststellen, allerdings in einem geringeren Ausmaß. In der Altersgruppe der 45-54jährigen sind 5.021 Frauen je 100.000 betroffen, in der nächst älteren Gruppe 6.032 Frauen und bei den 65-74jährigen 5.511 Frauen (jeweils pro 100.000). Der Bundesländervergleich zeigt, dass die steirische Rate der orthopädischen Erkrankungen bei den Männern im Mittelfeld liegt, jedoch über dem gesamtösterreichischen Wert. Auch die Rate der Steirerinnen liegt im Mittelfeld, allerdings unterschreitet sie den entsprechenden gesamtösterreichischen Wert (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.2.1).

7.5 Schenkelhalsbrüche und Osteoporose

Die Inzidenz der Schenkelhalsbrüche soll als Indikator für die Verbreitung der Osteoporose in der weiblichen Bevölkerung dienen. Frakturen des Schenkelhalses sind verantwortlich für eine hohe Morbidität und auch Mortalität vor allem älterer Frauen (European Commission, 1997, S. 109).

Im Jahr 2002 waren in der Steiermark bei den Frauen 118, bei den Männern 74 Schenkelhalsbrüche pro 100.000 zu verzeichnen (siehe Tabelle 7.5.1). Erwartungsgemäß ist der **Geschlechtsunterschied** hier **signifikant**, und zwar über den gesamten Analysezeitraum (1998-2002) hindurch. Bis 2001 schien sich eine sinkende Tendenz der weiblichen Schenkelhalsbruchrate abzuzeichnen, allerdings stieg sie im Jahr 2002 wieder gravierend auf das Niveau von 1998 an. Die männlichen Raten scheinen hingegen seit 1998 zu stagnieren.

Die Schenkelhalsbruch-Inzidenz steigt mit dem Alter stark an. Ab der Altersgruppe der 55-64jährigen steigen sowohl die männlichen als auch die weiblichen Raten von einer Altersgruppe zur nächsten deutlich (siehe Tabelle 7.5.2). Nur bei den über 85jährigen ist die Rate der Männer etwas – allerdings nicht signifikant – höher als jene der Frauen.

Aufgrund der demographischen Alterung ist mit einem weiteren Anstieg der Osteoporose sowie der Schenkelhalsbrüche für beide Geschlechter zu rechnen. Vor allem die Altersgruppe der über 80jährigen zählt zur Hauptrisikogruppe. Diese Bevölkerungsgruppe ist auch jene mit dem stärksten demographischen Zuwachs. Es wird angenommen, dass sich die Zahl der an Osteoporose erkrankten Frauen bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird (BM für soziale Sicherheit und Generationen, o. D., S. 281). Frauen sind aufgrund hormonbedingter Reduzierung der Knochenmasse im Zuge der Menopause besonders häufig von Osteoporose betroffen. Dies führt zu vermehrter Inzidenz von Hüft- und Wirbelfrakturen, die wiederum zu vermehrter Sterblichkeit und Krankheitsbelastung führen, aber auch zu verminderter Mobilität, Selbstän-

digkeit und Lebensqualität. Hüftfrakturen werden mit einer 20%igen Mortalität im ersten Jahr und mit einer 40%igen Mortalität in den ersten drei Jahren nach der Fraktur in Zusammenhang gebracht (European Commission, 1997, S. 109).

Ursachen für die Osteoporose sind vielfältig. Alter, hormonbedingte Veränderungen sowie osteoporosebedingte Frakturen bei den Eltern, Bewegungsarmut, Ernährungsverhalten (z.B. niedrige Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr), **Rauchen**, übermäßiger Alkoholkonsum, bestimmte Medikamente (wie z.B. Kortison), Fehlbildungen, hagerer Körperwuchs und eine frühere Fraktur aufgrund einer Osteoporose (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 5.12) können Risikofaktoren darstellen. Für die Frakturen, die vor allem durch Stürze verursacht werden, spielen auch noch viele andere Faktoren, wie der allgemeine Gesundheitszustand der gestürzten Person und der Sturz selbst eine Rolle. Mögliche Präventionsmaßnahmen sollten auf eine möglichst gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung abzielen. Auch die Effektivität von sportlichen Maßnahmen wie Aerobic, Kraftübungen und Gehen zur Prävention von Knochenschwund und Frakturen konnte nachgewiesen werden (Bonaiuti et al., 2004). Um jedoch einen präventiven Effekt zu gewährleisten, sollten alle Maßnahmen bereits auf jüngere und mittlere Altersgruppen abzielen. Ebenso kann die Einnahme von Kalzium einen positiven Einfluss auf Osteoporose zeigen (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 5.12). Unklar ist noch, ob, in welchem Ausmaß und mit welchen Zusatzstoffen die Einnahme von Vitamin D eine effektive Präventionsmaßnahme darstellt (Melhus et al., 1998, S. 774; Gillespie et al., 2004). Bei älteren Menschen sind vor allem auch bauliche und verhaltensspezifische Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung von Stürzen wichtig.

7.6 Erkrankungen der Atemwege

Im Jahr 2002 erkrankten in der Steiermark 276 Frauen und 464 Männer jeweils pro 100.000 an Atemwegserkrankungen, was einen stationären Aufenthalt in den steirischen Krankenhäusern erforderte (siehe Tabelle 7.6.1). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist statistisch signifikant, d.h. es wurden eindeutig mehr Männer als Frauen aufgrund von Atemwegserkrankungen stationär versorgt. Im Zeitraum zwischen 1998 und 2002 haben sich weder die Raten beider Geschlechter, noch der Geschlechtsunterschied gravierend verändert, obwohl sich bei den Männern ein sinkender Trend abzuzeichnen scheint.

Die Altersverteilung der Atemwegserkrankungen zeigt ein anderes Bild als die Verteilung bisher analysierter Erkrankungen. Auffallend sind hier die besonders hohen Raten in der jüngsten Altersgruppe der unter 14jährigen und die großen geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersverteilung der Erkrankungen (siehe Tabelle 7.6.2). Bei den Frauen sind die Erkrankungsraten bei den unter 14jährigen mit 682 Fällen pro 100.000 mit Abstand am höchsten. Später steigen dann zwar bei den

45-54jährigen und auch bei den 55-64jährigen die Werte sprunghaft an, erreichen aber mit Raten von 392 und 434 pro 100.000 bei weitem nicht mehr den Gipfel der unter 14jährigen. Auch bei den Männern steigen die Raten signifikant mit jeder Altersgruppe ab den 45-54jährigen. Die Rate der unter 14jährigen liegt jedoch mit 862 pro 100.000 eher im Mittelfeld. Dieses geschlechtsspezifische Muster bei den über 45jährigen könnte mit dem **Rauchverhalten** der beiden Geschlechter erklärt werden. Aufgrund des in der Vergangenheit höheren Tabakkonsums der Männer steigen die Raten der Männer etwa ab dem 50. Lebensjahr stark an.

Hingegen zeigen sich bei den Frauen nur bei den 45-64jährigen höhere Raten, wodurch sich vermutlich bereits der in den letzten Jahren angestiegene Tabakkonsum in der weiblichen Bevölkerung abzeichnet. Dies ist auch vereinbar mit der zeitlichen Entwicklung der geschlechtsspezifischen Raten. Während die männlichen Raucherquoten rückläufig sind und damit auch eine Senkung der Atemwegserkrankungsraten mit sich bringen, steigt der Anteil der Raucherinnen, was vorerst eine Stagnation der Raten hervorruft. Da sich tabakassoziierte Erkrankungen meist erst nach Jahrzehnten manifestieren, ist wahrscheinlich aufgrund dieses veränderten Lebensstilfaktors in den nächsten Jahren **mit einem Anstieg der weiblichen Erkrankungsraten zu rechnen**.

Bei den unter 14jährigen sind die hohen Werte vor allem auf die hohen Erkrankungsraten bei den unter 1jährigen (also Säuglingen) zurückzuführen (24.670 Buben und 18.983 Mädchen pro 100.000) (Gesundheitsinformationssystem Steiermark).

Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark bei den Männern an dritt bester Stelle nach den Bundesländern Burgenland und Salzburg, bei den Frauen sogar an zweiter Stelle nach Salzburg und somit unter dem österreichischen Gesamtwert (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab 3.2.1).

Europaweit gelten Erkrankungen der Atmungsorgane (vor allem Asthma) zunehmend als Gesundheitsproblem und als weit verbreitete Krankheiten, wenngleich die wissenschaftliche Beweisführung vorerst noch aussteht (Europäische Kommission, 2003, S. 29).

Als Risikofaktoren für respiratorische Erkrankungen werden Luftverschmutzung, Rauchen und Allergien genannt, für Asthma kommen noch Atopie und genetische Faktoren hinzu. Asthmatische Erkrankungen zeigen auch einen starken Zusammenhang mit dem Alter und dem sozialen Status (Pearce et al., 2004, 1261). Effektive Präventionsmaßnahmen sind aufgrund der vielfältigen und wenig geklärten Ursachen von Atemwegserkrankungen noch wenig definiert. Nachhaltige Sicherstellung einer hohen Luftqualität (Lam & Hedley, 2004, S. 1242) und Anti-Raucher-Programme, die auch auf die Gefahren des Passivrauchens (insbesondere für Kinder) abzielen, scheinen zur Zeit die einzig sinnvollen und wirksamen Interventionen zu sein (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 5.17).

7.7 Stoffwechselkrankheiten: Diabetes

Die in der Kankenhausstatistik erfassten Diabetesraten im Jahr 2002 betragen für die steirischen Frauen 250 Fälle, für die steirischen Männer 333 Fälle pro 100.000 (siehe Tabelle 7.7.1). Ebenso wie in den beiden Vorjahren besteht ein gravierender Unterschied zwischen den Geschlechtern (Überrepräsentanz der Männer), der jedoch nicht für die Jahre 1998 und 1999 gegeben ist.

Im Rahmen des FQSDÖ (Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich) wurde die Prävalenz von Diabetes in der Steiermark auf 9,3% geschätzt (JOANNEUM RESEARCH, 2003). Die Erhebungen des Mikrozensus, der die selbst berichteten chronischen Krankheiten erfasst, ergab im Jahr 1999, dass **2,3% der Frauen und 1,7% der Männer** angeben an **Zuckerkrankheit** zu leiden (Statistik Austria, 2002b, S. 108-111). Auch im Österreichischen Frauengesundheitsbericht 1995 wurde berichtet, dass Frauen häufiger an Diabetes leiden als Männer. Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen lässt vermuten, dass der höhere Frauenanteil bei den Diabeteskranken wahrscheinlich auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen ist, da diese Stoffwechselkrankheit vor allem in den älteren und weiblich dominierten Altersgruppen auftritt (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 31). Auch in Deutschland sind über 60jährige Frauen stärker von Diabetes betroffen als gleichaltrige Männer (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 5.20).

Schichtspezifische Unterschiede spielen ebenfalls eine große Rolle, im besonderen bei Frauen. In Wien etwa steigt die selbstberichtete Diabetesprävalenz der Frauen linear mit sinkendem sozioökonomischen Status. Die Prävalenz in der sozial schlecht gestellten Gruppe ist fünfmal so hoch als in der sozial höchsten (Magistrat der Stadt Wien, 2004, S. 274).

Die stationär erfassten Diabetesraten scheinen in der Steiermark rückläufig zu sein (siehe Tabelle 7.7.1), woraus allerdings nicht auf die Diabetes-Inzidenz geschlossen werden kann. Es ist hier von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da Diabetes oft erst bei Auftreten von Folgeerkrankungen diagnostiziert wird (Magistrat der Stadt Wien, 2004, S. 272). Es ist jedoch zu erwarten, dass mit der Alterung der Gesellschaft die Diabetes-Inzidenz und damit auch die Prävalenz **stark steigen** wird (Buck, 2000, S. 443).

Mit dem Lebensalter steigen sowohl die stationär erfassten Raten stark an (siehe Tabelle 7.7.2), als auch die selbstberichteten Erkrankungshäufigkeiten (Statistik Austria, 2002b, S. 108-111). Vor allem ab der Altersgruppe der über 45jährigen steigen die stationär erfassten Raten stark an, allerdings flacht der Anstieg ab den 65jährigen wieder ab. Der Anstieg von Altersgruppe zu Altersgruppe bleibt bis zu den 74jährigen statistisch signifikant. Dies entspricht der Altersverteilung in anderen europäischen Ländern (Statistisches Bundesamt, 1998,

Kap. 5.20; Buck, 2000, S. 442). Bei den 45-84jährigen, also den am stärksten betroffenen Altersgruppen, übersteigen die männlichen stationär behandelten Fälle die weiblichen, was aufgrund der höheren weiblichen Prävalenz erstaunt.

Die Daten der Spitalsstatistik sind jedoch insofern mit großer Vorsicht zu behandeln, da sie nur jene Fälle anführen, die Diabetes als Hauptdiagnose bei der stationären Aufnahme anführen, was naturgemäß zu Verzerrungen führt. Diese Daten können daher nur die Vorgänge in den Spitälern wiedergeben und lassen keine Aussagen über die allgemeine Krankheitsbelastung aufgrund von Diabetes in der Bevölkerung zu.

Europaweit steigt die Anzahl der Menschen, die mit Diabetes leben. Es wird geschätzt, dass in der europäischen Region der WHO (inkl. zentraleuropäische und ehemalige sowjetische Länder) 22,5 Mio. Menschen von dieser Krankheit betroffen sind, wovon der Großteil (85-95%) an Diabetes vom Typ 2 (früher: Altersdiabetes) und der Rest (5-15%) an Diabetes vom Typ 1 leidet (WHO, 2002b, S. 40). Neben vielen anderen Folgekrankheiten haben Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, ein drei- bis viermal so hohes Risiko verfrüht an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu versterben als die restliche Bevölkerung (WHO, 2002b, S. 40). Um Diabetes vorzubeugen empfiehlt die WHO verstärkte Programme zur Förderung eines gesünderen Lebensstils mit speziell auf die Prävention von Diabetes gerichtete Maßnahmen. Damit soll **Trends der Überernährung und der nicht ausreichenden Bewegung entgegengewirkt** werden (WHO, 2002b, S. 41). Weiters setzt die WHO mit den Gesundheitszielen 21 vor allem auf Sekundärprävention. Ziel ist es, die Häufigkeit von Folgekrankheiten und Gesundheitsstörungen aufgrund von Diabetes bis zum Jahr 2020 um ein Drittel zu senken (WHO, 1999, S. 70). Als Maßnahmen werden umfassende Programme zur Erkennung, zur wissenschaftsbasierten Behandlung auf allen Ebenen des Versorgungssystems und zur Selbsthilfe vorgeschlagen. Vor allem die Schulung von PatientInnen und Mitgliedern der Gesundheitsberufe sollen dazu beitragen, die Behandlung und die Selbsthilfe sicherzustellen (WHO, 1999, S. 73). Durch die Etablierung des FQSDÖ und der Schulungen von DiabetespatientInnen wurden hier bereits wichtige Schritte in der Steiermark gesetzt.

7.8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Männer zeigen einen besseren subjektiven Gesundheitszustand als Frauen. Im Österreichvergleich liegen jedoch die Werte der Steiermark unter dem österreichischen Gesamtwert.
- Bei den **Krebsneuerkrankungen**, insbesondere bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, zeigt sich eine höhere Erkrankungsrate der Männer und **keine si-**

gnifikante zeitliche Veränderung in dem kurzen Zeitraum zwischen 1997 und 2000.

- Bei Gebärmutterhals- und Brustkrebs ist zu vermerken, dass auch hier keine gravierende Veränderung über den analysierten kurzen Zeitraum festgestellt werden konnte. Es ist jedoch auffällig, dass die steirischen **Gebärmutterhalskrebsraten** im Österreichvergleich relativ **hoch** sind.
- Von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt erfordern, sind Männer stärker betroffen als Frauen, während Frauen eine höhere selbst berichtete Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Häufigkeit zeigen. Die niedrigen weiblichen Raten der stationär behandelten Fälle sind auch darauf zurückzuführen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen seltener zu einer stationären Aufnahme führen (Hochleitner, S. 50–53). Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass **Frauen häufiger unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden als Männer**. Die stationär behandelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind seit 1998 signifikant **rückläufig**, bei den Männern noch stärker als bei den Frauen. Es fällt auch auf, dass die **stationären Aufnahmen der Steirerinnen** im Österreichvergleich **hoch** sind.
- **Frauen** werden **häufiger** als Männer aufgrund von **Erkrankungen des Bewegungsapparates** stationär aufgenommen. Darüber hinaus zeichnet sich hier eine leicht steigende Tendenz ab.
- **Auch von Schenkelhalsbrüchen** sind Frauen häufiger betroffen als Männer, was vor allem auf die höhere **Osteoporose**-Inzidenz bei den Frauen sowie deren höheren Altenanteil zurückgeführt werden kann.
- Bei den PatientInnen mit stationär behandelten Atemwegserkrankungen überwiegen wiederum die Männer. Diese Erkrankungen stehen zu einem großen Teil in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.
- Die im stationären Bereich erfassten DiabetespatientInnen sind überwiegend Männer, während bei den selbstberichteten Erkrankungen mehr Frauen als Männer angeben von **Diabetes** betroffen zu sein. International wird von einer **höheren Erkrankungsrate der Frauen** berichtet (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 273; Buck, 2000, S. 442).

Es ergibt sich hier ein sehr ähnliches Bild wie bei der Mortalität. Daraus ist der Bedarf für folgende Maßnahmen abzuleiten:

- Frauen sind vorwiegend von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen betroffen. D.h. es bedarf **umfassender Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme**, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Ansätze zur Senkung der Risikofaktoren vereinen. Ein umfassendes Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm, das Risikofaktoren wie ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel reduziert, könnte auch andere chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes und Hypertonie, positiv beeinflussen.

- Trotz des opportunistischen Gebärmutterhalscreenings in der Steiermark sind die Neuerkrankungsraten noch immer relativ hoch. **Die Qualitätssicherung** des Screenings sollte daher überprüft und jene Frauen, die von der Früherkennung nicht erreicht werden, verstärkt **motiviert** werden, um Screening-Lücken zu schließen.
- Darüber hinaus zeigt sich, dass Frauen häufig von stationär behandelten Erkrankungen des Bewegungsapparates, von Schenkelhalsbrüchen in Folge von Osteoporose und von Diabetes betroffen sind. Auch hier empfiehlt es sich, umfangreiche Maßnahmen zur **Erhöhung des Ernährungsbewusstseins** und zur **Verbesserung der körperlichen Betätigung** zu starten, die Frauen gezielt ansprechen und bereits in jungen und mittleren Jahren ansetzen sollten.

7.9. EXKURS: Qualitätssicherung der Diabetes Versorgung

7.9.1 Prozessqualität

In der Literatur wurde berichtet, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Versorgung gibt. Solche Unterschiede wurden vor allem im englischsprachigen Raum, aber auch in Österreich in der Behandlung von Herz-Kreislauf-Beschwerden festgestellt (Hochleitner, 1999; Hochleitner, 2002).

Für Diabetes wurden geschlechtsspezifisch unterschiedliche Hospitalisierungsraten für jugendliche insulinpflichtige DiabetikerInnen berichtet (Cohn et al., 1997, S. 1678). Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden auch bei akuten und chronischen Komplikationen von Diabetes berichtet, die zum Teil Frauen stärker als Männer betreffen (Ensom, 2000, S. 529–530).

Der Frage, ob Diabetiker anders medizinisch untersucht werden als Diabetikerinnen, wurde versucht auf Basis der FOSDÖ Daten nachzugehen. Es wurde ausgewertet, ob die Qualitätssicherungsbögen der männlichen Patienten vollständig ausgefüllt wurden als jene der weiblichen Patienten, diese also genauer untersucht und besser versorgt wurden. Hier zeigt sich ein sehr geringer Unterschied.

Weiters wurde analysiert, ob an Diabetes-Patientinnen im Rahmen des FOSDÖ mit der gleichen Regelmäßigkeit (einmal jährlich) Fuß- und Augenuntersuchungen, Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessungen durchgeführt wurden wie an Diabetes-Patienten. Die Auswertung zeigt, dass für beinahe alle Untersuchungen **kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied** vorliegt (siehe Tabelle 7.9.1). **Nur bei der Fußuntersuchung** zeigt sich ein Unterschied von 3%. Es wird bei 79% der Frauen und bei 82% der Männer einmal pro Jahr eine Fußuntersuchung durchgeführt. Somit haben Männer eine 16% höhere Wahrscheinlichkeit zumindest eine jährliche Untersuchung zur Abklärung von diabetisch bedingten Fußläsionen zu bekommen. Dieser Unterschied könnte darauf zurückgeführt werden, dass Männer ein höheres Risiko der Amputation (Dangelser

et al., 2003, S. 631; Trautner et al., 2002, S. 38; Trautner et al., 2001, S. 857) aufgrund eines ungesünderen Lebensstils (Dangelser et al., 2003, S. 632) haben. Die Rücksichtnahme auf dieses erhöhte Risiko könnte die vermehrten Untersuchungen bei Männern erklären. Trotzdem sollte dieses Faktum nicht zu einer Vernachlässigung der Qualitätssicherung bei weiblichen Diabetespatienten führen.

7.9.2 Selbstkontrolle der PatientInnen

Auf Basis der FQSDÖ Daten wurde auch analysiert, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Selbstkontrolle des Blut- und des Harnzuckers gibt.

52% der Patienten berichten, dass sie eine Blutzuckerselbstmessung mindestens einmal pro Woche durchführen, während dies nur 45% der Patientinnen angeben (siehe Tabelle 7.9.2.1). Außerdem führen Männer diese Selbstkontrolluntersuchung häufiger durch als Frauen (siehe Tabelle 7.9.2.2). Bei den Harnzuckermessungen hingegen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die Durchführung der **Blutzuckerselbstmessung** wird also **von Männern signifikant häufiger** vorgenommen **als von Frauen**. Dies könnte durch alters- und bildungsspezifische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen DiabetespatientInnen erklärt werden. Auch in Californischen Studien wird keine oder zu seltene Durchführung der Blutzucker-Selbstkontrolle auf schlechte Bildung zurückgeführt und in Zusammenhang mit anderen Kennzeichen sozioökonomischer Benachteiligung gebracht, wie zum Beispiel dem Leben in ärmerer Nachbarschaft, zu hohen

Tabelle 7.9.1: % Anteil der durchgeführten Untersuchungen nach Geschlecht, 1998–2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Fußuntersuchung	81,6%	79,3%	P<0,001
Augenuntersuchung	64,8%	63,5%	P>0,089
Blutdruckmessung	97,3%	97,1%	P=0,612
Cholesterinmessung	95,2%	95,5%	P=0,546
Blutzuckermessung	92,0%	91,4%	P=0,197

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

Tabelle 7.9.2.1: % Anteil jener Personen, die angeben Selbstkontrollen durchzuführen, nach Geschlecht, 1998–2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Zumindest eine Blutzucker-Messung pro Woche	52,2%	45,1%	P<0,001
Zumindest eine Harnzucker-Messung pro Woche	26,5%	26,7%	P=0,811

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

Kosten für die Teststreifen und ungesünderem Lebensstil (Karter et al., 2000, S. 480).

Nach internationalen Empfehlungen ist jedoch die häufige und akkurate Blutzuckerselbstkontrolle die einzige Methode zur Erreichung des optimalen Managements der Erkrankung (ISPAD, 2000), weshalb auch für steirische Diabetespatientinnen eine genaue und angebracht häufige Blutzuckerselbstmessung angestrebt werden sollte.

7.9.3 Qualität der Qualitätssicherung

Die am FQSDÖ teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte müssen umfangreiche Daten zur Qualitätssicherung erheben. Hierbei stellte sich die Frage, ob Ärztinnen diese Aufgabe vollständiger und gründlicher erfüllten als Ärzte. Vollständigkeit kann als Indiz für eine höhere Qualität der Qualitätssicherung angenommen werden.

Es zeigt sich, dass die von Ärztinnen übermittelten Bögen vollständiger ausgefüllt sind als jene ihrer männlichen Kollegen. Wiederrum handelt es sich um einen Unterschied von 0,5% der zwar statistisch signifikant, aber so gering ist, dass er vernachlässigt werden kann.

7.9.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es können kaum geschlechtsspezifische Unterschiede in der Qualitätssicherung der Diabetologie festgestellt werden. Die Qualitätssicherung wird von männlichen und weiblichen Ärzten ähnlich gewissenhaft ausgeführt. Männer erfahren regelmäßiger als Frauen eine Fußuntersuchung und führen auch selbst häufiger eine Blutzuckerselbstkontrolle durch. Diesem Anzeichen kann durch die Ermutigung von ÄrztInnen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Fußuntersuchung mit hoher Regelmäßigkeit durchzuführen, entgegengewirkt werden. Weiters sollten sowohl Frauen als auch Männer motiviert und eventuell besser geschult werden, die Blutzuckerselbstkontrolle konsequenter und regelmäßiger vorzunehmen.

Tabelle 7.9.2.2: Durchschnittliche Messungen pro Woche, nach Geschlecht, 1998–2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Blutzucker Messungen pro Woche	9,0	7,4	P<0,001
Harnzucker Messungen pro Woche	1,3	1,3	P=0,708

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

8. Vorsorge- untersuchungen

8.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

8.1.1 Blutdruck

Regelmäßige Blutdruckkontrollen kombiniert mit therapeutischen Interventionen können das Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko effektiv senken. Deshalb wird empfohlen, regelmäßiges Screening für Bluthochdruck bei **über 18jährigen** durchzuführen (USPTF, 2003). Das optimale Zeitintervall der Kontrollen bedarf noch weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen. Das *National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* empfiehlt, **alle 2 Jahre** eine Kontrolle bei Personen durchzuführen, deren Blutdruck unter 85/130 mm Hg liegt. Bei Personen mit höherem Blutdruck sollen die Kontrollintervalle verkürzt werden (USPTF, 2003). Durch die Analyse der Daten der steirischen Bevölkerungsbefragung von 1999 (siehe Kapitel 3.1, Datenlage) kann der Frage nachgegangen werden, ob dieser Empfehlung in der Steiermark entsprochen wird.

Blutdruckmessung nach Geschlecht

Die klare Mehrheit der Befragten gibt mit 75% an, dass bei ihnen innerhalb des letzten Jahres das letzte Mal Blutdruck gemessen wurde. Bei 17% liegt dies 1 bis 3 Jahre zurück (siehe Tabelle 8.1.1.1). Der Anteil jener, deren letzte Blutdruckmessung mehr als 3 Jahre zurückliegt, beträgt nur 6%. Bei nur 2% der Befragten wurde noch nie Blutdruck gemessen. Insgesamt geben also 92% der Befragten an, einer Blutdruckkontrolle innerhalb der letzten 3 Jahre unterzogen worden zu sein. D.h. die **Empfehlung**, regelmäßige Blutdruckkontrollen durchzuführen, wurde in der Steiermark offenbar über weite Teile **umgesetzt**.

Es zeigen sich jedoch **signifikante Geschlechtsunterschiede**. Der Anteil der Frauen, deren Blutdruck im letzten Jahr gemessen wurde, liegt mit 79% signifikant über dem Anteil der Männer mit 71%, was auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückgeführt werden könnte. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich für die Gruppe jener, deren letzte Blutdruckmessung 1 bis 3 Jahre zurückliegt. Hier liegt ein höherer Anteil der Blutdruckmessungen der Männer vor. Eine Regressionsanalyse zeigt, dass unter

Berücksichtigung des Alters der geschlechtsspezifische Unterschied bestehen bleibt und **Männer** mit einer 29% **geringeren Wahrscheinlichkeit** einer Blutdruckmessung unterzogen werden. Auch in anderen österreichischen Studien wurde festgestellt, dass bei Frauen häufiger Blutdruck gemessen wird als bei Männern (Fenk, 2000, S. 119).

Blutdruckmessung nach Alter

Mit dem Alter steigt naturgemäß der Prozentanteil jener, deren Blutdruck im letzten Jahr gemessen wurde. Während der Anteil bei den 15-24jährigen 60% beträgt, ist er bei den über 85jährigen 95% (siehe Tabelle 8.1.1.2). Signifikant ist der Anstieg nur im Altersgruppenvergleich der 45-54jährigen und der 55-64jährigen. Hier steigt der Anteil von 74% auf 84% an. Keinen signifikanten Trend in der Inanspruchnahme gibt es bei jenen, deren Untersuchung 1 bis 3 Jahre zurücklag, obwohl sich mit steigendem Alter – entsprechend der Zunahme bei den kürzeren Intervallen – eine sinkende Tendenz bei den längeren Intervallen abzeichnet.

Im statistischen Modell wurden diese Trends getestet und es zeigt sich, dass die **Wahrscheinlichkeit**, einer Blutdruckmessung unterzogen worden zu sein, **mit dem Alter stark steigt**. Die über 75jährigen haben eine 8mal so hohe Chance einer Blutdruckkontrolle unterzogen zu werden wie die 15-34jährigen, eine 5mal so hohe Wahrscheinlichkeit wie die 35-54jährigen und eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit wie die 55-74jährigen. Beim steirischen Blutdruckscreening werden 90% der jüngeren Menschen, also die 15-44jährigen, innerhalb der letzten 3 Jahre untersucht. Bei den über 44jährigen sind es 96%. Damit wird die Empfehlung weitgehend umgesetzt. Bei Jüngeren könnte der Anteil vielleicht noch verbessert werden.

Blutdruckmessung nach Bildung

Wenngleich die Variable Bildung nur für die *steirische Telefonumfrage 2000* verfügbar ist und somit nur bei einer Stichprobe von etwas über 800 Frauen erhoben wurde, zeigen sich doch interessante Trends bei der Auswertung der Ergebnisse. Der Anteil der Frauen, deren Blutdruck innerhalb des letzten Jahres gemessen wurde, scheint mit steigender Bildung zu sinken. Bei 84% der Pflichtschulabsolventinnen wird innerhalb des letzten Jahres Blutdruck gemessen, aber nur bei 70% der Akademikerinnen,

Tabelle 8.1.1.1: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Geschlecht und Zeitpunkt, 1999

Geschlecht	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)				
	<1 Jahr	1-3 Jahre	>3 Jahre	Nie	Gesamt
Männer (n=2.333)	71,4% (69,0 73,8)	19,9% (17,8 22,0)	6,4% (5,1 7,7)	2,4% (1,6 3,2)	100,0%
Frauen (n=2.662)	78,9% (76,9 81,0)	15,1% (13,3 16,9)	4,6% (3,5 5,6)	1,5% (0,9 2,1)	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

allerdings sind diese Unterschiede einzeln betrachtet nicht signifikant (siehe Tabelle 8.1.1.3). Umgekehrt steigt der Anteil jener, deren letzte Blutdruckmessung 1 bis 3 Jahre zurückliegt mit steigender Bildung an.

Die statistische Auswertung zeigt, dass **Bildung** tatsächlich **einen signifikanten Zusammenhang** mit der Durchführung einer Blutdruckmessung zeigt. Und zwar ist die **Wahrscheinlichkeit** einer Blutdruckmessung bei den **Pflichtschulabsolventinnen beinahe doppelt so hoch** wie bei Frauen mit anderem Ausbildungsstatus. Diese höhere Inanspruchnahme steht vermutlich in Zusammenhang mit der ungesünderen Lebensweise, der höheren Adipositas- und Hypertonie-Prävalenz in sozial schlecht gestellten Schichten. Diese schlechter gebildeten Schichten sind in der Steiermark wiederum vor allem von älteren Frauen dominiert, die auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben.

8.1.2 Cholesterin

Menschen mit erhöhtem Cholesterin im Blut (Hypercholesterinämie) haben ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko. Zur Senkung von erhöhtem Cholesterin gibt es effektive Therapiemethoden, die das Erkrankungsrisiko nachhaltig reduzieren können. Es wird empfohlen, Cholesterinmessungen bei **über 35jährigen Männern und über 45jährigen Frauen** durchzuführen, da für diese Gruppen ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko besteht (USPTF, 2001). Das optimale Zeitintervall für die Kontrolle ist noch nicht wissenschaftlich festgelegt, wird allerdings mit **ungefähr 5 Jahren** empfohlen, wobei Personen mit hohen Werten öfter und jene mit niedrigen Werten seltener gescreent werden sollten. Bei Personen mit normalen Cholesterinwerten kann die Einstellung der Kontrolluntersuchung ab dem Alter von 65 Jahren in Betracht gezogen werden (USPTF, 2001).

Cholesterinmessung nach Geschlecht

Bei 89% der befragten Personen ist bereits einmal Cholesterin gemessen worden, womit eine Gruppe von 11% bleibt, deren Cholesterinwert noch nie untersucht worden ist (siehe Tabelle 8.1.2.1). Bei 54% ist das Cholesterin innerhalb des letzten Jahres getestet worden und bei 26% liegt dies 1 bis 3 Jahre zurück. Wie schon beim Blutdruck zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Anteil der Frauen, die im letzten Jahr auf erhöhtes Cholesterin untersucht wurden, übersteigt den Anteil der Männer knapp signifikant, während Männer einen höheren Anteil bei den zuletzt vor 1 bis 3 Jahren Untersuchten stellen.

Dieser **geschlechtsspezifische Unterschied** erreicht allerdings in der statistischen Testung **keine Signifikanz**, womit letztendlich kein Unterschied in der Cholesterinmessung zwischen den Geschlechtern festgestellt werden kann.

Bei beiden Geschlechtern geben ungefähr 10% der Befragten an, dass ihr Cholesterin noch nie gemessen wur-

de. Hier wäre ein Verbesserungspotential gegeben, um die Empfehlung der US Preventive Services Task Force (USPTF) umzusetzen. Allerdings kann hier auch ein Erinnerungsfehler von Seiten der Befragten vorliegen, die sich vielleicht nicht oder nur lückenhaft an Cholesterinmessungen erinnern oder die vom Arzt vielleicht nicht über die Durchführung einer Cholesterinmessung informiert wurden, sofern die Werte im Normbereich waren. Dieser 10%ige Anteil kann aber auch jene Personen umfassen, die schwer oder kaum für Vorsorgeuntersuchungen zu erreichen sind.

Cholesterinmessung nach Alter

Da Gesundheit im Alter wichtiger wird bzw. Risikofaktoren mit dem Alter steigen, überrascht es nicht, dass auch medizinische Untersuchungen mit zunehmendem Alter häufiger vorgenommen werden. Dies kann sowohl auf eigenen Wunsch im Rahmen einer freiwilligen Vorsorgeuntersuchung geschehen, als auch auf Anraten der ÄrztIn im Verdachtsfalle. So steigt auch der prozentuelle Anteil jener, welche im letzten Jahr einer Cholesterinuntersuchung unterzogen wurden, mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Während von den 15-24jährigen (Frauen und Männer) knapp ein Drittel (31%) im letzten Jahr eine Cholesterinuntersuchung durchführen ließen, sind es bei den über 75jährigen fast drei Viertel (74%) (siehe Tabelle 8.1.2.2).

Auch das statistische Modell bestätigt einen **Anstieg der Cholesterinmessungen mit zunehmendem Alter**. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Cholesterinmessung bei über 55jährigen 8mal so hoch wie bei 15-24jährigen. Die 25-34jährigen hatten im Vergleich zu den über 55jährigen eine 28% Wahrscheinlichkeit, die 35-44jährigen eine 41% und die 45-54jährigen eine 55% Wahrscheinlichkeit einer Cholesterinmessung unterzogen worden zu sein.

Mit geringerer Inanspruchnahme bei den unter 35jährigen entspricht die Praxis einigermaßen der Empfehlung. Allerdings wurden auch 35% dieser Altersgruppe im letzten Jahr einmal getestet. Die **Hauptzielgruppe** für regelmäßige Cholesterinuntersuchungen stellen die 35-65jährigen dar. Von diesen wurden 94% jemals und davon **83% in den letzten 3 Jahren** untersucht. Der Anteil jener, deren Untersuchung im Abstand von 5 Jahren durchgeführt wurde, liegt also zwischen 83% und 94%, womit die **Empfehlung weitgehend umgesetzt** wird.

Cholesterinmessung nach Bildung

Ebenso wie in allen Altersgruppen überwiegt auch in allen Bildungsstufen der Anteil jener Frauen, deren Cholesterinmessung weniger als 1 Jahr zurückliegt (siehe Tabelle 8.1.2.3). Im Gesamten ergibt sich ein sehr heterogenes Bild, das erst durch ein statistisches Modell klar interpretiert werden kann. Diese Auswertung ergibt, dass die **Bildung** einen **signifikanten Zusammenhang** mit der Durchführung von Cholesterinmessungen zeigt. **Pflichtschul- und Lehrabsolventinnen** haben eine dop-

pelt so hohe Wahrscheinlichkeit einer Cholesterinmessung unterzogen zu werden als Absolventinnen höherer Ausbildungsstufen.

Wie schon beim Blutdruckscreening sind die Ursachen für die häufigere Inanspruchnahme durch niedrigere Bildungsschichten vermutlich das höhere Durchschnittsalter dieser Gruppen und ihr insgesamt ungesünderer Lebensstil.

8.1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Beide Vorsorgemaßnahmen stehen in engem Zusammenhang mit dem Alter und dem Bildungsgrad der Untersuchten.
- Bei beiden Vorsorgemaßnahmen nehmen **Frauen** das Angebot **häufiger**, d.h. in diesem Fall innerhalb des letzten Jahres, in Anspruch als Männer. Die Ergebnisse österreichischer Studien betreffend Geschlechtsunterschiede sind sehr heterogen, wie auch die Ergebnisse des Mikrozensus (Statistik Austria, 2002b, S. 118). So zeigten Wienerinnen eine etwas höhere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen als Wiener, allerdings waren die Unterschiede gering (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 151). Eine Auswertung für Österreich insgesamt zeigt wiederum eine etwas höhere Inanspruchnahme bei den Männern (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 73). Die **Unterschiede** zwischen den Geschlechtern sind jedoch durchgehend **gering** und bedürfen der für die unterschiedlichen Vorsorgeuntersuchungen spezifischen Betrachtung. Unter der Ärzteschaft ist z.B. noch immer weit verbreitet, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Männerkrankheit seien. Laut Hochleitner müssen Frauen erst einmal beweisen, „so herzkrank zu sein wie ein Mann“ (Hochleitner, 2002, S. 19). Das hat zur Konsequenz, dass Frauen länger und intensiver beim niedergelassenen Arzt versorgt werden, während Männer häufig schneller einer adäquaten (meist stationären) Versorgung zugeführt werden. Dies könnte mitunter ein Grund für den deutlich höheren Anteil der Blutdruckmessungen bei Frauen sein. Hinzu kommt, dass Blutdruckschwankungen bei Frauen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Menopause häufig sind.
- Für beide Vorsorgemaßnahmen gilt, dass ihre **Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter** signifikant **steigt**. Dies ist vermutlich auf einen häufigeren Arztkontakt sowie auf die größere Notwendigkeit dieser Untersuchungen mit zunehmendem Alter zurückzuführen.
- Weiters scheint auch die **Bildung** in beiden Fällen einen **signifikanten Einfluss** auf die Häufigkeit dieser Untersuchungen zu haben. Dies dürfte jedoch sowohl mit dem Alter (ältere Frauen haben eine niedrigere formale Bildung als jüngere) als auch der mit der Bildung einhergehenden Lebensweise korrelieren.

- Die **Empfehlung des Blutdruckmonitorings** wurde mit einem Anteil von 92% der über 18jährigen, die ungefähr alle 2 Jahre untersucht wurden, **weitgehend umgesetzt**. Bei ungefähr 70% wurde der Blutdruck im letzten Jahr gemessen. Dies legt Zeugnis davon ab, dass Blutdruckmessen bereits fixer Bestandteil der klinischen Praxis ist (Miller & Goel, 2004, S. 1834).
- Auch die **Zielgruppe für Cholesterinmessungen** wird **weitgehend erreicht**. Bei den 35 bis 65jährigen wurden 83% mit Sicherheit im Zeitabstand von 5 Jahren, nämlich sogar innerhalb der letzten 3 Jahre, untersucht. Der Anteil könnte aber auch noch höher liegen, da 94% angeben jemals gescreent worden zu sein. Trotzdem wird grundsätzlich häufiger als notwendig gemessen und auch zu häufig bei jenen Altersgruppen, für die kein Screening empfohlen wird. Es wäre hier also ein verbesserter Mitteleinsatz möglich.

Abschließend lässt sich feststellen:

- Eine Vorsorgemaßnahme ist nur dann effektiv, wenn der Test bzw. die Messung durch eine **multifaktorielle Erhebung**, die auch den Lebensstil und die Lebenswelt hinterfragt, ergänzt wird (Miller & Goel, 2004, S. 1834). Weiters muss die Erstellung eines individuellen Patienten-Risikoprofils **in ein Programm integriert** sein, das auch Therapie und Nachbetreuung vorsieht (Olsen, 2004, S. 1813).
- Um die Vorsorgeuntersuchungsaktivitäten tiefergehend bewerten zu können, müssten umfassendere Daten erhoben werden, die auch die Nachbetreuung der gescreenten Personen mitberücksichtigen.

8.2 Krebs

8.2.1 Brustkrebs

Für die Erkrankung an Brustkrebs (Mammakarzinom) wurden in der Literatur verschiedene Faktoren als mögliche Entstehungsursachen genannt. Insbesondere scheinen bei der Entstehung von Brustkrebs Faktoren im Zusammenhang mit Ovarialhormonen, Ernährung, familiärer Belastung und ionisierender Strahlung eine Rolle zu spielen (Schlattmann, 2000, S. 454). Auf jeden Fall aber ist die Entstehung von Brustkrebs komplex und die wissenschaftliche Beweislage lässt zur Zeit noch keinen Schluss auf eindeutig modifizierbare Risikofaktoren und effektive Präventionsmethoden zur Vermeidung dieser häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu. Als best mögliche Präventionsmaßnahmen zur Senkung der Brustkrebssterblichkeit wird deshalb vor allem auf die frühzeitige Erkennung und Therapie gesetzt. Für die Früherkennung gibt es verschiedene Methoden, wie die Selbstuntersuchung der Brust, die klinische Brustuntersuchung und die Mammographie. Über das Ausmaß der Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchungen durch die steirischen Frauen ist jedoch wenig bekannt (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 70). Es wur-

den daher 800 Frauen im steirischen Telefonsurvey 2000 zur Inanspruchnahme dieser Untersuchungen befragt (siehe Kapitel, 3.1 Datenlage).

Vorausgeschickt werden sollte auch, dass die Mammographie in Österreich ab etwa dem 35. Lebensjahr empfohlen und ab dem 40. Lebensjahr in zweijährigen Intervallen von den Krankenkassen bezahlt wird (Fenk, 2000, S. 125; Preschern, 2001, S. 34), wobei die wissenschaftliche Basis für diese Empfehlung unklar ist. Daher wurde für die vorliegende Analyse die Empfehlung der WHO herangezogen, die ein zweijähriges Screening für 50-69jährige empfiehlt und dem Screening von 40-49jährigen aufgrund der nicht bewiesenen Effektivität kritisch gegenüber steht (WHO, 2003a). Darüber hinaus ist für alle Altersgruppen die Effektivität des Mammographie-Screenings nach wie vor umstritten. Eine qualitativ hochwertige Meta-Analyse vorliegender klinischer Studien konnte keine Reduktion der Sterblichkeit durch Mammographie-Screening nachweisen (Olsen & Gøtzsche, 2003, S. 9), d.h. der wissenschaftliche Nutzen konnte bisher nicht vollständig belegt werden, während jedoch Schäden, im Sinn von unnötigen Eingriffen und falsch positiven Resultaten, durchaus gegeben sind. Trotz dieser Einschränkungen wird argumentiert, dass eine ausreichende Beweislage für eine positive Kosten-Nutzen-Relation für ein Screening der 50-69jährige Frauen gegeben sei (USPTF, 2002).

Mammographie nach Alter

64% der befragten Steirerinnen haben bereits eine Mammographie in Anspruch genommen (siehe Tabelle 8.2.1.5). Im Vergleich zu anderen Bundesländer-Ergebnissen, wo nur ein Anteil von 43% (Ludwig Boltzmann-Institut, 1996, S. 198) bzw. 42% (Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, 2000, S. 75) der Frauen eine Mammographie durchführen lassen, ist die **Inanspruchnahme in der Steiermark groß**. Auch im Vergleich mit den Teilnahmequoten in anderen europäischen Ländern ist die steirische Quote relativ hoch (WHO, 2002b, S. 164).

In der Altersgruppe der 45-74jährigen Frauen ist die Inanspruchnahme von Mammographien mit 81% sogar noch höher (siehe Tabelle 8.2.1.1). Damit geht die Steiermark konform mit Ergebnissen anderer europäischer

Länder, wo die höchsten Teilnahmeraten im Alter zwischen 45 und 74 Jahren erreicht werden (European Commission, 2003a, S. 164).

Mit dem Alter sinkt jedoch die Inanspruchnahme. Während bei den 45-54jährigen die Inanspruchnahme mit 85% am höchsten war, sank sie in der darauffolgenden Altersgruppe der 55-64jährigen leicht auf 81% und bei den 65-74jährigen bereits deutlicher auf 74% (siehe Tabelle 8.2.1.1).

Insgesamt zeigt sich im statistischen Modell, dass **das Alter der Frauen einen signifikanten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Mammographie** zeigt. So ist die Wahrscheinlichkeit eine Mammographie in Anspruch genommen zu haben bei den 35-74jährigen 4mal so hoch wie bei den über 75jährigen. Bei den jüngeren Frauen im Alter zwischen 15 und 34 überwiegen jene, die keine Mammographie in Anspruch genommen haben.

Insgesamt **spiegelt dieses Muster der Inanspruchnahme** der Mammographie mit einer 81%igen Nutzung bei den 45-74jährigen und einer 28%igen Nutzung bei den 15-34jährigen die **Empfehlung der WHO wider**. Ein ähnliches Ergebnis liegt für Wien vor, wo die häufigste Inanspruchnahme bei den 45-74jährigen gegeben ist und ebenfalls etwa ein Drittel der 16-24jährigen gescreent wird (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 154). Dennoch ist die Steiermark noch ein Stück von der optimalen Erfüllung der Empfehlungen und von der effektivsten Verwendung der Ressourcen entfernt. Bedenklich ist vor allem, dass 74% der Frauen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren zur Mammographie geschickt werden, obwohl für diese Altersgruppe keine Effektivität nachgewiesen ist und die Kosten (und möglichen Schäden) den Nutzen überwiegen (WHO, 2003a; Preschern, 2001, S. 25). Auch die Untersuchung eines Drittels der Frauen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren erscheint ob der sehr geringen Effektivität in diesem Alter zu hoch.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Mammographie bei den 51-70jährigen, also der von der WHO empfohlenen Altersgruppe, wird das oben in Ansätzen erkennliche Bild noch bedenklicher. So geben zwar 80% der 51-70jährigen Frauen an, dass sie eine Mammographie in Anspruch genommen haben (siehe Tabelle 8.2.1.2). Hingegen liegt dieser Anteil bei den 41-50jährigen mit 86% noch höher, obwohl für diese Altersgruppe

Tabelle 8.2.1.2: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter, 2000

Inanspruchnahme der Mammographie	Altersgruppen							
	41-50 Jahre		51-70 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja (n=535)	145	85,8%	154	80,2%	236	49,5%	535	63,8%
Nein (n=301)	23	13,6%	38	19,8%	240	50,3%	301	35,9%
Weiß nicht (n=2)	1	0,6%	0	0,0%	1	0,2%	2	0,2%
Gesamt (N=838)	169	100,0%	192	100,0%	477	100,0%	838	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Eigene Berechnungen

die Effektivität der Vorsorgeuntersuchung nicht sicher gestellt ist.

In den Daten der vorliegenden Analyse sind sowohl diagnostische Mammographien als auch Mammographien bei Risikopatientinnen inkludiert. Dadurch ergibt sich eine gewisse Unschärfe. Es wird geschätzt, dass ungefähr 10% der 30-40jährigen Frauen eine diagnostische Mammographie bzw. eine Untersuchung aufgrund vorliegender Risikofaktoren benötigen (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 120). Der hohe Anteil der gescreenten Frauen bei den unter 50jährigen kann jedoch nicht ausschließlich mit dieser Unschärfe erklärt werden. Eine **Steigerung** der Inanspruchnahme bei den **50-70jährigen** und eine **Verringerung** der Inanspruchnahme **bei den unter 50jährigen** sollte deshalb angestrebt werden, um den **Mitteleinsatz effektiver** zu gestalten bzw. Kosten zu sparen, aber auch um die durch die Mammographie verursachten Schäden bei den unnötig untersuchten Frauen zu verringern.

Mammographie nach Zeitpunkt

50% aller Teilnehmerinnen nahmen ihre letzte Untersuchung im letzten Jahr in Anspruch (siehe Tabelle 8.2.1.3). Damit liegt die einjährige Inanspruchnahme in der Steiermark über jener in Dänemark, den Niederlanden und Island (European Commission, 2003a, S. 167). Bei den 45-74jährigen überwiegt die einjährige Teilnahme mit 59%, bei den 45-64jährigen ist dieser Wert mit 65% sogar signifikant (siehe Tabelle 8.2.1.3). 30% der 45-74jährigen Teilnehmerinnen wurden vor 1 bis 3 Jahren untersucht. D.h. mindestens 60% und bis zu 90% der Screenings in dieser Altersgruppe wird im empfohlenen zweijährigen Abstand durchgeführt. In dieser Altersgruppe war auch die statistische Wahrscheinlichkeit, einer Mammographie innerhalb des letzten Jahres unterzogen worden zu sein, am höchsten. Die 35-44jährigen hatten eine 48%ige Wahrscheinlichkeit im letzten Jahr gescreent worden zu sein, während bei den unter 34jährigen und bei den über 75jährigen die Wahrscheinlichkeit am höchsten war, innerhalb der letzten 3 Jahre gescreent worden zu sein.

Bei genauerer Analyse nach der von der WHO empfohlenen Zielgruppe zeigt sich, dass **60% der untersuchten 51-70jährigen in den letzten 12 Monaten** eine Mammographie durchführen ließen und 29% in den letzten 1-3 Jahren (siehe Tabelle 8.2.1.4). Knappe 72% aller 50-70jährigen Steierinnen, also nicht nur der Teilnehmerinnen am Screening-Programm, wurden innerhalb der letzten 3 Jahre gescreent (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 118).

Nachdem jedoch eine Mammographie nur alle 2 Jahre notwendig wäre, liegt hier ein Einsparungspotential vor. Aufgrund des kurzen Screening-Intervalls werden Frauen öfter als notwendig den Strapazen der Mammographie, dem Risiko eines unnötigen Eingriffs, sowie dem Risiko falsch positiv diagnostiziert zu werden, ausgesetzt. Dasselbe gilt für die **41-50jährigen**, wo sogar **63% im letzten Jahr** und 30% vor 1-3 Jahren das letzte Mal gescreent wurden, trotz der bereits mehrfach erwähnten nicht bewiesenen Effektivität (siehe Tabelle 8.2.1.4). Für die Gesundheitspolitik bedeutet das, dass durch eine **Verlängerung der Intervalle** sowie durch eine verbesserte Zielgruppenorientierung ein effektiverer Ressourceneinsatz möglich wäre (Fachabteilung für das Gesundheitswesen, 2000, S. 120).

Mammographie nach Bildung

Ungefähr zwei Drittel aller befragten Frauen haben eine Mammographie durchführen lassen, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen höheren und niedrigeren Bildungsschichten erkennbar sind (siehe Tabelle 8.2.1.5). Auch in einer deutschen Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Mammographie-Untersuchungen und Bildungsabschluss der Frauen hergestellt werden (Röckl-Wiedmann et al., 2002, S. 313). Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu österreichischen, die besagen, dass die Vorsorgeaktivitäten mit steigendem Sozialstatus steigen (Habl, 2002, S. 9). Auch eine Befragung in Wien wies mit einer sehr niedrigen Inanspruchnahme in den letzten 3 Jahren bei den Pflichtschulabsolventinnen auf Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen hin (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 154). Im Zusammenhang zwischen Sozialstatus und

Tabelle 8.2.1.4: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000

Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Mammographie	Altersgruppen							
	41-50 Jahre		51-70 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<12 Monate	91	62,7%	93	60,4%	86	36,4%	270	50,5%
1-3 Jahre	43	29,7%	45	29,2%	102	43,2%	190	35,5%
>3 Jahre	11	7,6%	16	10,4%	47	19,9%	74	13,8%
Keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	1	0,2%
Gesamt	145	100,0%	154	100,0%	236	100,0%	535	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.1.5: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)	
	Ja	Nein
Pflichtschule (n=306)	68,6% (61,8 75,5)	31,4% (24,5 38,2)
Lehre (n=176)	67,6% (58,5 76,7)	32,4% (23,3 41,5)
Fachschule (n=217)	62,2% (53,7 70,7)	37,8% (29,3 46,3)
Matura (n=95)	49,5% (36,3 62,7)	50,5% (37,3 63,7)
Universität (n=41)	56,1% (36,1 76,1)	43,9% (23,9 63,9)
Gesamt (N=835)	64,0%	36,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Inanspruchnahme der Mammographie gibt es offenbar regional und national unterschiedliche Ergebnisse. So zeigt sich in Italien und Frankreich ein Anstieg der Teilnahme mit steigender Bildung, während dieser Trend in Dänemark und Island sehr schwach ausgeprägt ist und sich in den Niederlanden sogar umkehrt (European Commission, 2003a, S. 165).

Ärztliche Brustuntersuchung nach Bildung

80% der befragten Frauen haben bereits eine klinische Brustuntersuchung durchführen lassen. Frauen mit **Lehr- und Fachschulabschluss** berichten mit 85–86% eine etwas höhere Inanspruchnahme als Frauen mit anderen Bildungsabschlüssen (siehe Tabelle 8.2.1.6). Im statistischen Modell zeigt sich für sie eine **doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit** einer ärztlichen Brustuntersuchung. In diesem Fall wird das *Inverse Care Law* widerlegt, wonach zu erwarten gewesen wäre, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Brustuntersuchung mit steigender Bildung zunimmt.

Mammographie nach Versorgungsstruktur

Die Umfrage zeigt, dass 83% der Frauen die Mammographie beim Facharzt in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 8.2.1.7). Nur 6% der Frauen gehen hierzu in die Ambu-

lanz und 11% ins Krankenhaus. Der Besuch des Facharztes scheint mit steigender Bildung zu steigen. Es gehen um die 80% der Frauen mit einem Pflichtschulabschluss für die Mammographie zum Facharzt, allerdings 96% der AkademikerInnen. Hingegen nehmen 15% der Pflichtschulabsolventinnen diese Vorsorgeuntersuchung im Krankenhaus in Anspruch. Wird diese Analyse statistisch getestet, zeigt sich, dass **kein Zusammenhang** zwischen der Inanspruchnahme der Mammographie auf **verschiedenen Versorgungsebenen und Bildung besteht**.

In österreichischen Studien wurde gezeigt, dass sozial schwächere Frauen tendenziell das niederschwellige Angebot in Anspruch nehmen (Habl, 2002, S. 14; Pochobradsky Et Habl, 1999, S. 13–14). Dies bestätigt sich nicht für die Mammographie in der Steiermark. Allerdings ist es auch möglich, dass Bildung in diesem Zusammenhang eine unzureichende Operationalisierung des Sozialstatus ist und daher keine Unterschiede gemessen werden konnten.

Mammographie nach Versorgungsort

55% der Frauen, die eine Mammographie in Anspruch nehmen, besuchen eine Einrichtung der medizinischen Versorgung in ihrem Bezirk (siehe Tabelle 8.2.1.8). Inkludiert man auch jene Frauen, die in Graz und Graz-Umgebung wohnhaft sind und in Graz zur Mammographie gehen, steigt der Anteil der Teilnehmerinnen, die in ihrem Bezirk die radiologische Brustkrebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, auf 70%. 30% aller Frauen nehmen die Untersuchung in Graz in Anspruch, wobei die Hälfte dieser Frauen in Graz oder Graz-Umgebung wohnhaft ist. Somit pendeln 16% der Frauen, die in Graz zur Mammographie gehen, aus anderen Bezirken ein. 6% verbleiben zur Mammographie in ihrer eigenen Gemeinde, derselbe Anteil reist hierfür in den nächsten Bezirk und 4% in ein anderes Bundesland (siehe Tabelle 8.2.1.8). Am höchsten ist der Anteil der Frauen, die in einen anderen Bezirk zur Mammographie gehen, in den Bezirken Murau (20%), Mürzzuschlag (18%), Bad Radkersburg (18%) und Hartberg (14%) (siehe Tabelle 8.2.1.8). In ein anderes Bundesland pendeln am häufigsten Frauen aus dem Bezirk Murau (40%), aber auch Frauen aus den Be-

Tabelle 8.2.1.7: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)		
	Ambulatorium	Facharzt	Krankenhaus
Pflichtschule (n=210)	4,8% (1,0 8,6)	80,0% (72,9 87,1)	15,2% (8,9 21,6)
Lehre (n=119)	6,7% (0,8 2,6)	82,4% (73,4 91,4)	10,9% (3,6 18,3)
Fachschule (n=135)	5,9% (0,7 11,2)	85,9% (78,2 93,6)	8,2% (2,1 14,2)
Matura (n=47)	6,4% (0,0 15,6)	83,0% (68,9 97,1)	10,6% (0,0 22,2)
Universität (n=23)	4,4% (0,0 15,3)	95,7% (84,7 100,0)	0,0% (0,0 0,0)
Gesamt (N=534)	5,6%	83,0%	11,4%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

zirken Hartberg (12%) und Liezen (12%) sind betroffen. Inkludiert man bei den „Pendlerinnen“ auch jene, die in ein anderes Bundesland fahren, so gehen in Murau insgesamt 60% der am Screening teilnehmenden Frauen in einen anderen Bezirk oder in ein anderes Bundesland zur Mammographie. In Hartberg sind es 26% der Teilnehmerinnen, gefolgt von Mürzzuschlag mit 23% (siehe Tabelle 8.2.1.8). Dies lässt sich zum Teil mit der Grenzlage der Bezirke erklären, man könnte aber auch eine gewisse Unterversorgung vermuten.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass räumliche Distanz zum Untersuchungsort bzw. strukturelle Schwächen der Gesundheitsversorgung Barrieren für Frauen darstellen, eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen (Habl, 2002, S. 16).

Mammographie nach Vertrauen in die Schulmedizin

91% der Teilnehmerinnen am Mammographie-Screening haben volles oder eher mehr Vertrauen in die Schulmedizin, wie auch 87% der Nicht-Teilnehmerinnen (siehe Tabelle 8.2.1.9). In den beiden Gruppen mit vollem und viel Vertrauen in die Schulmedizin überwiegen die gescreenten Frauen die nicht gescreenten Frauen deutlich. Die Inanspruchnahme sinkt allerdings mit sinkendem Vertrauen in die Schulmedizin. Dieser Trend wird durch die Ergebnisse des statistischen Modells bestätigt. Das **Vertrauen in die Schulmedizin** steht in einem klaren **Zusammenhang mit der Teilnahme**. Die Wahrscheinlichkeit eine Mammographie in Anspruch zu nehmen ist bei **jenen Frauen, die wenig Vertrauen** in die Schulmedizin haben, nur **halb so groß**.

Dieses Ergebnis bestätigt österreichische Resultate, die das unterschwellige Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem als Barriere zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen identifiziert haben (Habl, 2002, S. 18).

Ärztliche Brustuntersuchung nach Vertrauen in die Schulmedizin

90% der Frauen, die sich jemals einer ärztlichen Brustuntersuchung unterzogen haben, haben volles oder zumindest viel Vertrauen in die Schulmedizin. Allerdings ist dieser Anteil bei jenen Frauen, die keine ärztliche Brustuntersuchung durchführen ließen, mit 87% ähnlich hoch (siehe Tabelle 8.2.1.10). Bei den Frauen, die volles oder eher viel Vertrauen haben, überwiegen klar die Teilnehmerinnen am Untersuchungsprogramm. Dies trifft jedoch auch auf jene Frauen zu, die eher weniger Vertrauen in die Schulmedizin angeben. Dennoch, wie schon bei der Mammographie festgestellt, steht das **Vertrauen in die Schulmedizin** in einem deutlichen **Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der klinischen Brustuntersuchung**. So ist die Wahrscheinlichkeit von Frauen mit mangelndem Vertrauen in die Schulmedizin eine ärztliche Brustuntersuchung durchführen zu lassen ein Viertel von der Wahrscheinlichkeit von Frauen mit hohem Vertrauen in die Schulmedizin.

8.2.2 Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalsscreening ist als effektive Methode zur Senkung der Morbidität und der Mortalität aufgrund von Gebärmutterhalskrebs anerkannt. Zahlreiche internationale Organisationen empfehlen eine Früherkennungsuntersuchung in einem zeitlichen Intervall von 3 Jahren in der Altersgruppe der 21-65jährigen Frauen durchzuführen (CDC, 2004; USPTF, 2003). Ab dem Alter von 65 Jahren kann gemäß dieser Empfehlungen unter der Voraussetzung, dass drei vorherige Tests negativ waren und dass keine anderen Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs vorliegen, das Screening reduziert werden. Mit einem Krebsabstrich in 3-jährigem Abstand und 16 Screening-Tests pro Frau (über die Lebenszeit gerechnet) kann eine Reduzierung der Inzidenz von 90,8% erreicht werden (Forbes et al., 2001, S. 2). Dieser Schutz kann durch häufigeres Screening nur sehr gering erhöht werden (Miller & Goel, 2004, S. 1832). Durch jährliches Screening mit 50 Tests pro Frau kann eine Reduzierung von 93,5% erreicht werden (Forbes et al., 2001, S. 2). D.h. mit ungefähr dreifachem Ressourceneinsatz kann nur ein zusätzlicher Nutzen von 2,7 Prozentpunkten erreicht werden. Daher ist es, um die höchste Effektivität bei optimalem Ressourceneinsatz zu erreichen, von besonderer Bedeutung die Empfehlungen zielgruppenorientiert umzusetzen. Die WHO spricht von einer möglichen Reduzierung der Sterblichkeit von 60% (WHO, 2003a), vorausgesetzt es wird ein systematisches Früherkennungsprogramm durchgeführt. In Österreich wird von den Krankenkassen ein jährlicher Krebsabstrich ab dem 20. Lebensjahr honoriert (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 71; Fenk, 2000, S. 123).

Krebsabstrich nach Alter

Insgesamt ist die Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung bei den befragten Frauen mit 88% hoch (siehe Tabelle 8.2.2.2). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern bedeutet dies, dass die Inanspruchnahme der Steirerinnen über jener der Däninnen, der Italienerinnen und der Niederländerinnen liegt (European Commission, 2003a, S. 171).

Tabelle 8.2.2.2: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter, 2000

Inanspruchnahme des Krebsabstrichs	Altersgruppen					
	21-65 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja	576	92,9%	157	72,0%	733	87,5%
Nein	42	6,8%	54	24,8%	96	11,5%
Weiß nicht	2	0,3%	7	3,20	9	1,0%
Gesamt	620	100,0%	218	100,0%	838	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Eigene Berechnungen

93% der empfohlenen Altersgruppe, also der 21–65jährigen Frauen, haben jemals einen Krebsabstrich in Anspruch genommen (siehe Tabelle 8.2.2.2). Die Inanspruchnahme des Krebsabstrichs steigt mit dem Alter ausgehend von den 15–24jährigen mit 82% bis zu den 45–54jährigen mit einem Anteil von 96% an (siehe Tabelle 8.2.2.3). Danach allerdings ist der Anteil wieder rückläufig. So sind es bei 55–64jährigen noch 92% und bei den über 75jährigen nur noch um die 63%, die gescreent wurden (siehe Tabelle 8.2.2.3). Dem zu folge **sinkt die Wahrscheinlichkeit** eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen **mit zunehmendem Alter**. So ist die Wahrscheinlichkeit bei den 15–34jährigen 14mal, bei den 34–45jährigen 3mal und bei den 45–54jährigen 2mal so hoch wie bei den 55–74jährigen.

Auch in Wien zeigte sich eine Abnahme der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 152). Da der Krebsabstrich Teil fast jeder gynäkologischen Untersuchung ist, dürfte sich hier insgesamt eine gewisse Unterversorgung älterer Frauen im gynäkologischen Bereich widerspiegeln. Ältere Frauen suchen nicht so häufig und auch nicht so regelmäßig den Gynäkologen/die Gynäkologin auf wie Frauen im gebärfähigen Alter, die somit auch die höchste Teilnahme am Gebärmutterhals-Screening aufweisen. Dies unterstützt die schon in der Vergangenheit wiederholt aufgestellten Forderungen, dass **Frauen über 40 verstärkt aufgeklärt** und zum Krebsabstrich eingeladen werden sollten (Ludwig Boltzmann-Institut, 1995, S. 71). Auch der Wiener Frauengesundheitsbericht macht auf die geringe Inanspruchnahme von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen bei über 45jährigen Frauen aufmerksam (Ludwig Boltzmann-Institut, 1996, S. 109, S. 194, S. 198). Ergebnisse anderer europäischer Länder zeigen, wie empfohlen, die höchste Teilnahme bei den 25–65jährigen, allerdings ist auch hier ein leichter Abfall der Inanspruchnahme bei den 55–64jährigen Frauen zu erkennen (European Commission, 2003a, S. 171).

Tabelle 8.2.2.6: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000

Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Krebsabstrichs	Altersgruppen					
	21–65 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<3 Jahre	524	91,0%	93	59,2%	617	84,2%
3–5 Jahre	28	4,9%	19	12,1%	47	6,4%
>5 Jahre	24	4,2%	44	28,0%	68	9,3%
Keine Angabe	0	0,0%	1	0,6%	1	0,10%
Gesamt	576	100,0%	157	100,0%	733	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Eigene Berechnungen

Krebsabstrich nach Zeitpunkt

Die signifikante Mehrzahl der gescreenten Frauen unter 74 Jahren wurde vor weniger als 3 Jahren das letzte Mal untersucht (siehe Tabelle 8.2.2.5). Der Anteil der untersuchten Frauen, die in der empfohlenen Zeit gescreent wurden, nimmt allerdings mit dem Alter ab. So sind es bei den 15–44jährigen zwischen 92% und 98%, die innerhalb der letzten 3 Jahre gescreent wurden, bei den 45–64jährigen um die 85%, und bei den 65–74jährigen sinkt der Anteil dann bereits auf 72%, um schließlich bei den über 75jährigen einen Tiefstand von um die 40% zu erreichen. Für ältere Frauen liegt der Zeitpunkt des letzten Krebsabstrichs somit länger zurück. Bei 60% der 75–84jährigen und bei 54% der über 85jährigen war die letzte Kontrolle vor mehr als 3 Jahren. In diesen beiden Altersgruppen überwiegt der Anteil der Frauen, bei denen die letzte Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung mehr als 5 Jahre zurückliegt.

Ähnlich wie der bereits festgestellte Zusammenhang zwischen grundsätzlicher Inanspruchnahme von Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen und Alter **sinkt auch die Wahrscheinlichkeit**, dass ein Krebsabstrich **innerhalb der empfohlenen Zeit** vorgenommen wurde, **mit fortgeschrittenem Alter**. So liegt die Wahrscheinlichkeit einer Untersuchung innerhalb des empfohlenen Zeitraums von 3 Jahren bei den 15–24jährigen bei 98%, bei den 35–54jährigen um die 90% und bei den 55–74jährigen bei 78%.

Betrachtet man die **Inanspruchnahme der empfohlenen Zielgruppe** zeigt sich, dass **91%** der teilnehmenden 21–65jährigen einen Krebsabstrich **innerhalb der letzten 3 Jahre** machen ließen und damit die Empfehlung für die Zielgruppe gut erfüllt wird (siehe Tabelle 8.2.2.6). Allerdings wurden auch 60% der Frauen, die nicht in die Zielgruppe gehören – also jünger oder älter sind – innerhalb der letzten 3 Jahre gescreent. Aufgrund der möglichen Nachteile des Screenings, wie falsche Diagnosen, Biopsien und Therapien, erscheint dieser Anteil hoch und könnte durch gezielteres Vorgehen reduziert werden.

Krebsabstrich nach Bildung

Innerhalb jeder Bildungsstufe ist der Anteil der Teilnehmerinnen signifikant höher als der Anteil der Nicht-Teilnehmerinnen (siehe Tabelle 8.2.2.1). Die Inanspruchnahme ist bei den Frauen mit Lehr- und Fachschulabschluss am höchsten, mit jeweils 97% bzw. 91%. Im statistischen Modell bestätigt sich dieses Muster und es zeigt sich für **Frauen mit Lehr- und Fachschulabschluss eine 3mal so hohe Wahrscheinlichkeit** einen Krebsabstrich machen zu lassen, wie für andere Frauen. Europaweit liegen hier kaum einheitliche Trends vor. In Italien und in Dänemark nehmen Frauen mit höherer Bildung eher am Screening teil, während in den Niederlanden und in Island kaum ein soziales Gefälle sichtbar ist (European Commission, 2003a, S. 172). In Wien zeigen ebenso wie in der Steiermark die Absolventinnen einer Lehre und einer mittleren

Ausbildung eine hohe Inanspruchnahme (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 153). In Wien liegt aber auch eine hohe Inanspruchnahme bei den Akademikerinnen vor, die für die Steiermark nicht festgestellt werden konnte. Die niedrige Beteiligung der Pflichtschulabsolventinnen könnte durch die steirische Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung bestimmt sein (siehe Kapitel 9.4, Vorsorgeuntersuchungen).

Krebsabstrich nach Versorgungsstruktur

Ein ähnliches Bild wie schon bei der Mammographie zeigt sich bei der Inanspruchnahme des Krebsabstriches nach der Versorgungsstruktur. Auch hier geht der überwiegende Teil der Frauen mit 89% zum Facharzt und nur 8% ins Krankenhaus; die Ambulanz und der Hausarzt werden hierzu nur von jeweils 1% und 2% der Frauen aufgesucht (siehe Tabelle 8.2.2.7).

Die Inanspruchnahme der Untersuchung beim Facharzt scheint mit zunehmender Bildung zu steigen. 80% der Frauen mit einem Pflichtschulabschluss gehen zum Facharzt, jedoch 100% der Akademikerinnen. Hingegen nehmen weniger gebildete Frauen häufiger die Vorsorgeuntersuchung im Krankenhaus in Anspruch, mit ca. 15%. Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und der Inanspruchnahme des Krebsabstriches. **Pflichtschulabsolventinnen** zeigen demnach eine **dreifach geringere Wahrscheinlichkeit einen Krebsabstrich beim Facharzt** vornehmen zu lassen als Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen. Dies deckt sich mit anderen österreichischen Studienergebnissen, die belegen, dass die Frequentierung eines Facharztes mit sinkendem sozioökonomischen Status geringer wird (Pochobradsky & Habl, 1999, S. 13-14).

Krebsabstrich nach Vertrauen in die Schulmedizin

90% der Teilnehmerinnen am Gebärmutterhalskrebscreening haben hohes Vertrauen in die Schulmedizin (siehe Tabelle 8.2.2.8). Aber ebenso wie bei der Mammographie geben auch 85% der Nicht-Teilnehmerinnen volles oder eher mehr Vertrauen in die Schulmedizin an. Im statistischen Modell jedoch zeigt sich, dass das **Vertrauen in die Schulmedizin keinen signifikanten Zusammenhang** mit der Inanspruchnahme des Krebsabstriches hat.

8.2.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Für die **Mammographie** wurde gezeigt, dass die **Inanspruchnahme altersabhängig ist**. Die größte Wahrscheinlichkeit eine Mammographie vornehmen zu lassen liegt bei den 35-74jährigen Frauen. Die Inanspruchnahme der letzten Mammographie war im letzten Jahr am wahrscheinlichsten, obwohl internationale Empfehlungen ein Screening im 2-Jahres-Abstand vorschlagen. Den Empfehlungen entsprechend nahmen also **80%** der Zielgruppe der 50-69jährigen

Frauen am Screening **teil, 89% von diesen Teilnehmerinnen** wurden **innerhalb der letzten 3 Jahre** untersucht. Allerdings wurden auch 93% der teilnehmenden 40-50jährigen in den letzten 3 Jahren gescreent, was von der WHO als nicht notwendig erachtet wird.

Bei der **Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung sinkt die Inanspruchnahme mit dem Alter**. Bei den 21-65jährigen Frauen kann eine **Teilnahmequote von 93%** festgestellt werden, **91% davon** wurden in **den letzten 3 Jahren** untersucht. Bei den über 45jährigen Frauen liegt jedoch die Teilnahmequote bei unter 85%. Der häufigste Zeitpunkt der letzten Untersuchung war für Frauen unter 75 Jahren innerhalb der letzten 3 Jahre. Aber auch 60% der Frauen, die entweder jünger oder älter als die empfohlene Altersgruppe von 21-65 Jahren sind, wurden in diesem Zeitabstand unnötig gescreent.

- Bei der ärztlichen Brustuntersuchung und beim Krebsabstrich hat sich ein **Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme** gezeigt, nicht so bei der Mammographie.
- Die Mehrzahl der Frauen geht zur Vorsorgeuntersuchung zum Facharzt. Allerdings wurde auch gezeigt, dass Frauen mit geringerer Bildung das Krankenhaus häufiger in Anspruch nehmen. Dieser Unterschied nach Schichtzugehörigkeit war vor allem für den Krebsabstrich signifikant.
- **Vertrauen in die Schulmedizin** scheint einen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der **Mammographie** und der **ärztlichen Brustuntersuchung** darzustellen, nicht jedoch auf die Inanspruchnahme des Krebsabstriches, welcher meistens automatisch Teil der gynäkologischen Untersuchung darstellt. Die Inanspruchnahme der beiden erstgenannten Vorsorgeuntersuchungen sank signifikant mit sinkendem Vertrauen in die Schulmedizin. Ein Zusammenhang zwischen Vorsorgeverhalten und Vertrauen in die Schulmedizin konnte bereits in anderen Fällen für die Steiermark gezeigt werden (Freidl, 2002, S. 49). Auch für die Brustselbstuntersuchung wurde ein Zusammenhang zwischen der Haltung gegenüber Früherkennungsuntersuchungen und der tatsächlichen Teilnahme gefunden. Österreichische Frauen, die Brustselbstuntersuchungen durchführen, waren sich der Möglichkeit der Mammographie besser bewusst und nahmen auch häufiger an Früherkennungsprogrammen teil (Janda M., 2000, S. 93). Dies weist auch darauf hin, dass beim opportunistischen Screening, das stark auf Freiwilligkeit beruht, Frauen erreicht werden, die ohnehin großen Wert auf Vorsorge und Früherkennung legen.

Daraus folgt:

- **Verbesserungspotential** beim **Mammographie-Screening** liegt in der **Verstärkung der Zielgruppenorientierung** und im **effizienteren Einsatz der**

Mittel durch Verlängerung der Screening-Intervalle. Die Anreize, die durch Entgeltung der Krankenkassen gesetzt werden, spielen hier eine zentrale Rolle. Vor allem ist auch auf die große Bedeutung der **Qualitätssicherung** im Mammographie-Screening hinzuweisen (Preschern, 2001, S. 32). Nur durch ein hoch entwickeltes Programm, das eine möglichst hohe Sensitivität und Spezifität der Untersuchung und die adäquate Vor- und Nachbetreuung sicherstellt, kann die Brustkrebsmortalität reduziert werden. Wichtig ist auch, dass **verständliche** (Mühlhauser & Höldke, 2002, S. 299-300) und **unabhängige** (Jørgensen & Gøtzsche, 2004, S. 5) **Informationsmöglichkeiten für Frauen** geschaffen werden (z.B. durch Frauengesundheitszentren), damit sich Frauen bewusst für oder gegen das wissenschaftlich umstrittene Mammographie-Screening entscheiden können.

In Österreich wird derzeit, basierend auf einer Studie zum Mammographie-Screening (Preschern, 2001), die Einführung eines qualitätsgesicherten, systematischen Früherkennungsprogramms diskutiert. Hier wird zwar Patientinnenaufklärung angesprochen (Preschern, 2001, S. 30), allerdings wird die wichtige Frage außer Acht gelassen, ob bei adäquater Informationstätigkeit die notwendige 70% Teilnehmerinnenrate, die erst die Möglichkeit der Effektivität schafft, erreicht werden kann (Rásky, 2004, S. 1). Auch die wissenschaftliche Fundierung dieser Studie – vor allem betreffend den Nutzen des Screenings – ist Gegenstand von Diskussionen (Rásky, 2004, S. 1). Es kann hinterfragt werden, ob den Widersprüchen in der epidemiologischen Beweislage ausreichend Rechnung getragen wurde.

- Auch für das **Gebärmutterhalskrebs-Screening** gilt, dass Verbesserungen der Zielgruppenorientierung

möglich wären. Bedenkt man, dass jene Frauen der Zielgruppe, also die 21-65jährigen, die sich keiner Früherkennungsuntersuchung unterzogen haben, ein drei- bis siebenfach erhöhtes Risiko für einen invasiven Tumor haben (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 5. 7), wird klar wie wichtig das Erreichen dieser Frauen wäre. Nur durch die **Steigerung der Teilnahme** und nicht durch die hohe Frequenz der Untersuchung von teilnehmenden Frauen kann die Morbidität sowie die Mortalität aufgrund von Gebärmutterhalskrebs weiter verringert werden (Miller & Goel, 2004, S. 1832). Für das Gebärmutterhalskrebs-Screening konnte in der Vergangenheit gezeigt werden, dass opportunistische Screeningprogramme wie jenes in Österreich (und auch der Steiermark) nicht so erfolgreich sind wie systematische Programme (Miller & Goel, 2004, S. 1831). Daher wäre es im speziellen für den Krebsabstrich ratsam, ein systematisches Früherkennungsprogramm zu installieren, das effektive Maßnahmen, wie die Einladung von Frauen zu Untersuchungsterminen, beinhaltet (Forbes et al., 2004, S. 10). Trotz der Notwendigkeit Nicht-Teilnehmerinnen zu erreichen, muss auch hier darauf hingewiesen werden, dass den Frauen eine **informierte Entscheidung** zur Teilnahme ermöglicht werden soll. Auch das Gebärmutterhals-Screening bringt Ungenauigkeiten mit sich, die unnötige Schäden wie Ängste und falsche Beruhigung aufgrund von Fehldiagnosen, sowie unnötige Koloskopien und Biopsien, überflüssige Diagnosen und Therapien nach sich ziehen (Forbes et al., 2001, S. 3). Vor Inanspruchnahme der Untersuchung sollten Frauen daher über den Nutzen wie auch über die möglichen Schäden aufgeklärt und informiert werden.

Tabelle 8.2.2.7: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)			
	Ambulatorium	Facharzt	Hausarzt	Krankenhaus
Pflichtschule (n=249)	2,0% (0,0 4,3)	80,7% (74,3 87,2)	2,8% (0,1 5,5)	14,5% (8,7 20,2)
Lehre (n=169)	0,6% (0,0 2,1)	91,1% (85,5 96,8)	2,4% (0,0 5,4)	5,9% (1,2 10,6)
Fachschule (n=198)	1,5% (0,0 3,8)	91,4% (86,3 96,5)	2,5% (0,0 5,4)	4,6% (0,7 8,4)
Matura (n=81)	0,0% (0,0 0,0)	97,5% (93,1 100,0)	1,2% (0,0 4,4)	1,2% (0,0 4,4)
Universität (n=35)	0,0% (0,0 0,0)	100,0% (100,0 100,0)	0,0% (0,0 0,0)	0,0% (0,0 0,0)
Gesamt (N=732)	1,3%	88,8%	2,3%	7,7%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

9. Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit

Es wurde gezeigt, dass Frauen nach wie vor ökonomisch, und damit sozial, stark benachteiligt sind (siehe Kapitel 4, Demographische Situation und Kapitel 5, Politische und sozio-ökonomischen Situation). Soziale Benachteiligung bedeutet in den meisten Fällen aber auch schlechtere Gesundheit. Deshalb sollten soziale Unterschiede bei der Planung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen besonders berücksichtigt werden. Die verwendeten Routinedatenquellen geben leider keine Auskunft über den sozioökonomischen Status. Deshalb war es in der Auswertung nicht möglich, die Ergebnisse nach sozialen Gruppen zu untergliedern. Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit betrifft jedoch, wie in diesem Kapitel gezeigt wird, alle im vorliegenden Bericht dargestellten Bereiche.

9.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung gilt als allgemeiner Maßstab für die Gesundheit einer Bevölkerung. Sie liefert aber auch Hinweise auf soziale Rahmenbedingungen. So wird der in den letzten Jahrzehnten in fast allen westlichen Industrieländern feststellbare markante Anstieg der Lebenserwartung vor allem auf den Rückgang der Mortalität sowie die verbesserten Lebensbedingungen, insbesondere die Verringerung der sozialen Unterschiede in diesen Ländern zurückgeführt. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit war in Österreich bis etwa Anfang der 1980er Jahre ein bedeutender Faktor, wirkt sich aber nunmehr aufgrund des bereits sehr niedrigen Niveaus kaum mehr als Einflussvariable auf die verlängerte Lebenserwartung aus. Auch der Einfluss des medizinischen Fortschritts ist, entgegen der weit verbreiteten Ansicht, vergleichsweise gering (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 108-109). Der auch im Europäischen Vergleich äußerst bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung in Österreich in den letzten beiden Jahrzehnten (Magistrat der Stadt Wien, 2003a, S. 15) ist daher vor allem auf soziale und weniger auf medizinische Ursachen zurückzuführen (z.B. Verbesserung der Einkommenssituation, der Wohnbedingungen, bzw. der Lebensqualität allgemein).

Die großen Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen westlichen Industrieländern und Entwicklungsländern zeigen, dass dieser Maßstab noch immer von großer Bedeutung ist. Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es aber auch innerhalb Österreichs. Die Lebenserwartung in den westlichen, wohlhabenderen Bundesländern ist höher als in den östlichen. Die Steiermark weist im Bundesländervergleich die zweitniedrigste Lebenserwartung auf (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2002, Tab. 3.1.1). Es überrascht daher auch nicht, dass

die Lebenserwartung je nach Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen variiert. Analysen, welche die Lebenserwartung mit der Wohnungssituation oder der regionalen Wirtschaftskraft in Verbindung setzen, zeigen auch hier den **sozialen Gradienten in der Lebenserwartung** (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 95-96).

9.2 Mortalität

Der direkte Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Stellung ist spätestens seit dem *Multiple Risk Factor Intervention Trial* und der *Whitehall-Studie*, welche eine eindeutige Assoziation zwischen Einkommen und Sterblichkeit herstellen konnten, unumstritten (Wilkinson, 2001, S. 88-89). Studienergebnisse belegen gravierende weibliche Mortalitätsunterschiede in den verschiedenen sozialen Gruppen. Britische Studien stellten bei sozial schlechter gestellten Frauen, wie z.B. Arbeiterinnen, bis zu doppelt so hohe Sterberaten wie bei sozial besser gestellten Geschlechtsgenossinnen fest (Muntaner et al., 2001, S. 198). Muntaner et al. konnten zeigen, dass ungelernete **Arbeiterinnen signifikant höhere Herz-Kreislauf-Sterberaten** aufweisen als Frauen, die in ihrer erlernten Profession arbeiten. Dies wird auf die Arbeit in Hierarchien zurückgeführt, die es Arbeitnehmerinnen in niedrigeren Stellungen nicht ermöglichen, Kontrolle über ihre Arbeit auszuüben und an Entscheidungsprozessen, die ihre Arbeit und ihre Person betreffen, teilzunehmen. Da Frauen meist in niedrigeren Positionen arbeiten (z.B. Krankenschwestern, Verkäuferinnen, Friseurinnen, Sekretärinnen, etc. – siehe Kapitel 5.2, Beschäftigung) und in vielen anderen Belangen durch die gesellschaftliche Organisation (z.B. Unvereinbarkeit Beruf und Familie – siehe Kapitel 4.5, Kinderbetreuung) wenig Kontrolle und Entscheidungsmöglichkeit über ihr Leben und ihre Gesundheit haben, sind sie aufgrund dieses **systemisch verursachten Stress** vermehrt von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen.

Auch bei der Krebsmortalität gibt es Unterschiede nach sozialer Zugehörigkeit. Allerdings ist das Bild hier oft etwas verfälscht durch demographische Ursachen sowie durch die zum Teil lange Zeitspanne zwischen Einwirkung gesundheitsschädigender Einflussfaktoren oder Verhaltensweisen und daraus resultierendem Todesfall. So zeigen zwar Bezirke mit einem hohen Anteil an Pflichtschulabsolventinnen eine niedrige Mortalität aufgrund bösartiger Neubildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane (Schleicher & Hlava, 2003, S. 13; Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 174), allerdings ist dies vorwiegend auf die demographische Situation zurückzuführen. Weniger gebildete Schichten werden von älteren Frauen dominiert, die weitgehend Nichtraucherinnen sind. Erst in den letzten beiden Jahrzehnten hat bei Frauen allgemein, insbesondere jedoch bei sozial schwächeren (WHO, 2001, S. 20), der Zigarettenkonsum stark zugenommen, wobei das Einstiegsalter kontinuierlich sank. In einem internationalen Vergleich rangieren gegenwärtig österreichische Teen-

ager, insbesondere Mädchen, an fünfthöchster Stelle: Eines von vier 15jährigen österreichischen Mädchen und einer von fünf 15jährigen Buben rauchen bereits täglich (Currie et al., 2000; Dür & Mravlag, 2002, S. 24). Aufgrund der zeitlichen Verzögerung wird sich dieses Verhalten erst in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten in einer erhöhten Lungenkrebssterblichkeit (insbesondere bei sozial schlechter gestellten Frauen) manifestieren.

9.3 Morbidität

Entsprechend den obigen Ausführungen wurde auch für die Morbidität ein **geschlechtsspezifischer Sozialgradient** nachgewiesen. Die sozialen und damit einhergehend gesundheitlichen Unterschiede wurden ausreichend für Skandinavien und Großbritannien für beide Geschlechter belegt (Green & Potvin, 2004, S. 120). In Deutschland wurde festgestellt, dass das Risiko eines Herzinfarkts bei Frauen aus sozial schwachen Schichten etwa 3,7mal und das Risiko für einen Schlaganfall etwa 2,8mal so hoch ist wie jenes bei sozial besser gestellten Frauen (Babitsch, 2001, S. 85). In Wien leiden Frauen mit niedrigem Ausbildungsniveau häufiger an chronischen Erkrankungen, besonders an Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen und Gelenkerkrankungen (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 96–97). Die Erkrankungen variieren auch je nach Art der Erwerbstätigkeit. Facharbeiterinnen und sonstige Arbeiterinnen scheinen am stärksten von chronischen Erkrankungen betroffen zu sein (Magistrat der Stadt Wien, 2003, S. 99). Es kann angenommen werden, dass diese Erkrankungsmuster auch bei den Steirerinnen ähnlich sind.

9.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand ist ein sehr guter Prädiktor für Sterblichkeit und Morbidität und ist deshalb für die Beurteilung der Bevölkerungsgesundheit von besonderer Bedeutung (Schwartz et al., 2000, S. 27). In einem früheren Kapitel wurde bereits festgestellt, dass Frauen einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand angeben als Männer (siehe Kapitel 7.1, Subjektiver Gesundheitszustand). Es hat sich aber auch gezeigt, dass der sozio-ökonomische Status eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der subjektiven Beurteilung der Gesundheit spielt.

In zahlreichen europäischen Ländern steigt mit höherem Bildungsniveau auch die positivere Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands (European Commission, 2003a, S. 39). In einer britischen Studie (Macran et al., 1996, S. 1209) wurde belegt, dass Frauen mit besserem Einkommen und nicht manuellen Berufen über einen besseren subjektiven Gesundheitszustand verfügen als manuell arbeitende Frauen. Einen Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiven Gesundheitszustand schildert auch der Gesundheitsbericht Deutschland (Statistisches Bundesamt, 1998, Kap. 3.5). Eine weitere Studie belegt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede

im subjektiven Gesundheitszustand vor allem mit dem durchschnittlich höheren Alter, den schlechteren Jobs und dem schlechteren sozioökonomischen Status der Frauen erklärt werden können (Arber & Cooper, 1999, S. 74). Die Literatur zeigt meist eindeutige Unterschiede nach sozialen Gruppen, aber heterogene und widersprüchliche Ergebnisse für geschlechtsspezifische Unterschiede (Matthews et al., 1999, S. 54–55). Treten klare geschlechtsspezifische Unterschiede auf, sind diese meist geringer (Arber & Cooper, 1999, S. 65) als die Unterschiede nach sozialer Klasse (Arber & Ginn, 1993, S. 38).

Der **soziale Status** steht also in einem **stärkeren** und eindeutigeren **Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit als das Geschlecht** (Laubach et al., 2000, S. 8–9). Diese schichtspezifischen Unterschiede werden mit **stresstheoretischen Konzepten** erklärt, wonach sozial schlechter gestellte Gruppen einerseits größeren Gesundheitsbelastungen aufgrund von höherem chronischen Stress (McDonough et al., 2002, S. 777) ausgesetzt sind, andererseits über geringere Gesundheitsressourcen und schlechtere interne Kontrollüberzeugungen verfügen (Laubach et al., 2000, S. 8). Dies trifft vor allem auf Frauen, und hier wiederum insbesondere Frauen mit niedrigem sozialen Status und hohen Stressbelastungen, zu. In der Folge zeigen **Frauen** vermutlich **aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand**.

Insbesondere sind **Alleinerzieherinnen** von dieser sozialen Benachteiligung betroffen und beurteilen daher ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter als andere Frauen. Wird Einflussfaktoren wie Einkommen, Bildung und Arbeit Rechnung getragen, sinkt die Wahrscheinlichkeit den subjektiven Gesundheitszustand negativ zu bewerten bei Alleinerzieherinnen (Lahelma et al., 2002, S. 734). Für die Gesundheitspolitik bedeutet dies, dass eine **Verbesserung der sozioökonomischen Situation** dieser Frauen eine **Verbesserung ihres Gesundheitszustands** zur Folge hätte. Dies stellten Lahelma et al. für Großbritannien und Finnland fest. Aufgrund des Vergleichs dieser unterschiedlichen Wohlfahrtsstaaten schließen sie, dass diese Diagnosestellung auf alle europäischen Länder zutrifft (Lahelma et al., 2002, S. 738) – somit auch auf die Steiermark. Sie stellen auch fest, dass Frauen, die mit einem Partner und Kindern leben, eine bessere Gesundheit aufweisen als Alleinerzieherinnen. Die **soziale Unterstützung** und die Möglichkeit Belastungen zu teilen, scheint also auch eine zentrale Rolle zu spielen. Eine Grundvoraussetzung der Unterstützung für Mütter, und im speziellen für Alleinerzieherinnen, ist ein **umfangreiches und kostengünstiges Kinderbetreuungsangebot** (Lahelma et al., 2002, S. 738). Hier gibt es in der Steiermark noch Verbesserungsmöglichkeiten, da nur 26% der steirischen Kinderbetreuungsstätten eine umfangreiche Betreuung anbieten (siehe Kapitel 4.5, Kinderbetreuung).

Über die Zeit betrachtet scheint sich eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands zu zeigen. Diese Verbesserung geht aber scheinbar auch einher mit einer Vergrößerung der Unterschiede im Gesundheitszustand. In einer österreichischen Studie wurde gezeigt, dass zwar der Anteil der Personen mit guter und sehr guter Gesundheit angestiegen ist, gleichzeitig aber auch der Anteil der Personen mit sehr schlechter Gesundheit (Ulmer et al., 1999, S. 263). Eine spanische Studie hat belegt, dass im Vergleich 1987 und 1995/97 sich der Unterschied im subjektiven Gesundheitszustand nach sozialer Klasse für die Männer verkleinert und für die Frauen vergrößert hat (Regidor et al., 2002, S. 1327). Es kann also angenommen werden, dass die größer werdenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Klassen ganz besonders Frauen treffen werden, weil diese insgesamt eine sozial benachteiligte Gruppe darstellen (McDonough et al., 2002, S. 780). Es muss daher an dieser Stelle noch einmal bekräftigt werden, dass **Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage der Frauen** im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung für die Frauengesundheit von ganz besonderer Bedeutung sind.

9.3.2 Risikofaktoren

Der größte Teil der Morbidität und Mortalität wird bei den steirischen Frauen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs verursacht. Ein wichtiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der **Bluthochdruck**. Ergebnisse des Mikrozensus zeigen, dass ein beinahe geradliniger **Zusammenhang** zwischen Bluthochdruck und **Bildung** besteht. Mit steigendem Bildungsniveau sinkt der Anteil jener Personen, die an Bluthochdruck leiden, wobei PflichtschulabsolventInnen mit 11,8% mit Abstand den höchsten Anteil an dieser auch ernährungsbedingten Krankheit zeigen (Statistik Austria, 2002b, S. 110).

Insgesamt stellt das **Ernährungsverhalten** einen zentralen Risikofaktor für viele, vor allem chronische Krankheiten, dar. Es wird in einem beträchtlichen Ausmass **durch soziale Faktoren** mitbestimmt. So zeigen zum Beispiel Wienerinnen mit einem niedrigeren Bildungsniveau ein höheres Risiko an Übergewicht und Fettleibigkeit zu leiden (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 135). Auch der Mikrozensus bestätigt diesen eindeutigen Trend (Statistik Austria, 2002b, S. 76). Für Adipositas scheint das soziale Gefälle bei Frauen besonders ausgeprägt zu sein (Stolpe, 2001, S. 23). Auch sind es die weniger gebildeten Frauen, die am häufigsten angeben sich nicht **körperlich zu betätigen** (Statistik Austria, 2002b, S. 68; Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 137).

Ein weiterer zentraler Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sowie zahlreiche andere Erkrankungen ist das Zigarettenrauchen. Es wird geschätzt, dass 25% aller Krebstodesfälle und 15% aller Todesfälle (insgesamt) in der Europäischen Union auf das Rauchen zurückgeführt werden können (Euro-

pean Commission, 2003). Die Hälfte aller RaucherInnen stirbt an den Folgen des Rauchens, und davon die Hälfte vor dem 70. Lebensjahr. In industrialisierten Ländern verlieren RaucherInnen im Durchschnitt 8 Jahre ihres Lebens, wobei jene, die bereits in mittleren Jahren sterben, im Durchschnitt 22 Lebensjahre verlieren (Peto & Lopez, 2000).

Der **Zigarettenkonsum** wiederum zeigt einen **starken Zusammenhang mit dem Sozialstatus**. Dies zeigt sich bereits im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. SchülerInnen an Hauptschulen rauchen häufiger als ihre KollegInnen an den Gymnasien (Stolpe, 2001, S. 22). Aber auch im Erwachsenenalter ist der Anteil der täglichen Raucherinnen bei den Pflichtschülerinnen am höchsten, mit einem doppelt so hohen Anteil als bei den Akademikerinnen (Magistrat der Stadt Wien, 2001, S. 146). Eine steirische Studie hat weiters ergeben, dass Frauen, die ihre soziale Lage schlecht beurteilen, mehr Zigaretten konsumieren als Frauen, die mit ihrer sozialen Lage zufriedener sind (Freidl & Neuhold, 2002a, S. 234). Empirische Erkenntnisse besagen, dass sozial schlecht gestellte Frauen das Rauchen als Bewältigungsstrategie für ihren schwierigen Alltag benötigen (Graham, 1987, S. 55). Dies ist jedoch nur einer von mehreren Faktoren, warum Frauen rauchen.

Durch die Verringerung des Zigarettenkonsums könnten große Verbesserungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs erreicht werden, aber auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen oder Osteoporose. Nachdem gesundheitsschädigendes Verhalten einen sozialen Gradienten aufweist, der direkt gesundheitliche Ungleichheiten nach sich zieht, bedarf es systemischer Veränderungen, um den Frauen und vor allem den sozial schlecht gestellten Frauen, Raum und Möglichkeiten für einen gesünderen Lebensstil zu eröffnen. Sozial bedingte Ungleichheiten sollten wo immer möglich gemildert werden, um es Frauen zu erleichtern, einem gesundheitsfördernden gegenüber einem gesundheitsschädigenden Lebensstil den Vorzug zu geben.

9.4 Vorsorgeuntersuchungen

Im vorliegenden Bericht wurde gezeigt, dass vor allem Frauen mit niedrigem und mittlerem Bildungsniveau an den Früherkennungsprogrammen teilnehmen.

Pflichtschul- und Lehrabsolventinnen hatten eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit einer Blutdruck- und Cholesterinmessung unterzogen zu werden als Frauen mit einer anderen höchsten abgeschlossenen Ausbildung. Diese höhere Inanspruchnahme könnte in Zusammenhang stehen mit der ungesünderen Lebensweise bzw. der höheren Adipositas- und Hypertonie-Prävalenz in sozial schlechter gestellten Schichten. Blutdruck- und Cholesterinmessungen sind Kontrolluntersuchungen, die vom Arzt durchgeführt werden und vermutlich vor allem diesen Gruppen aufgrund ihres **erhöhten Risikos** angeboten werden.

Kein bildungsspezifischer Unterschied konnte festgestellt werden bei der Teilnahme am Mammographie-Screening. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass Bildung als Maß für soziale Ungleichheit in diesem Fall zu wenig differenziert. Vermutlich spielen noch eine ganze Reihe anderer Faktoren eine Rolle. In Schweden wurde gezeigt, dass vor allem kinderlose Frauen, mehrfache Mütter, Alleinstehende, Nicht-Erwerbstätige und Immigranten nicht zur Mammographie gehen (Lagerlund et al., 2002, S. 79). Um gezielt die Teilnahme an der Mammographie in der Steiermark zu erhöhen, wäre eine Untersuchung der Charakteristika der Nicht-Teilnehmerinnen sinnvoll. Der **Krebsabstrich** wurde signifikant häufiger von Lehr- und Fachschulabsolventinnen in Anspruch genommen. Eine mögliche Erklärung für die geringe Inanspruchnahme des Krebsabstrichs durch Pflichtschulabsolventinnen könnte die Altersstruktur sein, da Pflichtschulabgängerinnen vor allem in älteren Gruppen überrepräsentiert sind und mit höherem Alter die Teilnahme am Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsprogramm abnimmt. In diesem Fall sollte vor allem darauf Wert gelegt werden, ältere Frauen – sprich 50 bis 69jährige – gezielt für die Früherkennung anzusprechen.

Die vorliegende Analyse hat keinen klaren Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und formalem Bildungsniveau gezeigt und lässt daher keinen Schluss betreffend soziale Unterschiede im Vorsorgeverhalten für die Steiermark zu. Es kann allerdings angenommen werden, dass **sozial schlechter gestellte Gruppen tendenziell weniger an auf Freiwilligkeit beruhenden Vorsorgeprogrammen teilnehmen**. Dies wurde auch in anderen Studien für die Steiermark und für Österreich gezeigt, die belegten, dass die Bereitschaft zur Vorsorge mit geringerem Bildungsniveau eher abnimmt (Noack & Reis-Klingspiegl, 1999, S. 86; Pochobradsky & Habl, 1999, S. 14).

9.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- **Sozial schlechter** gestellte Frauen sind **Risikofaktoren** und **negativem Gesundheitsverhalten**, wie Zigarettenkonsum, ungesunder Ernährung und mangelnder körperlicher Betätigung, **stärker ausgesetzt**. In Folge dessen konnte auch ein starker Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung, der Mortalität und der Morbidität der Frauen mit ihrem sozioökonomischen Status gezeigt werden.

- Frauen zeigen einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als Männer. Der **geschlechtsspezifische Unterschied** wird vorwiegend **durch die sozioökonomische Benachteiligung der Frauen erklärt**. Ihre sozial schlechtere Stellung erklärt auch den schlechteren Gesundheitszustand der Alleinerzieherinnen. Durch die Vergrößerung der sozialen Ungleichheiten vergrößern sich auch Unterschiede in der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands. Hiervon werden wiederum Frauen aufgrund ihrer sozioökonomischen Benachteiligung stärker betroffen sein.
- Bildungsspezifische Differenzen in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Steiermark sind stark von der Altersstruktur der weiblichen steirischen Bevölkerung mitbeeinflusst. Es wird angenommen, dass auch die **Teilnahme an Vorsorgeprogrammen ein soziales Gefälle** zeigt.

Daraus folgt:

- Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Stellung der Frauen würden einen grundlegenden Beitrag zur Frauengesundheit leisten. Dies kann durch systemische und strukturelle Veränderungen erreicht werden, die es Frauen ermöglichen, mit ihrem Alltag leichter zurechtzukommen. Es würde also **sozialpolitischer Maßnahmen** im Sinne einer **gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik** bedürfen, wie es bereits 1986 in der Ottawa Charta formuliert wurde (WHO, 1986).
- Besonders wichtig und zielführend erscheinen **primärpräventive Maßnahmen gegen den Tabakkonsum bei Frauen**, insbesondere den sozial benachteiligten. Damit könnte der prognostizierte weitere Anstieg der zu einem wesentlichen Teil auch tabakassoziierten Mortalitätsraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs langfristig gestoppt oder sogar reduziert werden. Da sozial schlechter gestellte Frauen Rauchen vor allem auch als Bewältigungsstrategie für ihren oft schwierigen Alltag benötigen, könnten hier (neben gezielten Angeboten zur Raucherentwöhnung) systemische Veränderungen Frauen bei der Bewältigung des täglichen Lebens unterstützen. Eine vorrangige Massnahme wäre hier vor allem die Verbesserung des Kinderbetreuungsangebots. Gleichzeitig sollte vor allem sozial schlechter gestellten Frauen die Möglichkeit gegeben werden, individuelle Bewältigungs-Strategien zu erarbeiten, d.h. die Entwicklung persönlicher Kompetenzen laut Ottawa Charta (WHO, 1986) zu fördern.

10. Stand der Gesundheitsberichterstattung

Rolle und Bedarf der Gesundheitsberichterstattung

Für die Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung ist eine qualitativ hochwertige Gesundheitsberichterstattung unabdingbar. Mit der Beschreibung und Ermittlung von vordringlichem Handlungsbedarf in Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der SteirerInnen wird eine seriöse und unabdingbare Grundlage zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung in der Steiermark geschaffen. Aufgrund der zunehmenden Probleme der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens werden Entscheidungen, die auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und hochwertigen Datengrundlagen beruhen, immer wichtiger. Diese Entwicklung wird von der WHO und der EU vorangetrieben, und auch in Österreich gibt es Bestrebungen auf nationaler Ebene. Um diesen steigenden Ansprüchen gerecht werden zu können, bedarf es valider, zugänglicher und geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselter Daten sowie einer Struktur, die sowohl ein Gesundheitsinformationssystem als auch epidemiologisches Know-how zur professionellen Berichterstattung zusammenführt.

Um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen, muss langfristig die Kontinuität der Berichterstattung sichergestellt werden. Kontinuität ermöglicht nicht nur eine geplante Berichterstattung und macht diese organisatorisch einfacher, es können dadurch vor allem Analysen über längere Zeiträume (10 bis 20 Jahre oder noch länger) durchgeführt werden. Erst durch longitudinale Auswertungen und durch die gleichbleibende und vergleichbare Darstellung von Ergebnissen über die Zeit kann die Qualität in der Gesundheitsberichterstattung und damit eine fundierte Basis für die politische Entscheidungsfindung sichergestellt werden.

In vielen europäischen Ländern wurden deshalb bereits Gesundheitsberichterstattungssysteme auf nationaler Ebene eingerichtet, wie z.B. das Schweizer Gesundheitsobservatorium oder die Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Deutschland. Aber auch auf Länderebene wird es aufgrund des zunehmenden ökonomischen Druckes unumgänglich Gesundheitsberichterstattungssysteme einzurichten. In Österreich beginnt sich auf Bundesebene das ÖBIG mit dem Datensystem ÖGIS zu etablieren, und auch einige Bundesländer haben bereits funktionierende Gesundheitsberichterstattungssysteme eingerichtet, wie z.B. Wien und Oberösterreich.

Es handelt sich dabei jeweils um eine etablierte organisatorische Einheit, die sich der regelmäßigen Erstellung von Basisgesundheitsberichten und Spezialberichten widmet und, den Anforderungen entsprechend, mit Budget, Personal und Inventar ausgestattet ist. Diese organisatorische Einheit ist als Teil der Informations-Infrastruktur des Gesundheitssystems zu sehen und muss öffentlich bereit gestellt werden. **Ziel ist es, die Kontinuität einer**

Berichterstattung sicherzustellen, die auf vorhandenen Daten verschiedener Stellen des Gesundheitssektors oder angrenzender Sektoren aufbaut (Borgers, 1994, S. 10; Wildner et al., 2004, S. 3-5; Brückner, 1994, S. 7).

Gesundheitsberichterstattung und -planung in der Steiermark

Auch in der Steiermark ist die Einrichtung einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung im Sinne einer Modernisierung und Ökonomisierung der politischen Entscheidungsfindung unumgänglich. Die ökonomische Bedeutung der Berichterstattung liegt vor allem in der Steigerung des Informiertheitsgrades in der politischen Entscheidungsfindung. Eine verbesserte Informations- und Entscheidungsgrundlage ist insbesondere bei der Zuteilung von Ressourcen, der Festlegung von Prioritäten sowie der Entwicklung von gesundheitspolitischen Zielen von zunehmender Bedeutung. Auch die Planung und Umsetzung von Maßnahmen kann auf dieser Grundlage wissenschaftsbasiert erfolgen, wobei die Evaluierung dieser Maßnahmen zum Teil durch die Gesundheitsberichterstattung durchgeführt werden könnte. **Voraussetzung** für eine kontinuierliche und qualitätsgesicherte Gesundheitsberichterstattung ist, wie bereits eingangs beschrieben, die **Etablierung einer eigenen Organisationseinheit mit entsprechender personeller, finanzieller und sachlicher Ausstattung**. Diese Einheit sollte in Zusammenarbeit mit zentralen Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens und wichtiger gesundheitsrelevanter Bereiche entstehen und geführt werden. Hierzu gehören vor allem Entscheidungsträger aus dem Bereich der Gesundheitspolitik, der Krankenversicherungen, der Krankenanstaltenfinanzierung, aber auch aus dem Bereich Soziales und Sozialpolitik. Gerade die Zusammenführung und gemeinsame Weiterentwicklung von Gesundheits- und Sozialberichten wird aufgrund der Erfahrungen mit Berichterstattungssystemen in Deutschland gefordert (Bardehle, 2001, S. 1107). Dies erfordert jedoch einen größeren strukturellen Rahmen. Die Zusammenführung wichtiger Entscheidungsträger ist in mehrerer Hinsicht von Bedeutung. Erstens kann hierdurch eine das gesamte Gesundheitswesen umfassende Gesundheitsplanung vorgenommen und damit die Effektivität von Maßnahmen gesteigert werden. Zweitens kann durch die Beteiligung verschiedener Teilbereiche des Gesundheitswesens auch der Zugang zu den dort gesammelten Daten sichergestellt werden. Gleichzeitig sollten eine moderne Computertechnologie und taugliche, konsumentenfreundliche EDV-Programme die Schnelligkeit des Informationsflusses und Datenaustausches sicherstellen (Wildner et al., 2004, S. 4.; Fidler, 1993, S. 352). Zusammenfassend kann nur wiederholt werden, dass eine Bündelung der Ressourcen zur Berichterstattung nicht nur notwendig, sondern auch sinnvoll und synergetisch ist.

Das Land Steiermark würde besonders gute Voraussetzungen zur Etablierung eines professionellen, kontinuierlichen und qualitätsgesicherten Gesundheitsberichterstattungssystems aufweisen, da bereits in der Vergangenheit im Auftrag des Steirischen Krankenanstalten Finanzierungsfonds (SKAFF) ein Gesundheitsinformationssystem entwickelt wurde. Weiters wäre, im

Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern, das zur epidemiologisch professionellen Gesundheitsberichterstattung notwendige Know-how vorhanden.

Schlussfolgernd kann daher gesagt werden, dass in Hinblick auf das steirische Gesundheitsinformationssystem ein eindeutiges Verbesserungspotential vorliegt. Dieses richtet sich insbesondere auf **folgende Maßnahmen**:

1. Einrichtung einer organisatorischen Einheit zur Gesundheitsberichterstattung und -planung, die unter Zusammenführung der wichtigsten Entscheidungsträger und Datenquellen aus dem Gesundheitswesen und angrenzenden Sektoren mit den entsprechenden

Ressourcen ausgestattet wird, um eine kontinuierliche Berichterstattung und Planung zu ermöglichen.

2. Evaluierung und Verbesserung des steirischen Gesundheitsinformationssystems.
3. Verbesserung der Datenlage (sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht) im ambulanten Bereich, im Primärversorgungsbereich und in zentralen Gesundheitsbereichen, wie z.B. Lebensstil, soziale und umweltbedingte Einflussfaktoren, etc. Qualitativ hochwertige und ausreichend vorhandene Daten stellen die wichtigste Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung und -planung dar.

11. Glossar

Adipositas: Fettleibigkeit

Allgemeine Fertilitätsziffer: Lebendgeburten pro 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren

Altersstandardisierung: Statistisches Verfahren zur Herstellung der Vergleichbarkeit von Messzahlen. Durch dieses Verfahren wird den unterschiedlichen Altersstrukturen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z.B. Ländern) Rechnung getragen. Das Verfahren wird auch „Altersbereinigung“ genannt, weil Verzerrungen, die durch die Altersstruktur entstehen, beseitigt werden.

Bruttoregionalprodukt: regionale Bruttowertschöpfung, d.h. die in dieser Region produzierten Einheiten im Rahmen der wirtschaftlichen Tätigkeit.

Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen (COPD): umgangssprachlich „Raucherlunge“, meist eine Kombination einer chronischen Bronchitis mit einer Verengung der Bronchien (Obstruktion) und als Folge davon mit einer Überblähung der Lungenbläschen (Emphysem)

Disability adjusted life-years (DALY): behinderungsfreie Lebensjahre

Eheschließungsziffer: Trauungen pro 1.000 EinwohnerInnen

Erkrankungen des respiratorischen Systems: Erkrankungen der Atemwege

Erwerbsquote: Anteil der Beschäftigten an der Bevölkerung

Erwerbspersonen: Berufstätige inkl. Arbeitslose (d.h. Voll- und Teilzeiterwerbstätige, geringfügig Erwerbstätige, Präsenz- und Zivildienstler, Arbeitslose)

Feminisierungsrate: Anzahl der Frauen pro 100 Männer

Fertilitätsrate: Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau

Geburtensziffer: Lebendgeborene pro 100.000 EinwohnerInnen

Hypertonie: Bluthochdruck

Hypercholesterinämie: Erhöhte Konzentration von Cholesterin im Serum

Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen in einem Zeitabschnitt und einer Region, bezogen auf eine Bevölkerung

Ischämische Herzkrankheiten: Erkrankungen des Herzens, die mit einer Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung infolge mangelnder arterieller Blutzufuhr einhergehen

Mammographie: röntgenologische Aufnahme der (weiblichen) Brust mit einer besonderen Technik, insbesondere zur Früherkennung von Brustkrebs

Meta-Analyse: Aggregierte (zusammenführende) Auswertung der Ergebnisse mehrerer Einzeluntersuchungen zum gleichen Thema

Morbidität: Krankheitshäufigkeit (z.B. Anzahl der Erkrankungsfälle in der Bevölkerung)

Mortalität: Sterblichkeit (z.B. Anzahl der Todesfälle in der Bevölkerung)

Nicht-Berufstätige: Personen, die keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen (Pensionisten, Schüler, Studenten, Kinder, Hausfrauen/Hausmänner, Personen mit unbekanntem Lebensunterhalt, sonstige erhaltene Personen)

Opportunistisches Screening: Früherkennungsuntersuchung bei PatientInnen, welche den/die ÄrztIn aufgrund von Beschwerden aufsuchen, welche nicht mit der im Rahmen des Früherkennungsprogramms gesuchten Krankheit in Zusammenhang stehen

Prävalenz: Anteil der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankt sind

Scheidungsrate: Scheidungen pro 1.000 EinwohnerInnen

Sterbeziffer: Sterbefälle pro 100.000 EinwohnerInnen

Vaskuläre Erkrankungen: die Blutgefäße betreffende Erkrankungen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen: Gehirngefäßkrankungen

12. Literaturverzeichnis

1. Ajdacic-Gross, V. & Jeanneret, O. (1996). Suizid. In: F. Gutzwiller & O. Jeanneret (eds.). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. S. 319–330.
2. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung. (2002). *Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2002*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
3. Arber, S. & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*, 48, 61–76.
4. Arber, S. & Ginn, J. (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*, 36/1, 33–46.
5. Association of Public Health Epidemiologists Ontario. (2003). *Calculating potential years of life lost (PYLL)*. Download vom 1. Juni 2003 von http://www.apheo.ca/indicators/pages/resources/pyll_75.html.
6. Babitsch, B. (2001). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung*. In: A. Mielck & K. Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa. S. 83–95.
7. Bardehle, D. & Annuß, R. (1998). Gesundheitsberichterstattung. In: K. Hurrelmann & U. Laaser (eds.). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa. S. 329–357.
8. Bardehle, D. (2001). Die Datenlücke. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 1107–1109.
9. BM für Soziale Sicherheit und Generationen. (o.D.). *Seniorenbericht*.
10. Bonaiuti, D., Shea, B., Iovine, R., Negrini, S., Robinson, V. et al. (2004). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *The Cochrane Library*, 2.
11. Borgers, D. (1994). Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitswissenschaften. *Forum Public Health*, 5, 9–10.
12. Breslow, N. & Day, N. (1980). *Statistical Methods in Cancer Research. Volume I – The Analysis of Case-Control Studies*. Lyon: I.A.R.C.
13. Breslow, N. & Day, N. (1987). *Statistical Methods in Cancer Research. Volume II – The Design and Analysis of Cohort Studies*. Lyon: I.A.R.C.
14. Brückner, G. (1994). Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung. *Public Health Forum*, 5, 7.
15. Buck, R. (2000). Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 441–450.
16. Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg. (2000). *Salzburger Frauengesundheitsbericht 2000. Eine handlungsorientierte Untersuchung*. Salzburg: Ringler.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General*. Download vom 18. Juni 2004 von <http://www.cdc.gov/tobacco>.
18. Centre of Disease Control (CDC). (2004). New Screening Interval Recommendations. Download vom 9. Mai 2004 von <http://www.cdc.gov/cancer/nbcedp/info-cc.htm>
19. Cohn, B., Cirillo, P., Wingard, D., Austin, D. & Rofferes, S. (1997). Gender differences in hospitalizations for IDDM among adolescents in California. *Diabetes Care*, 20/11, 1677–1682.
20. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd J. (eds). (2000) *Health and Health Behaviour among Young People, Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC). International Report. Health Policy for Children and Adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
21. Dangelser, G., Besson, S., Gatina, J. & Blicklé, J. (2003) Amputations among diabetics in Reunion Island. *Diabetes Metabolism*, 29, 628–634.
22. Detels, R., McEwen, J., Beaglehole, R. & Tanaka, H. (eds.). (2004). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press.
23. Dür, W. & Mravlag, K. (2002). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
24. Edwards, R. (2004). ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217–219.
25. Ensom, M. (2000). *Gender differences and menstrual cycle-related changes in specific diseases: implications for pharmacotherapy*. *Pharmacotherapy*, 20/5, 523–539.
26. European Commission. (1997). *The state of women's health in the European Community*. Luxembourg.
27. European Commission. (2003). *Public Health – Tobacco*. Download vom 11. Juni 2004 von http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/tobacco/tobacco_en.htm.
- 27a. European Commission. (2003a). *Health in Europe. Results from 1997–2000 surveys*. Luxembourg: Office for Official Publications of European Community.
28. Europäische Kommission. (2003). Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union. Gesundheitsunterschiede verringern. Download vom 19. September 2003 von http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_de.pdf.
29. Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (2001). *Die extramurale Psychiatrie in der Steiermark. Jahresbericht 2001*.
30. *Fachabteilung für das Gesundheitswesen, Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (2000). Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark*. Graz: Medienfabrik.
31. Fenk, R. (2000). *Teilnahme an der Gesundenuntersuchung: Wissen, Motivation, Einstellungen und subjektiv eingeschätzter Nutzen*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. (= Gesundheitswissenschaften 15).
32. Fichtenberger, C. & Glantz, S. (2001). Effect of smoke-free workplaces in smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 325, 188–195.
33. Fidler, A. (1993). Aufbau, Organisation und Evaluation eines Gesundheitsberichterstattungssystems. *Das Gesundheitswesen*, 55, 348–356.
34. Fitzgerald, J., Anderson, R. & Wayne, K. (1995). Gender differences in diabetes attitudes and adherence. *The Diabetes Educator*, 21/6, 523–529.
35. Forbes, C., Jepson, R. & Martin-Hirsch, P. (2004). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *The Cochrane Library*, 1.
36. Freidl, W. & Gasser-Steiner, P. (2002). *Vorsorgemedizinische Motivationen, Impfeinstellungen und Impfverhalten*. Graz.
37. Freidl, W. & Neuhold, C. (2002a). *Gesundheitsurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte*. Frankfurt: VAS.
38. Gillespie, W., Avenell, A., Henry, D., O'Connell, D. & Robertson, J. (2004). Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and postmenopausal osteoporosis. *The Cochrane Library*, 2.
39. Graham, H. (1987). *Women's smoking and family health*. *Social Science Medicine*. 25/1, 47–56.
40. Green, W. & Potvin, L. (2004). *Education, health promotion, and social and lifestyle determinants of health and disease*. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 114–130.
41. Gutzwiller, F. & Jeanneret, O. (eds.). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
42. Habl, C. (2002). *Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Frauen und Gesundheitseinrichtungen*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
43. Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1, 405–412.
44. Hessel, A., Geyer, M., Plöttner, G., Schmidt, B. & Brähler, E. (1999). *Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektiven Morbidität in Deutschland*. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Psychotherapeutische, Psychosomatische medizinische Psychologie*, 49, 264–274.
45. Hlava, A. (2003). *Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
46. Hoffmann, P. (1997). Das Burnout-Syndrom und seine Folgeerscheinungen beim diplomierten Pflegepersonal. In: A. Grundböck, P. No-

- wak, J. Pelikan (eds.). *Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch. Projekte aus Österreich und Deutschland*. Wien: Fakultas. (= Gesundheitswissenschaften/Gesundheitsförderung 4). S. 176–194.
47. Hochleitner, M. (1999). Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirol. In: S. Groth & E. Rásky (eds.). (1999). *Frauengesundheiten*. Innsbruck, Wien: Studienverlag. S. 45–56.
48. Hochleitner, M. (2002). *Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 1995/2000. Gender Mainstreaming in der Kardiologie – Was ist zu tun?*. In: *BM für soziale Sicherheit und Generationen*. (eds.). *Dokumentation der Enquete zur Frauengesundheit für Österreich*. Wien. S. 17–20.
49. Hong, S., Friedman, J. & Alt, S. (2003). Modifiable risk factors for the primary prevention of heart disease in women. *Journal of the American Medical Women's Association*. 58. 278–284.
50. Hurrelmann, K. & Laaser, U. (eds.). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa.
51. JOANNEUM RESEARCH, Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement und Institut für Angewandte Statistik und Systemanalyse. (2003). *Projektbericht an das BMVIT*.
52. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). (2000). *Consensus Guidelines. Assessment and monitoring of metabolic control*. Download vom 14. Mai 2004 von <http://www.d4pro.com/diabetesguidelines/>.
53. Janda, M., Obermair, A., Haidinger, G., Waldhofer, T. & Vutuc, C. (2000). Austrian women's attitude toward and knowledge of breast self-examination. *Journal for Cancer Education*, 15, 91–94.
54. Jørgensen, K. & Gøtzsche, P. (2004). Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *British Medical Journal*, 328, 1–6.
55. Karter, A., Ferrara, A., Darbinian, J., Ackerson, L. & Selby, J. (2000). Self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*, 23/4, 477–483.
56. Klampfl, M. & Piribauer, F. (1999). *Gesundheits-Mikrozensus 99. Änderungsanforderungen seitens der Fachabteilung für Gesundheitswesen* Graz. Graz.
57. Krieger, N., Chen, J. & Selby J. (1999). Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 612–623.
58. Kytir, J. & Schrittwieser, K. (2003). *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus 2002*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
59. Lagerlund, M., Maxwell, A., Bastani, R., Thurffjell, E., Ekbo, A. & Lambe, M. (2002). Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening – a population-based register study (Sweden). *Cancer, Causes and Control*, 13, 73–82.
60. Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K. & Roos, E. (2002) *Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances*. *Social Science Medicine*, 54, 772–740.
61. Lam, T. & Hedley, A. (2004). *Respiratory disease*. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 1227–1254.
62. Landesregierung Steiermark. (o.D.). Download vom 23. Jänner 2003 von www.politik.steiermark.at.
63. Landesstatistik Steiermark. (2002). *Kleine Steiermark Datei*. Graz: Landesdruckerei.
64. Landesstatistik Steiermark. (2002a). *Regionale Einkommensstatistiken unselbstständig Beschäftigter 2001. Heft 6*. Graz: Landesdruckerei.
65. Landesstatistik Steiermark. (2003a). *Aspekte der Fruchtbarkeit. Heft 1*. Graz: Landesdruckerei.
66. Landesstatistik Steiermark. (2003b). *Natürliche Bevölkerungsbewegung 2001 mit Trendbeobachtungen. Vornamensstatistik 2001. Heft 3*. Graz: Landesdruckerei.
67. Landesstatistik Steiermark. (2003c). *Volkszählung 2001: Steiermark – Ergebnisse 1. Heft 4*. Graz: Landesdruckerei.
68. Laubach, W., Schumacher, J., Mundt, A. & Brähler, E. (2000). Sozial-schicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45, 2–12.
69. Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. (1995). *Austrian Women's Health Profile*. Wien.
70. Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. (1996). *1. Wiener Frauengesundheitsbericht*. Wien: Bohmann.
71. Macran, S., Clarke, L. & Joshi, H. (1996). *Women's health: dimensions and differentials*. *Social Science Medicine*, 42/9, 1203–1216.
72. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. (2001). *Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey*. Wien: AV-Druck.
73. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. (2002). *Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien*. Wien: AV-Druck.
74. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. (2003). *Lebenserwartung und Mortalität in Wien*. Wien: AV-Druck.
75. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. (2003a). *Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich. Internationaler Vergleich*. Wien: AV-Druck.
76. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. (2004). *Chronische Krankheiten in Wien*. Wien: Astoria Druck.
77. Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B. & Ducki, A. (1998). *Geschlecht und Gesundheit*. In: K. Hurrelmann & U. Laaser (eds.). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa. S. 357–371.
78. Maschewsky-Schneider, U., Greiser, E. & Helmert, U. (1988). Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, S. 173–180.
79. Matthews, S., Manor, O. & Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science Medicine*, 48, 49–60.
80. McDonough, P., Walters, V. & Strohschein, L. (2002). Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Social Science and Medicine*, 54, 767–782.
81. McCullagh, P. & Nelder, J. (1989). *Generalized Linear Models*. New York: Chapman and Hall.
82. McKinley, E., Thompson, J., Briefer-French, J., Wilcox, L., Weisman, C. & Andrews, W. (2001). Performance indicators in women's health: incorporating women's health in the health plan employer data and information set (HEDIS). *Women's Health Issues*, 12/1, 46–58.
83. Melhus, H., Michaelsson, K., Kinidmark, A., Berstrom, R., Holmberg, L., Mallmin, H. et al. (1998). Excessive dietary intake of vitamin A is associated with reduced bone mineral density and increased risk for hip fracture. *Annals of Internal Medicine*, 129/10, 770–778.
84. Middleton, J., Binysh, K., Chishty, V. & Pollock, G. (1991). *Write the annual report of the director of public health*. *British Medical Journal*, 302, 521–524.
85. Mielck, A., Bloomfield, K. (eds.). (2001). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa.
86. Miller, B. & Goel, V. (2004). Screening. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka. (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 1823–1837.
87. Moser, K., Pugh, H., Goldblatt, P. (1988). Inequalities in women's health: looking at mortality differentials using an alternative approach. *British Medical Journal*, 296, 1221–1224.
88. Mühlhauser, I. & Höldke, B. (2002). Information zum Mammographiescreening vom Trugschluß zur Ent-täuschung. *Radiologe*, 42, 299–304.
89. Muntaner, C., Sorlie, P., O'Campo, P., Johnson, N. & Backlund, E. (2001). Occupational hierarchy, economic sector, and mortality from cardiovascular disease among men and women: findings from the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, 11, 194–201.
90. Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion. Foundations for practice*. Edinburgh et al: Bailliere Tindall.

91. Noack, H. & Reis-Klingspiegl, K. (1999). *Altern als Herausforderung. Gesundheit macht alt*. Graz: Leykam. (=Arbeitsgemeinschaft für Sozialplanung und Sozialforschung 7).
92. Olsen, J. (2004). Disease prevention and control of communicable disease. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka. (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. S. 1811-1822.
93. Olsen, O. & Götzsche, P. (2003). Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Library*, 4.
94. Pearce, N., Douwes, J. & Beasley, R. (2004). Asthma. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole & H. Tanaka. (eds.). *Oxford textbook of public health*. (4th ed). Oxford: University Press. 1255-1279.
95. Peto, R. & Lopez, A. (2000). The future worldwide health effects of current smoking patterns. In: C. Koop, C. Pearson & M. Schwarz. (eds.). *Global Health in the 21st Century*. New York.
96. Pochobradsky, E. & Habl, C. (1999). *Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen. Expertise*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
97. Preschern, M. (2001). *Mammographie-Screening*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
98. Prescott, E., Osler, M., Ole Hein, H., Borch-Johnsen, K., Lange, P., Schnohr, P. et al. (1998). Mortality in women and men in relation to smoking. *International Journal of Epidemiology*, 27, 27-32.
99. Puska, P. (2002). *Successful prevention of non-communicable diseases: 25 years experiences with North Karelia Project in Finland*. *Public Health Medicine*, 4/1, 5-7.
100. Rásky, E. (1998). *Frauen und Mädchen Gesundheitsbericht. Graz und Steiermark*. Graz: Institut für Sozialmedizin.
101. Rásky, E. (2004). Mammographie Screening in Österreich basierend auf „wissenschaftlicher“ (?) Beratung. *HTA-Newsletter*, 24, 1.
102. Rásky, E. (2001). *Die Datenlage zur Gesundheit in Österreich*. In: E. Rásky & W. Freidl (eds.). *Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. (=Gesundheitswissenschaften 18). S. 8-92.
103. Regidor, E., Gutierrez-Fisac, J., Dominguez, V., Calle, M. & Navarro, P. (2002). Comparing social inequalities in health in Spain : 1987 and 1995/97. *Social Science and Medicine*, 54, 1323-1332.
104. Röckl-Wiedmann, I., Meyer, N., Fischer, R., Laubereau, B., Weitkunat, R. & Uberla, K. (2002). *The use of medical services and the utilization rate in screening programs in relation to social class: results of a representative survey in Bavaria*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47/5, 307-17.
105. Schlattmann, P. (2000). *Bösartige Neubildungen*. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 451-457.
106. Schleicher, B. & Hlava, A. (2003). *Arbeitsbetroffene Frauen in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
107. Schüler, G., Levi, F. (1996). *Krebserkrankungen*. In: F. Gutzwiller & O. Jeanneret (eds.). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. S. 299-311.
108. Schwartz, F., Siegrist, J. & Troschke, J. (2000). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 8-32.
109. Schwartz, F., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (eds.). (2000). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer.
110. Segnan, N. (1997). Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Scientific Publications*, 138, 369-376.
111. Siahpush, M. & Singh, G. (2002). Sociodemographic variations in breast cancer screening behaviour among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Preventive Medicine*, 35, 174-180.
112. Siegrist, J. & Möller-Leimkühler, A. (2000). *Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit*. In: F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (eds.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer. S. 94-107.
113. Statistik Austria. (2002a). *Geschlechtsspezifische Disparitäten*. Wien: Weitzer.
114. Statistik Austria. (2002b). *Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1999*. Wien: Verlag Österreich.
115. Statistik Austria. (2002c). *Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*. Wien: Verlag Österreich.
116. Statistik Austria. (2003). *Statistisches Jahrbuch 2001*. Wien: Verlag Österreich.
117. Statistische Bundesamt. (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Download vom 17. Mai 2004 von <http://www.gbe-bund.de>
118. Stolpe, S. (2001). Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: A. Mielck, K. Bloomfield (eds.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Juventa. S. 17-27.
119. Trautner, C., Haastert, B., Spraul, M., Giani, G. & Berger, M. (2001). Unchanged incidence of lower-limb amputations in a German city, 1990-1998. *Diabetes Care*, 24/5, 855-859.
120. Trautner, C., Haastert, B., Giani, G. & Berger, M. (2002). *Amputations and diabetes: a case-control study*. *Diabetic Medicine*, 19, 35-40.
121. Tutz, G. (2000). *Die Analyse kategorialer Daten*. München: Oldenbourg.
122. Ulmer, H., Deibl, M., Jäkel, H. & Pfeiffer, K. (2001). The Innsbruck women's health study 1999: health status and behaviour. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 259-267.
123. US Preventive Task Force (USPTF). (2002). *Screening for breast cancer: recommendations and rationale*. Download vom 24. Mai 2004 von http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3419&string=breast+and+cancer
124. US Preventive Task Force (USPTF). (2003). *Cervical Cancer Screening*. Download vom 9. Mai 2004 von <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstfcerv.htm>
125. US Preventive Task Force (USPTF). (2003). *Screening for high blood pressure: recommendations and rationale*. Download vom 18. Mai 2004 von http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3853&string=3068.
126. US Preventive Task Force (USPTF). (2001). *Screening for lipid disorders in adults: recommendations and rationale*. Download vom 18. Mai 2004 von http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=2661&string=cholesterol.
127. Wamala, S. & Agren, G. (2002). Gender inequity and public health. Getting down to real issues. *European Journal of Public Health*, 12, 163-165.
128. WHO. (1986). *Ottawa Charta for health promotion*.
129. WHO. (1999). *Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen. (=Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ 5).
130. WHO. (2001). *Strategic action plan for the health of women in Europe. Kopenhagen*.
131. WHO. (2003a). *Cytology screening*. Download vom 8. April 2004 von <http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/print.htm>
132. WHO. (2003b). *GWH Guidelines on gender-relevant indicators in health research*. Download vom 4. Mai 2004 von www.who.int/entity/gender/en/indicintro220803.pdf.
133. WHO. (2003c). *Screening for breast cancer*. Download vom 8. April 2004 von <http://www.who.int/cancer/detection/breast-cancer/en/>.
134. WHO. (2003d). *Atlas of Health in Europe. Kopenhagen*.
135. WHO. (2002a). *Active Aging. A policy framework*. Download vom 23. September 2003 von <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>.
136. WHO. (2002b). *The European Health Report. Copenhagen*. (= WHO Regional Publications, European Series 97)
137. Wildner, M., Zapf, A. & Kuhn, J. (2004). Grundzüge einer Bayrischen Gesundheitsberichterstattung (GBE). *Gesundheitswesen*, 66/1, 3-7.
138. Wilkinson, R. (2001). *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer.

Tabellenteil

13. Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1.1: Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht, 1991 und 2001	62
Tabelle 4.1.2: Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht und Alter, 2001 und 1991	62
Tabelle 4.1.3: Feminisierungsrate (Frauen per 100 Männer) nach Alter, 1991 und 2001	62
Tabelle 4.2.1: Gestorbene je 1.000 EinwohnerInnen in der Steiermark nach Geschlecht, 1991-2002	63
Tabelle 4.2.2: Bevölkerungswachstum nach Geschlecht, 1991-2002	63
Tabelle 4.3.1: Geburten in der Steiermark nach Geschlecht, 1991-2002	64
Tabelle 4.3.2: Allgemeine Fertilitätsziffer nach Ausbildung, 1991 und 2001	64
Tabelle 4.3.3: Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau, 1991-2002	64
Tabelle 4.3.4: Gesamtfertilitätsziffer (Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau) nach Stadt Graz – Land, 1998-2002	64
Tabelle 4.4.1: Heiratsziffer (Zahl der Eheschließungen per 1.000 EinwohnerInnen) nach Geschlecht, 1991-2001	64
Tabelle 4.4.2: Durchschnittliches Heiratsalter bei der 1. Eheschließung nach Geschlecht, 1991-2002	65
Tabelle 4.4.3: Scheidungsraten (Zahl der Ehescheidungen per 1.000 EinwohnerInnen) nach Geschlecht, 1991-2002	65
Tabelle 4.4.4: Anteil der Alleinerzieherinnen an der Gesamtanzahl der Familien, 1991	65
Tabelle 4.4.4/Fortsetzung: Anteil der Alleinerzieherinnen an der Gesamtanzahl der Familien, 2001	66
Tabelle 4.4.5: Verteilung der Kinderzahl nach Familientyp, 2001	66
Tabelle 4.5.1: Anzahl und Verteilung der Kinderbetreuungsstätten nach Art der Einrichtung und dem Erhalter in der Steiermark und in Österreich, 2002/2003	67
Tabelle 4.5.2: Anzahl und Verteilung der Kinderbetreuungseinrichtungen nach Öffnungszeiten in der Steiermark und in Österreich, 2002	68
Tabelle 5.1.1: Bevölkerungsverteilung nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und nach Geschlecht, 1991 und 2001	69
Tabelle 5.1.2: Verteilung der Frauen nach abgeschlossener Ausbildung und Alter, 2001	69
Tabelle 5.1.3: Frauen pro 1.000 Männer in den verschiedenen Bildungsstufen nach Alter, 1991 und 2001	69
Tabelle 5.2.1: Erwerbsquote (Anteil der Beschäftigten insgesamt an der Bevölkerung), 2001	69
Tabelle 5.2.2: Frauenanteil an den Erwerbstätigen nach Alter und Bildung, 1991 und 2001	70
Tabelle 5.2.3: Anzahl, % Verteilung und Feminisierungsrate im Gesundheitswesen nach verschiedenen Berufsgruppen in der Steiermark und in Österreich, 2001	70
Tabelle 5.3.1: Frauenanteil an den Nicht-Berufstätigen nach Alter und Bildung, 1991 und 2001	71
Tabelle 5.4.1: Einkommen der Frauen als Anteil am männlichen Einkommen, 1996-2001	71
Tabelle 5.4.2: Frauenanteil an den PensionsbezieherInnen in der Steiermark nach Alter, 1991 und 2001	71
Tabelle 5.4.3: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen des Landes Steiermark nach Geschlecht und Pflegestufe, 2002	71
Tabelle 5.4.4: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen des Bundes nach Geschlecht und Pflegestufe, 2002	72
Tabelle 5.5.1: Landtagsmandatäre nach Geschlecht und Partei, Jänner 2004	72
Tabelle 6.1.1: Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht, 1991-2002	72
Tabelle 6.1.2: Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich und Europa, 2000	72
Tabelle 6.1.3: Anzahl der verlorenen Lebensjahre vor dem 65. Lebensjahr, 2002	72
Tabelle 6.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Suizid (ICD 9: E950-E959) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	73
Tabelle 6.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Suizid (ICD 9: E950-E959) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	73
Tabelle 6.3.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	73
Tabelle 6.3.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	74
Tabelle 6.3.1.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	74
Tabelle 6.3.1.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	74
Tabelle 6.3.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von zerebrovasikulären Erkrankungen (ICD 9: VII, 430-438) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	75
Tabelle 6.3.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von zerebrovasikulären Erkrankungen (ICD 9: VII, 430-438) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	75
Tabelle 6.4.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: VIII, 460-519) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	75
Tabelle 6.4.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: VIII, 460-519) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	76
Tabelle 6.5.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520-579) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	76
Tabelle 6.5.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520-579) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	76
Tabelle 6.5.3: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520-579) je 100.000 EinwohnerInnen, Vgl. Wien, Steiermark, Österreich, Europa, 1996-2002	77
Tabelle 6.6.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	77
Tabelle 6.6.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	77
Tabelle 6.6.1.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	78
Tabelle 6.6.1.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	78
Tabelle 6.6.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Dickdarms und des Rektums (ICD 9: II, 153, 154) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	78
Tabelle 6.6.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Dickdarms und des Rektums (ICD 9: II, 153, 154) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	79
Tabelle 6.6.3.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	79

Tabelle 6.6.3.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	79	Tabelle 7.7.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Diabetes (Typ I und II) (ICD 9: III, 25) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	88
Tabelle 6.6.4.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Brustdrüse (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	80	Tabelle 7.7.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Diabetes (Typ I und II) (ICD 9: III, 25) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	88
Tabelle 6.6.4.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Brustdrüse (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	80	Tabelle 7.9.1: % Anteil der durchgeführten Untersuchungen nach Geschlecht, 1998-2003	89
Tabelle 6.7.1: Altersstandardisierte Todesraten nach Haupttodesursachen in der Steiermark je 100.000 EinwohnerInnen, 2002	80	Tabelle 7.9.2.1: % Anteil jener Personen, die angeben Selbstkontrollen durchzuführen, nach Geschlecht, 1998-2003	89
Tabelle 6.7.2: Verteilung der Sterblichkeit nach Geschlecht in der Steiermark, 2001	81	Tabelle 7.9.2.2: Durchschnittliche Messungen pro Woche, nach Geschlecht, 1998-2003	89
Tabelle 7.1.1.: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht, 1999	81	Tabelle 8.1.1.1: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Geschlecht und Zeitpunkt, 1999	89
Tabelle 7.1.2.: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter, 1999	82	Tabelle 8.1.1.2: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Alter und Zeitpunkt, 1999	89
Tabelle 7.2.1: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	83	Tabelle 8.1.1.3: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Bildung und Zeitpunkt, 1999	90
Tabelle 7.2.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	83	Tabelle 8.1.2.1: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Geschlecht und Zeitpunkt, 1999	90
Tabelle 7.2.1.1: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und Lunge (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	83	Tabelle 8.1.2.2: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Alter und Zeitpunkt, 1999	90
Tabelle 7.2.1.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und Lunge (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	84	Tabelle 8.1.2.3: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Bildung und Zeitpunkt, 1999	91
Tabelle 7.2.2.1: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	84	Tabelle 8.2.1.1: Inanspruchnahme der Mammographie nach Alter, 2000	91
Tabelle 7.2.2.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	84	Tabelle 8.2.1.2: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter, 2000	91
Tabelle 7.2.3.1: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Brust (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	85	Tabelle 8.2.1.3: Inanspruchnahme der Mammographie nach Alter und Zeitpunkt, 2000	92
Tabelle 7.2.3.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Brust (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	85	Tabelle 8.2.1.4: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000	91
Tabelle 7.3.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	85	Tabelle 8.2.1.5: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung, 2000	92
Tabelle 7.3.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	86	Tabelle 8.2.1.6: Inanspruchnahme der Brustuntersuchung nach Bildung, 2000	92
Tabelle 7.4.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD 9: XIII) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	86	Tabelle 8.2.1.7: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000	92
Tabelle 7.4.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD 9: XIII) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	86	Tabelle 8.2.1.8: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bezirk und Versorgungsort, 2000	93
Tabelle 7.5.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Schenkelhalsbruch (ICD 9: XVII, 820) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	87	Tabelle 8.2.1.8/Fortsetzung: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bezirk und Versorgungsort, 2000	94
Tabelle 7.5.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Schenkelhalsbruch (ICD 9: XVII, 820) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	87	Tabelle 8.2.1.9: Inanspruchnahme der Mammographie nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000	95
Tabelle 7.6.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des respiratorischen Systems (ICD 9: VIII, 490-496) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002	87	Tabelle 8.2.1.10: Inanspruchnahme der Brustuntersuchung nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000	95
Tabelle 7.6.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des respiratorischen Systems (ICD 9: VIII, 490-496) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002	88	Tabelle 8.2.2.1: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Bildung, 2000	95
		Tabelle 8.2.2.2: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter, 2000	95
		Tabelle 8.2.2.3: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter, 2000	95
		Tabelle 8.2.2.4: Ergebnis der ordinalen Regression der Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter, 2000	96
		Tabelle 8.2.2.5: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter und Zeitpunkt, 2000	96
		Tabelle 8.2.2.6: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000	96
		Tabelle 8.2.2.7: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000	96
		Tabelle 8.2.2.8: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000	96

Tabelle 4.1.1: Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht, 1991 und 2001

	1991						2001					
	Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Graz	110.568	46,50%	127.242	53,50%	237.810	100,00%	106.228	47,00%	120.016	53,00%	226.244	100,00%
Restliche Steiermark	462.564	48,80%	484.346	51,20%	946.910	100,00%	468.204	48,90%	488.855	51,10%	957.059	100,00%
Steiermark gesamt	573.132	48,40%	611.588	51,60%	1.184.720	100,00%	574.432	48,50%	608.871	51,50%	1.183.303	100,00%

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungsergebnisse 1991 und 2001
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.1.2: Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht und Alter, 2001 und 1991

Alter	1991			2001		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
unter 15	18,6%	16,6%	17,5%	17,1%	15,3%	16,2%
15 bis 24	16,2%	14,2%	15,1%	12,8%	11,5%	12,2%
25 bis 34	18,0%	15,8%	16,8%	15,6%	14,0%	14,8%
35 bis 44	13,7%	12,6%	13,1%	17,2%	15,6%	16,4%
45 bis 54	12,1%	11,6%	11,8%	13,1%	12,5%	12,7%
55 bis 64	10,2%	10,5%	10,4%	11,1%	11,2%	11,1%
65 bis 74	6,8%	10,4%	8,7%	8,1%	9,6%	8,9%
75 bis 84	3,7%	6,7%	5,3%	4,1%	7,7%	5,9%
85 u. älter	0,7%	1,7%	1,2%	1,0%	2,5%	1,8%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungsergebnisse 1991 und 2001
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.1.3: Feminisierungsrates (Frauen per 100 Männer) nach Alter, 1991 und 2001

Altersgruppen	Frauen pro 100 Männer		1991			2001		
	1991	2001	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
<15	95	95	106.517	101.222	207.739	98.386	93.329	191.715
15-24	94	95	92.612	86.596	179.208	73.609	70.224	143.833
25-34	94	95	102.896	96.406	199.302	89.581	85.461	175.042
35-44	98	96	78.570	76.880	155.450	98.742	95.281	194.023
45-54	102	101	69.533	70.728	140.261	75.031	75.826	150.857
55-64	110	108	58.399	64.394	122.793	63.529	68.300	131.829
65-74	162	125	39.157	63.565	102.722	46.699	58.206	104.905
75-84	193	201	21.357	41.200	62.557	23.361	46.981	70.342
>=85	259	278	4.091	10.597	14.688	5.494	15.263	20.757
Gesamt	107	106	573.132	611.588	1.184.720	574.432	608.871	1.183.303

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungsergebnisse 1991 und 2001
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2.1: Gestorbene je 1.000 EinwohnerInnen in der Steiermark nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Gestorbene			Sterbeziffer (= Gestorbene je 1.000 EinwohnerInnen)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1991	12.623	6.083	6.540	10,75	10,74	10,75
1992	12.490	5.844	6.646	10,58	10,24	10,88
1993	12.429	5.984	6.445	10,48	10,44	10,53
1994	12.033	5.872	6.161	10,14	10,23	10,07
1995	12.057	5.773	6.284	10,17	10,05	10,27
1996	12.066	5.821	6.245	10,18	10,14	10,22
1997	12.111	5.863	6.248	10,23	10,21	10,24
1998	11.820	5.586	6.234	9,99	9,73	10,22
1999	11.837	5.661	6.176	10,00	9,87	10,14
2000	11.599	5.498	6.101	9,81	9,58	10,02
2001	11.366	5.406	5.960	9,61	9,42	9,79
2002*	11.507	5.471	6.036	9,72	9,52	9,92

Quelle: Statistik Austria, Demographische Indikatoren 1961-2002 für Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 *2002 vorläufige EinwohnerInnenzahlen

Tabelle 4.2.2: Bevölkerungswachstum nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Geburtenbilanzziffer (=Geburtensziffer minus Sterbeziffer)			Geburtensziffer			Sterbeziffer		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1991	0,96	1,7	0,27	11,71	12,44	11,02	10,75	10,74	10,75
1992	1,02	2,33	-0,19	11,6	12,57	10,69	10,58	10,24	10,88
1993	0,79	1,59	0,03	11,27	12,03	10,56	10,48	10,44	10,53
1994	0,77	1,27	0,29	10,91	11,5	10,36	10,14	10,23	10,07
1995	0,14	1,08	-0,73	10,31	11,13	9,54	10,17	10,05	10,27
1996	0,3	1,07	-0,42	10,48	11,21	9,8	10,18	10,14	10,22
1997	-0,33	0,18	-0,8	9,9	10,39	9,44	10,23	10,21	10,24
1998	-0,56	0,12	-1,17	9,43	9,85	9,05	9,99	9,73	10,22
1999	-0,9	-0,19	-1,59	9,1	9,68	8,55	10	9,87	10,14
2000	-0,78	-0,1	-1,43	9,03	9,48	8,59	9,81	9,58	10,02
2001	-1,14	-0,45	-1,8	8,47	8,97	7,99	9,61	9,42	9,79
2002*	-0,88	-0,14	-1,59	8,84	9,38	8,33	9,72	9,52	9,92

Quelle: Statistik Austria, Demographische Indikatoren 1961-2002 für Steiermark
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark
 *2002 vorläufige EinwohnerInnenzahlen

Tabelle 4.3.1: Geburten in der Steiermark nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Lebendgeborene			Geburtenziffer (= Lebendgeborene je 1.000 EinwohnerInnen)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1991	13.750	7.045	6.705	11,71	12,44	11,02
1992	13.702	7.172	6.530	11,60	12,57	10,69
1993	13.361	6.897	6.464	11,27	12,03	10,56
1994	12.945	6.603	6.342	10,91	11,50	10,36
1995	12.226	6.391	5.835	10,31	11,13	9,54
1996	12.424	6.436	5.988	10,48	11,21	9,80
1997	11.721	5.962	5.759	9,90	10,39	9,44
1998	11.168	5.652	5.516	9,43	9,85	9,05
1999	10.765	5.553	5.212	9,10	9,68	8,55
2000	10.675	5.442	5.233	9,03	9,48	8,59
2001	10.014	5.148	4.866	8,47	8,97	7,99
2002*	10.462	5.392	5.070	8,84	9,38	8,33

Quelle: Statistik Austria, Demographische Indikatoren 1961-2002 für Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

* 2002 vorläufige EinwohnerInnenzahlen

Tabelle 4.3.2: Allgemeine Fertilitätsziffer nach Ausbildung, 1991 und 2001

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Fertilitätsziffer	
	1991	2001
Universität	71,37	45,24
Matura	43,93	37,93
Fachschule	51,89	33,05
Lehre	74,74	57,17
Pflichtschule	34,79	23,55
Gesamt	52,91	39,9

Quelle: Statistik Austria, Volkszählungsergebnisse 1991 und 2001, Natürliche Bevölkerungsbewegung - Arbeitstabellen Steiermark 1991 und 2001

Tabelle 4.3.3: Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau, 1991-2002

Jahr	Gesamtfertilitätsrate
1991	1,47
1992	1,46
1993	1,44
1994	1,41
1995	1,35
1996	1,40
1997	1,35
1998	1,31
1999	1,29
2000	1,30
2001	1,23
2002*	1,30

* vorläufiger Wert

Quelle: Statistik Austria, Demografische Indikatoren für Steiermark

Tabelle 4.3.4: Gesamtfertilitätsziffer (Durchschnittsanzahl der Kinder pro Frau) nach Stadt Graz - Land, 1998-2002

Jahr	Gesamtfertilitätsrate		
	Steiermark gesamt	Graz	Restliche Steiermark
1998	1,31	1,26	1,32
1999	1,29	1,29	1,29
2000	1,30	1,29	1,31
2001	1,23	1,21	1,25
2002	1,30	1,29	1,31

Quelle: Statistik Austria - Natürliche Bevölkerungsbewegung Steiermark; Berechnung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.1: Heiratsziffer (Zahl der Eheschließungen per 1.000 EinwohnerInnen) nach Geschlecht, 1991-2001

Jahr	Heiratsziffer		
	Gesamt	Männer	Frauen
1991	5,10	10,60	9,90
1992	5,30	10,90	10,20
1993	5,10	10,50	9,80
1994	5,10	10,50	9,80
1995	5,10	10,60	9,90
1996	5,20	10,70	10,00
1997	5,10	10,60	10,00
1998	4,70	9,70	9,10
1999	4,70	9,60	9,00
2000	4,60	9,50	9,00
2001	4,10	8,40	7,90
2002	4,20	8,80	8,30

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.2: Durchschnittliches Heiratsalter bei der 1. Eheschließung nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Frauen	Männer
1991	24,60	27,00
1992	25,00	27,30
1993	25,20	27,70
1994	25,60	27,90
1995	26,00	28,30
1996	26,30	28,70
1997	26,70	29,00
1998	26,80	29,30
1999	27,30	29,80
2000	27,40	30,00
2001	27,60	30,30
2002	27,70	30,20

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.3: Scheidungsraten (Zahl der Ehescheidungen per 1.000 EinwohnerInnen) nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Scheidungsrate		
	Gesamt	Männer	Frauen
1991	1,70	3,60	3,30
1992	1,80	3,70	3,40
1993	1,80	3,80	3,50
1994	1,80	3,80	3,60
1995	2,00	4,10	3,80
1996	2,10	4,30	4,10
1997	2,10	4,30	4,10
1998	2,00	4,20	4,00
1999	2,10	4,30	4,10
2000	2,20	4,50	4,20
2001	2,30	4,70	4,40
2002	2,30	4,70	4,50

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.4.4: Anteil der Alleinerzieherinnen an der Gesamtanzahl der Familien, 1991

1991												
Familientyp	Gesamt	Kinder insgesamt										
		%	Keine	%	1	%	2	%	3	%	4 +	%
Ehepaar	250.394	77,30%	85.286	88,00%	69.179	88,00%	66.101	82,50%	21.482	85,80%	8.346	86,80%
Lebensgemeinschaft	20.309	6,30%	11.665	12,00%	5.599	12,00%	2.187	2,70%	612	2,40%	246	2,60%
Alleinerziehender Vater	7.173	2,20%	0	0,00%	4.829	0,00%	1.698	2,10%	480	1,90%	166	1,70%
Alleinerziehende Mutter	45.940	14,20%	0	0,00%	32.453	0,00%	10.177	12,70%	2.452	9,80%	858	8,90%
Gesamt	323.816	100,00%	96.951	100,00%	112.060	100,00%	80.163	100,00%	25.026	100,00%	9.616	100,00%
Kinder unter 15 Jahren												
Familientyp	Gesamt	Kinder unter 15 Jahren										
		%	Keine	%	1	%	2	%	3	%	4 +	%
Ehepaar	250.394	77,30%	151.532	78,40%	48.078	67,30%	39.388	85,20%	9.173	88,20%	2.223	89,10%
Lebensgemeinschaft	20.309	6,30%	13.857	7,20%	4.606	6,40%	1.446	3,10%	311	3,00%	89	3,60%
Alleinerziehender Vater	7.173	2,20%	4.798	2,50%	1.606	2,20%	619	1,30%	131	1,30%	19	0,80%
Alleinerziehende Mutter	45.940	14,20%	23.050	11,90%	17.181	24,00%	4.753	10,30%	791	7,60%	165	6,60%
Gesamt	323.816	100,00%	193.237	100,00%	71.471	100,00%	46.206	100,00%	10.406	100,00%	2.496	100,00%

Tabelle 4.4.4/Fortsetzung: Anteil der Alleinerzieherinnen an der Gesamtanzahl der Familien, 2001

2001												
Familientyp	Gesamt	Kinder insgesamt										
		%	Keine	%	1	%	2	%	3	%	4 +	%
Ehepaar	241.162	73,00%	93.487	83,90%	62.790	56,20%	62.507	77,80%	17.433	82,80%	4.945	83,70%
Lebensgemeinschaft	36.595	11,10%	17.960	16,10%	11.454	10,20%	5.771	7,20%	1.121	5,30%	289	4,90%
Alleinerziehender Vater	7.131	2,20%	0	0,00%	5.293	4,70%	1.481	1,80%	279	1,30%	78	1,30%
Alleinerziehende Mutter	45.572	13,80%	0	0,00%	32.220	28,80%	10.547	13,10%	2.209	10,50%	596	10,10%
Gesamt	330.460	100,00%	111.447	100,00%	111.757	100,00%	80.306	100,00%	21.042	100,00%	5.908	100,00%
Kinder unter 15 Jahren												
Familientyp	Gesamt	Kinder unter 15 Jahren										
		%	Keine	%	1	%	2	%	3	%	4 +	%
Ehepaar	241.162	73,00%	158.425	75,80%	39.945	59,90%	33.836	77,20%	7.392	82,30%	1.564	82,50%
Lebensgemeinschaft	36.595	11,10%	21.003	10,00%	10.187	15,30%	4.565	10,40%	702	7,80%	138	7,30%
Alleinerziehender Vater	7.131	2,20%	5.354	2,60%	1.306	2,00%	392	0,90%	67	0,70%	12	0,60%
Alleinerziehende Mutter	45.572	13,80%	24.308	11,60%	15.226	22,80%	5.034	11,50%	823	9,20%	181	9,60%
Gesamt	330.460	100,00%	209.090	100,00%	66.664	100,00%	43.827	100,00%	8.984	100,00%	1.895	100,00%

Tabelle 4.4.5: Verteilung der Kinderzahl nach Familientyp, 2001

Familientyp	Fam. gesamt	Kinder insgesamt					
		Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4+	Gesamt
Ehepaar	73,00%	38,80%	26,00%	25,90%	7,20%	2,10%	100,00%
Lebensgemeinschaft	11,10%	49,10%	31,30%	15,80%	3,10%	0,80%	100,00%
Alleinerziehender Vater	2,20%	0,00%	74,20%	20,80%	3,90%	1,10%	100,00%
Alleinerziehende Mutter	13,80%	0,00%	70,70%	23,10%	4,80%	1,30%	100,00%
Gesamt	100,00%	33,70%	33,80%	24,30%	6,40%	1,80%	100,00%
Kinder unter 15 Jahren							
Familientyp	Fam. gesamt	Kinder unter 15 Jahren					
		Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4+	Gesamt
Ehepaar	73,00%	65,70%	16,60%	14,00%	3,10%	0,60%	100,00%
Lebensgemeinschaft	11,10%	57,40%	27,80%	12,50%	1,90%	0,40%	100,00%
Alleinerziehender Vater	2,20%	75,10%	18,30%	5,50%	0,90%	0,20%	100,00%
Alleinerziehende Mutter	13,80%	53,30%	33,40%	11,00%	1,80%	0,40%	100,00%
Gesamt	100,00%	63,30%	20,20%	13,30%	2,70%	0,60%	100,00%

Quelle: Statistik Austria

Bearbeitung: Eigene Berechnungen

Tabelle 4.5.1: Anzahl und Verteilung der Kinderbetreuungsstätten nach Art der Einrichtung und dem Erhalter in der Steiermark und in Österreich, 2002/2003

	Insgesamt	Öffentlich	Privat	Öffentlich			Privat					
				Bund	Land	Gemeinde bzw. Stadt	Betrieb	Verein	Kathol. Relig.-Gemeinschaft	Evang. Religionsgemeinschaft	Privatperson	Sonstige Erhalter
Stmk.: Krippen	72	30	42	1	-	29	2	34	-	-	6	-
<i>Prozent</i>	100,00%	41,67%	58,33%	1,39%	-	40,28%	2,78%	47,22%	-	-	8,33%	-
Vgl. Österreich	707	327	380	4	2	321	15	253	34	2	55	21
<i>Prozent</i>	100,00%	46,25%	53,75%	0,57%	0,28%	45,40%	2,12%	35,79%	4,81%	0,28%	7,78%	2,97%
Stmk.: Kindergärten	790	535	255	7	4	524	5	142	93	3	12	-
<i>Prozent</i>	100,00%	67,72%	32,28%	0,89%	0,51%	66,33%	0,63%	17,97%	11,77%	0,38%	1,52%	-
Vgl. Österreich	4657	3445	1212	21	14	3410	18	447	609	23	100	15
<i>Prozent</i>	100,00%	73,97%	26,03%	0,45%	0,30%	73,22%	0,39%	9,60%	13,08%	0,49%	2,15%	0,32%
Stmk.: Horte	70	50	20	2	1	47	-	16	4	-	-	-
<i>Prozent</i>	100,00%	71,43%	28,57%	2,86%	1,43%	67,14%	-	22,86%	5,71%	-	-	-
Vgl. Österreich	944	537	407	8	4	525	4	242	114	6	28	13
<i>Prozent</i>	100,00%	56,89%	43,11%	0,85%	0,42%	55,61%	0,42%	25,64%	12,08%	0,64%	2,97%	1,38%
Stmk.: altersgemischte Kinderbetreuungseinrichtungen	26	8	18	-	-	8	-	18	-	-	-	-
<i>Prozent</i>	100,00%	30,77%	69,23%	-	-	30,77%	-	69,23%	-	-	-	-
Vgl. Österreich	250	81	169	1	3	77	6	133	10	-	15	5
<i>Prozent</i>	100,00%	32,40%	67,60%	0,40%	1,20%	30,80%	2,40%	53,20%	4,00%	-	6,00%	2,00%
Stmk.: Kindertagesheime insgesamt	958	623	335	10	5	608	7	210	97	3	18	-
<i>Prozent</i>	100,00%	65,03%	34,97%	1,04%	0,52%	63,47%	0,73%	21,92%	10,13%	0,31%	1,88%	-
Vgl. Österreich	6560	4390	2170	34	23	4333	43	1077	767	31	198	54
<i>Prozent</i>	100,00%	66,92%	33,08%	0,52%	0,35%	66,05%	0,66%	16,42%	11,69%	0,47%	3,02%	0,82%

Quelle: Statistik Austria, Krippen, Kindergärten und Horte (Kindertagesheime), 2002/2003, S. 113-117.
 Bearbeitung: Eigene Berechnung.

Tabelle 4.5.2: Anzahl und Verteilung der Kinderbetreuungseinrichtungen nach Öffnungszeiten in der Steiermark und in Österreich, 2002

	Ge- sam	Ganzjährig geöffnet			Saisonmäßig geöffnet			Geöffnet an ... Wochentagen					
		Ganztags ohne Unter- brechung	Ganztags mit Unter- brechung	Halbtags	Ganztags ohne Unter- brechung	Ganztags mit Unter- brechung	Halb- tags	1	2	3	4	5	6+7
Stmk.: Krippen - gesamt	72	36	1	14	16	-	5	-	-	-	-	72	
Prozent		50,00%	1,39%	19,44%	22,22%	-	6,94%	-	-	-	-	100,00%	
Vgl. Österreich	707	654	5	27	16	-	5	-	-	-	-	703	4
Prozent		92,50%	0,71%	3,82%	2,26%	-	0,71%	-	-	-	-	99,43%	0,57%
Stmk.: Krippen - öff.	30	18	1	6	3	-	2	-	-	-	-	30	
Prozent		60,00%	3,33%	20,00%	10,00%	-	6,67%	-	-	-	-	100,00%	0,00%
Vgl. Österreich	327	308	3	11	3	-	2	-	-	-	-	327	
Prozent		94,19%	0,92%	3,36%	0,92%	-	0,61%	-	-	-	-	100,00%	0,00%
Stmk.: Kindergärten gesamt	790	182	17	486	73	8	24	-	-	-	-	790	
Prozent		23,04%	2,15%	61,52%	9,24%	1,01%	3,04%	-	-	-	-	100,00%	0,00%
Vgl. Österreich	4657	2656	870	1012	85	8	26	-	-	1	3	4644	9
Prozent		57,03%	18,68%	21,73%	1,83%	0,17%	0,56%	-	-	0,02%	0,06%	99,72%	0,19%
Stmk.: Kindergärten - öff.	535	105	9	379	25	2	15	-	-	-	-	535	
Prozent		19,63%	1,68%	70,84%	4,67%	0,37%	2,80%	-	-	-	-	100,00%	0,00%
Vgl. Österreich	3445	1802	799	791	34	2	17	-	-	1	3	3437	4
Prozent		52,31%	23,19%	22,96%	0,99%	0,06%	0,49%	-	-	0,03%	0,09%	99,77%	0,12%
Stmk.: Horte - gesamt	70	39	-	19	12	-	-	-	-	-	-	70	
Prozent		55,71%	-	27,14%	17,14%	-	-	-	-	-	-	100,00%	0,00%
Vgl. Österreich	944	728	6	192	18	-	-	-	-	-	4	940	
Prozent		77,12%	0,64%	20,34%	1,91%	-	-	-	-	-	0,42%	99,58%	0,00%
Stmk.: Horte - öff.	50	32	-	10	8	-	-	-	-	-	-	50	-
Prozent		64,00%	0,00%	20,00%	16,00%	-	-	-	-	-	-	100,00%	-
Vgl. Österreich	537	495	4	27	11	-	-	-	-	-	-	537	-
Prozent		92,18%	0,74%	5,03%	2,05%	-	-	-	-	-	-	100,00%	-
Stmk.: altersge- mischte Einrich- tungen - gesamt	26	15	-	-	11	-	-	-	-	-	-	26	-
Prozent		57,69%	-	-	42,31%	-	-	-	-	-	-	100,00%	-
Vgl. Österreich	250	163	4	72	11	-	-	-	-	-	-	249	1
Prozent		65,20%	1,60%	28,80%	4,40%	-	-	-	-	-	-	99,60%	0,40%
Stmk.: altersge- mischte Einrich- tungen - öff.	8	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	8	-
Prozent		62,50%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vgl. Österreich	81	45	2	31	3	-	-	-	-	-	-	81	-
Prozent		55,56%	2,47%	38,27%	3,70%	-	-	-	-	-	-	100,00%	-
Stmk.: alle Kin- dertagesheime	958	272	18	519	112	8	29	-	-	-	-	958	-
Prozent		28,39%	1,88%	54,18%	11,69%	0,84%	3,03%	-	-	-	-	100,00%	-
Vgl. Österreich	6560	4202	885	1304	130	8	31	-	-	1	7	6538	14
Prozent		64,05%	13,49%	19,88%	1,98%	0,12%	0,47%	-	-	0,02%	0,11%	99,66%	0,21%
Stmk.: Kinder- tagesheime insgesamt - öff.													
Prozent		25,68%	1,61%	63,40%	6,26%	0,32%	2,73%	-	-	-	-	100,00%	-
Vgl. Österreich	4390	2650	808	860	51	2	19	-	-	1	3	4382	4
Prozent		60,36%	18,41%	19,59%	1,16%	0,05%	0,43%	-	-	0,02%	0,07%	99,82%	0,09%

Quelle: Statistik Austria, Krippen, Kindergärten und Horte (Kindertagesheime), 2002/2003, 115ff.; Bearbeitung: Eigene Berechnungen

Tabelle 5.1.1: Bevölkerungsverteilung nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und nach Geschlecht, 1991 und 2001

		Universität	Matura	Fachschule	Lehre	Pflichtschule	Gesamt
1991	Frauen	3,90%	7,50%	13,50%	22,60%	52,60%	100,00%
	Männer	5,40%	9,40%	6,70%	46,10%	32,40%	100,00%
2001	Frauen	6,80%	9,00%	15,90%	24,30%	44,10%	100,00%
	Männer	7,50%	10,40%	6,50%	49,30%	26,30%	100,00%

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.1.2: Verteilung der Frauen nach abgeschlossener Ausbildung und Alter, 2001

Altersgruppen	Universität	mit Matura	Fachschule	Lehre	Pflichtschule	Gesamt
15-24	1,80%	20,80%	12,10%	16,60%	48,70%	100,00%
25-34	12,20%	16,20%	19,40%	32,90%	19,30%	100,00%
35-44	12,50%	8,00%	21,40%	33,30%	24,80%	100,00%
45-54	9,00%	4,20%	19,30%	33,10%	34,40%	100,00%
55-64	3,60%	4,00%	16,40%	21,90%	54,00%	100,00%
65-74	1,70%	3,50%	9,40%	13,30%	72,10%	100,00%
75-84	1,80%	3,50%	9,30%	9,90%	75,40%	100,00%
>=85	1,20%	2,80%	6,30%	8,10%	81,60%	100,00%
Gesamt	6,80%	9,00%	15,90%	24,30%	44,10%	100,00%

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.1.3: Frauen pro 1.000 Männer in den verschiedenen Bildungstufen nach Alter, 1991 und 2001

Altersgruppen	Gesamt		Universität		Matura		Fachschule		Lehre		Pflichtschule	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
15-24	935	954	2.199	2.691	1.005	1.234	2.157	2.406	598	510	1.034	980
25-34	937	954	1.233	1.221	797	927	2.359	2.656	564	565	1.648	1.637
35-44	978	965	848	1.170	694	751	2.114	2.824	590	538	1.751	1.927
45-54	1.017	1.011	388	916	781	628	2.166	2.645	493	576	1.716	1.952
55-64	1.103	1.075	359	502	913	752	1.693	2.664	368	487	1.839	1.842
65-74	1.623	1.246	429	456	1.027	956	2.570	2.084	470	401	2.552	2.048
75-84	1.929	2.011	319	596	1.098	1.165	2.322	3.553	546	586	2.958	3.134
>=85	2.590	2.778	355	496	1.239	1.563	3.113	3.843	669	756	3.834	4.207
Gesamt	1.094	1.083	789	982	874	932	2.189	2.663	535	533	1.777	1.812

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.2.1: Erwerbsquote (Anteil der Beschäftigten insgesamt an der Bevölkerung), 2001

Altersgruppen	Männer	Frauen	Gesamt
15-24	67,10%	56,40%	61,90%
25-34	94,30%	82,50%	88,60%
35-44	96,90%	80,00%	88,60%
45-54	90,90%	67,90%	79,30%
55-64	32,70%	13,50%	22,70%
65-74	2,60%	1,40%	1,90%
75-84	0,80%	0,30%	0,50%
>=85	-	-	-
Gesamt	55,70%	40,70%	48,00%

Quelle: Statistik Austria
 Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.2.2: Frauenanteil an den Erwerbstätigen nach Alter und Bildung, 1991 und 2001

	Altersgruppen								Gesamt
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>=85	
Universität									
2001	73,90%	54,10%	52,10%	45,50%	22,60%	10,40%	9,80%	14,30%	49,10%
1991	77,00%	54,60%	43,40%	24,00%	14,10%	9,20%	8,60%	-	43,40%
Matura									
2001	52,70%	47,30%	39,30%	33,00%	24,40%	32,60%	34,20%	50,00%	43,70%
1991	54,00%	42,80%	34,50%	34,60%	24,80%	28,40%	28,60%	-	41,70%
Fachschule									
2001	70,70%	70,30%	70,90%	68,00%	55,00%	55,00%	67,40%	-	69,30%
1991	67,40%	65,30%	61,10%	58,90%	42,70%	69,90%	92,30%	-	62,70%
Lehre									
2001	33,10%	32,60%	30,40%	30,10%	18,10%	23,70%	38,80%	60,00%	30,70%
1991	35,70%	27,80%	27,50%	23,80%	14,10%	33,50%	66,70%	0,00%	28,30%
Pflichtschule									
2001	42,30%	56,70%	60,00%	57,20%	46,80%	60,40%	56,90%	72,20%	53,20%
1991	47,80%	51,50%	51,00%	47,10%	42,50%	67,20%	81,10%	-	48,60%
Gesamt									
2001	44,50%	45,50%	44,30%	43,00%	30,70%	40,10%	41,50%	56,30%	43,70%
1991	45,60%	40,90%	39,40%	37,00%	30,10%	45,90%	67,20%	0,00%	40,40%

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.2.3: Anzahl, % Verteilung und „Feminisation Ratio“ im Gesundheitswesen nach verschiedenen Berufsgruppen in der Steiermark und in Österreich, 2001

	Steiermark			Österreich		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Berufsausübende Ärzte	3142	1819	4961	22247	13343	35590
Prozent	63,33%	36,67%	100,00%	62,51%	37,49%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	57,89	-	-	59,98
Niedergelassene Ärzte	1698	572	2270	12903	5019	17922
Prozent	74,80%	25,20%	100,00%	72,00%	28,00%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	33,69	-	-	38,9
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	467	5652	6119	5646	41023	46669
Prozent	7,63%	92,37%	100,00%	12,10%	87,90%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	1210,28	-	-	726,59
Gesundheits- und Krankenpflege – Pflegehelfer	593	1953	2546	2474	8807	11281
Prozent	23,29%	76,71%	100,00%	21,93%	78,07%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	329,34	-	-	355,98
Medizin.-technischer Dienst	160	1488	1648	1318	9718	11036
Prozent	9,71%	90,29%	100,00%	11,94%	88,06%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	930	-	-	737,33
Sanitätshilfsdienst	382	388	770	2796	2068	4864
Prozent	49,61%	50,39%	100,00%	57,48%	42,52%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	101,57	-	-	73,96
Gesamt	6442	11872	18314	47384	79978	127362
Prozent	35,18%	64,82%	100,00%	37,20%	62,80%	100,00%
Anzahl Frauen auf 100 Männer	-	-	184,29	-	-	168,79

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2001, Tabelle 4.1.5, 4.1.6, 4.2.4, S 338ff.; Bearbeitung: Eigene Berechnungen

Tabelle 5.3.1: Frauenanteil an den Nicht-Berufstätigen nach Alter und Bildung, 1991 und 2001

	Altersgruppen								Gesamt
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>=85	
Universität									
2001	65,50%	66,90%	87,70%	79,50%	49,90%	34,50%	38,60%	33,40%	51,50%
1991	55,10%	60,30%	85,80%	78,20%	46,90%	33,10%	24,50%	26,50%	47,10%
Matura									
2001	57,70%	51,00%	78,60%	76,20%	55,70%	49,40%	54,10%	61,00%	56,60%
1991	47,80%	47,40%	77,00%	85,80%	58,40%	51,40%	52,40%	55,30%	52,10%
Fachschule									
2001	70,10%	95,60%	97,10%	92,20%	77,90%	67,90%	78,10%	79,40%	79,90%
1991	78,10%	96,40%	97,30%	94,00%	69,90%	72,00%	69,60%	75,70%	80,40%
Lehre									
2001	61,20%	88,20%	84,60%	67,70%	38,00%	28,70%	36,90%	43,00%	45,20%
1991	74,40%	92,30%	91,00%	71,60%	31,10%	31,90%	35,30%	40,10%	51,90%
Pflichtschule									
2001	54,80%	81,40%	84,80%	83,20%	67,50%	67,30%	75,90%	80,80%	69,60%
1991	54,30%	85,10%	89,60%	86,20%	69,20%	71,90%	74,70%	79,30%	72,40%
Gesamt									
2001	55,80%	74,60%	86,20%	78,10%	58,00%	55,80%	66,90%	73,60%	63,20%
1991	53,80%	79,30%	90,30%	83,50%	58,50%	62,20%	65,90%	72,20%	66,50%

Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.4.1: Einkommen der Frauen als Anteil am männlichen Einkommen, 1996-2001

Jahr	Prozent
1996	66,40%
1997	65,80%
1998	65,10%
1999	64,70%
2000	64,70%
2001	64,20%

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, mittleres Bruttoeinkommen der Unselbständigen am Arbeitsort (ohne geringfügig Beschäftigte, Beamte und Lehrlinge)

Tabelle 5.4.2: Frauenanteil an den Pensionsbeziehern in der Steiermark nach Alter, 1991 und 2001

Altersgruppen	1991	2001
55-64	44,30%	47,86%
65-74	54,74%	48,07%
75-84	62,55%	63,52%
>=85	70,85%	72,62%
>=55	54,41%	53,80%

Quelle: Statistik Austria
Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.4.3: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen des Landes Steiermark nach Geschlecht und Pflegestufe, 2002

Stufe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	113	41,39%	160	58,61%	273	100,00%
1	463	25,88%	1326	74,12%	1789	100,00%
2	574	25,28%	1697	74,72%	2271	100,00%
3	539	29,18%	1308	70,82%	1847	100,00%
4	298	28,11%	762	71,89%	1060	100,00%
5	283	33,37%	565	66,63%	848	100,00%
6	251	44,42%	314	55,58%	565	100,00%
7	146	39,14%	227	60,86%	373	100,00%
Gesamt	2554	29,18%	6199	70,82%	8753	100,00%

Quelle: Steirischer Sozialbericht 2001/2002. S. 249.
Bearbeitung: Eigene Berechnungen.

Tabelle 5.4.4: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen des Bundes nach Geschlecht und Pflegestufe, 2002

Stufe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	2653	28,74%	6572	71,20%	9230	100,00%
2	5238	30,29%	11053	63,92%	17291	100,00%
3	2946	35,74%	5296	64,26%	8242	100,00%
4	2760	35,21%	5079	64,79%	7839	100,00%
5	1289	33,33%	2578	66,67%	3867	100,00%
6	498	35,10%	921	64,90%	1419	100,00%
7	273	33,41%	544	66,59%	817	100,00%
Gesamt	15657	32,15%	32043	65,79%	48705	100,00%

Quelle: Steirischer Sozialbericht 2001/2002. S. 250.

Bearbeitung: Eigene Berechnungen.

Tabelle 5.5.1: Landtagsmandatäre nach Geschlecht und Partei, Jänner 2004

	ÖVP		SPÖ		FPÖ		Grüne		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer	24	88,89%	11	57,89%	4	57,14%	1	33,33%	40	71,43%
Frauen	3	11,11%	8	42,11%	3	42,86%	2	66,67%	16	28,57%
Gesamt	27	100,00%	19	100,00%	7	100,00%	3	100,00%	56	100,00%

Quelle: Der Landtag. www.politik.steiermark.at, accessed 23.1.2004

Bearbeitung: eigene Berechnungen

Tabelle 6.1.1: Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht, 1991-2002

Jahr	Geburt		1 Jahr		15 Jahre		45 Jahre		65 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1991	79,02	72,44	78,46	71,89	64,67	58,09	35,58	30,20	17,77	14,23
1992	78,94	73,01	78,44	72,49	64,62	58,65	35,54	30,61	17,81	14,62
1993	79,45	72,89	78,79	72,34	64,93	58,60	35,82	30,60	18,22	14,58
1994	80,16	73,09	79,41	72,50	65,55	58,79	36,36	30,76	18,49	14,89
1995	80,23	73,75	79,37	72,92	65,57	59,13	36,42	31,12	18,55	15,06
1996	80,54	73,78	79,88	73,02	66,00	59,16	36,73	31,11	18,78	15,04
1997	80,51	73,80	79,91	73,12	66,02	59,28	36,90	31,27	18,95	15,12
1998	80,92	74,75	80,17	74,04	66,42	60,17	37,13	31,93	19,12	15,44
1999	81,34	74,73	80,61	73,98	66,72	60,16	37,45	31,83	19,30	15,54
2000	81,14	75,04	80,48	74,35	66,70	60,56	37,52	32,28	19,65	15,94
2001	81,84	75,61	81,03	74,93	67,23	61,07	37,99	32,72	19,94	16,18
2002*	81,91	75,84	81,14	75,06	67,27	61,25	38,05	32,91	19,95	16,28

* vorläufige Werte

Quelle: Statistik Austria, Demografische Indikatoren für die Steiermark

Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 6.1.2: Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich und Europa, 2000

	Männer	Frauen
Ö	75,6	81,47
EU	75,49	81,67

Quelle: European Health for All Database, updated June 2003.

Tabelle 6.1.3: Anzahl der verlorenen Lebensjahre vor dem 65. Lebensjahr, 2002

Männer	99% Konfidenzintervall		Frauen	99% Konfidenzintervall	
4.150,19	3.865,44	4.434,94	2.005,89	1.807,29	2.204,50

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 6.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Suizid (ICD 9: E950-E959) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	34,33	28,24	40,43	9,32	6,21	12,42
1999	32,85	26,88	38,81	10,05	6,88	13,23
2000	31,65	25,81	37,48	9,57	6,51	12,63
2001	28,02	22,50	33,54	7,21	4,54	9,88
2002	31,76	25,88	37,64	10,07	6,89	13,26
Ö 00*	28,00	kA	kA	9,00	kA	kA
EU 00*	16,00	kA	kA	5,00	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Suizid (ICD 9: E950-E959) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	0,00	0,00	0,00	1,42	-2,24	5,07
15-24	17,83	4,55	31,11	3,47	-2,86	9,79
25-34	23,93	10,99	36,86	10,45	1,44	19,46
35-44	33,71	20,12	47,31	10,19	2,26	18,12
45-54	54,58	32,01	77,15	20,22	6,27	34,17
55-64	33,43	14,47	52,38	13,87	2,43	25,32
65-74	57,69	31,56	83,83	15,14	4,17	26,11
75-84	43,21	15,35	71,08	5,33	0,11	10,54
>=85	223,24	69,49	376,99	15,63	0,39	30,87

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	392,10	371,98	412,22	259,39	247,57	271,21
1999	390,96	371,07	410,85	250,19	238,71	261,66
2000	353,35	334,67	372,04	237,81	226,58	249,05
2001	338,14	319,96	356,32	219,48	208,51	230,44
2002	305,47	288,26	322,67	201,26	191,28	211,24
Ö 01*	360,00	kA	kA	249,00	kA	kA
EU 01*	312,00	kA	kA	200,00	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-24	1,49	-2,36	5,35	1,72	-2,72	6,17
25-34	3,06	-1,52	7,63	4,45	-1,29	10,19
35-44	28,42	15,84	41,01	10,13	2,25	18,01
45-54	114,74	81,83	147,66	33,99	15,70	52,29
55-64	251,90	202,45	301,36	80,59	53,91	107,27
65-74	684,84	595,66	774,03	294,66	245,85	343,47
75-84	2.116,48	1.923,07	2.309,89	731,91	672,94	790,87
>=85	10.221,27	9.199,13	11.243,40	3.612,43	3.384,70	3.840,15

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.1.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	164,28	151,21	177,35	84,90	78,06	91,73
1999	168,57	155,48	181,66	81,33	74,67	87,98
2000	152,64	140,34	164,94	74,77	68,35	81,19
2001	145,14	133,23	157,05	71,39	65,25	77,54
2002	141,58	129,87	153,28	67,73	61,80	73,65
Ö 01*	170,00	kA	kA	92,00	kA	kA
EU 01*	140,00	kA	kA	67,00	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.1.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25-34	1,90	-1,56	5,36	0,00	0,00	0,00
35-44	14,10	5,27	22,93	0,96	-1,51	3,43
45-54	69,62	43,94	95,29	13,37	1,87	24,88
55-64	143,95	106,46	181,44	35,51	18,04	52,97
65-74	364,01	298,94	429,09	128,30	95,87	160,74
75-84	987,20	855,34	1.119,06	281,22	244,56	317,88
>=85	3.826,99	3.202,53	4.451,46	989,06	869,46	1.108,67

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von zerebrovasikulären Erkrankungen (ICD 9: VII, 430-438) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	92,81	83,03	102,60	76,22	69,87	82,57
1999	89,50	80,01	98,98	70,39	64,33	76,44
2000	79,24	70,42	88,07	68,07	62,15	73,99
2001	74,39	65,88	82,89	60,94	54,69	67,18
2002	67,75	59,66	75,84	58,62	53,24	64,00
Ö 00*	74,00	kA	kA	63,00	kA	kA
EU 00*	69,00	kA	kA	56,00	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.3.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von zerebrovasikulären Erkrankungen (ICD 9: VII, 430-438) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-24	1,49	-2,36	5,35	0,00	0,00	0,00
25-34	1,16	-1,83	4,15	0,00	0,00	0,00
35-44	8,44	1,55	15,33	6,41	0,16	12,67
45-54	16,77	4,27	29,28	13,18	1,84	24,52
55-64	44,55	23,70	65,41	18,52	6,10	30,93
65-74	126,89	88,54	165,25	83,23	57,22	109,24
75-84	513,12	417,76	608,48	207,05	175,75	238,34
>=85	2.455,66	1.951,71	2.959,60	1.073,90	949,43	1.198,38

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.4.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: VIII, 460-519) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	42,07	41,41	42,73	16,78	16,46	17,10
1999	47,94	47,24	48,64	16,75	16,45	17,05
2000	39,06	38,44	39,69	17,48	17,17	17,79
2001	40,59	39,96	41,22	19,77	19,42	20,11
2002	45,47	44,80	46,13	17,12	16,82	17,42
Ö 00*	48,00	kA	kA	24,00	kA	kA
EU 00*	84,00	kA	kA	43,00	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.

kA= keine Angaben

Tabelle 6.4.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: VIII, 460–519) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00–14	0,00	0,00	0,00	0,20	-0,32 0,72
15–24	0,15	-0,24	0,54	0,00	0,00 0,00
25–34	0,00	0,00	0,00	0,22	-0,18 0,63
35–44	0,17	-0,14	0,48	0,00	0,00 0,00
45–54	1,01	0,02	2,00	0,30	-0,25 0,85
55–64	4,63	2,53	6,72	0,75	-0,05 1,54
65–74	11,39	7,75	15,04	2,77	1,29 4,25
75–84	31,54	24,03	39,04	7,53	5,65 9,42
>=85	145,11	106,16	184,05	24,11	18,15 30,08

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.5.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520–579) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998–2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	47,60	40,44	54,77	21,37	17,24 25,49
1999	42,42	35,67	49,17	16,64	13,12 20,16
2000	49,63	42,38	56,88	20,45	16,50 24,40
2001	48,78	41,57	56,00	20,28	16,40 24,16
2002	44,45	37,63	51,28	22,97	18,96 26,97
Ö 00*	45,00	kA	kA	23,00	kA kA
EU 00*	41,00	kA	kA	24,00	kA kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.5.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520–579) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00–14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
15–24	1,49	-2,36	5,35	0,00	0,00 0,00
25–34	3,27	-1,62	8,15	1,11	-1,76 3,98
35–44	12,25	4,08	20,42	5,57	-0,30 11,45
45–54	61,24	37,40	85,08	19,01	5,40 32,62
55–64	89,12	59,14	119,10	35,65	17,41 53,90
65–74	128,48	88,83	168,14	45,86	26,67 65,06
75–84	182,87	125,74	240,00	70,47	51,94 89,00
>=85	462,43	241,42	683,44	198,71	144,51 252,90

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.5.3: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: IX, 520-579) je 100.000 EinwohnerInnen, Vgl. Wien, Steiermark, Österreich, Europa, 1996-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen							
	Europa*		Österreich*		Stmk.		Wien°	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1996	43,02	24,57	54,26	24,83	58,07 [^]	26,33 [^]	57,50	28,70
1997	41,87	24,08	49,93	23,26	54,74 [^]	21,12 [^]	50,60	26,30
1998	41,77	23,97	47,10	23,92	47,60	21,37	54,00	28,40
1999	40,69	24,08	44,00	21,48	42,42	16,64	50,10	26,30
2000	40,61	23,72	45,25	22,72	49,63	20,45	47,20	29,90
2001	kA	kA	43,18	21,98	48,78	20,28	44,90	27,60
2002	kA	kA	kA	kA	44,45	22,97	kA	kA

Quellen: [^]Gesundheitsinformationssystem Steiermark, [°]Lebenserwartung und Mortalität in Wien. 2003. S. 127, * European Health for All Database, updated June 2003.

Bearbeitung: Eigene Berechnung

Tabelle 6.6.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	230,49	214,94	246,04	131,44	121,33	141,56
1999	231,26	215,80	246,71	132,83	122,71	142,94
2000	231,71	216,37	247,06	139,94	129,51	150,37
2001	217,09	202,40	231,77	130,22	120,10	140,35
2002	227,28	212,34	242,23	129,85	119,81	139,89
Ö 00*	225,59	kA	kA	141,05	kA	kA
EU 00*	247,31	kA	kA	138,91	kA	kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	0,00	0,00	0,00	4,83	-2,47	12,14
15-24	4,44	-2,17	11,05	5,21	-2,55	12,96
25-34	6,32	-0,37	13,02	8,44	0,18	16,71
35-44	24,95	13,19	36,70	29,07	15,59	42,54
45-54	122,47	88,57	156,37	123,81	88,95	158,68
55-64	388,57	327,00	450,14	239,78	193,03	286,53
65-74	833,87	734,59	933,15	351,74	297,31	406,17
75-84	1.397,58	1.239,98	1.555,18	377,54	334,42	420,66
>=85	2.981,87	2.424,27	3.539,46	580,49	487,91	673,07

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.1.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	58,29	50,40	66,18	12,13	9,00 15,25
1999	53,88	46,35	61,41	12,04	8,80 15,27
2000	50,24	43,05	57,42	18,96	14,89 23,03
2001	46,83	39,99	53,67	14,24	10,74 17,74
2002	50,04	42,99	57,08	15,81	12,18 19,44
Ö 00*	54,24	kA	kA	16,86	kA kA
EU 00*	65,68	kA	kA	16,24	kA kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.1.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
15-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
25-34	1,16	-1,83	4,15	1,33	-2,10 4,77
35-44	5,11	-0,27	10,49	0,00	0,00 0,00
45-54	25,82	10,11	41,53	14,88	2,74 27,03
55-64	93,83	63,27	124,39	46,68	26,10 67,26
65-74	225,51	173,68	277,33	45,69	26,29 65,09
75-84	289,08	217,13	361,04	38,98	24,98 52,97
>=85	350,81	158,20	543,42	33,49	11,19 55,79

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.2.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Dickdarms und des Rektums (ICD 9: II, 153, 154) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	26,38	21,13	31,63	17,71	14,22 21,21
1999	28,41	23,02	33,80	15,27	12,04 18,49
2000	33,43	27,61	39,25	15,63	12,34 18,92
2001	29,94	24,46	35,42	13,84	10,65 17,03
2002	29,23	23,89	34,57	15,23	11,90 18,56
Ö 00*	kA	kA	kA	kA	kA kA
EU 00*	kA	kA	kA	kA	kA kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.2.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Dickdarms und des Rektums (ICD 9: II, 153, 154) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
15-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
25-34	0,95	-1,50	3,40	0,00	0,00 0,00
35-44	1,63	-1,35	4,60	0,96	-1,51 3,43
45-54	13,98	2,56	25,39	12,06	1,06 23,07
55-64	41,13	21,23	61,02	22,69	7,49 37,89
65-74	115,50	78,80	152,20	42,50	23,70 61,31
75-84	181,05	124,05	238,04	45,85	30,76 60,93
>=85	462,43	241,42	683,44	118,33	76,46 160,20

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.3.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	0,00	0,00	0,00	3,30	1,60 4,99
1999	0,00	0,00	0,00	4,91	2,67 7,15
2000	0,00	0,00	0,00	2,45	0,92 3,97
2001	0,00	0,00	0,00	2,43	0,98 3,88
2002	0,00	0,00	0,00	5,05	2,80 7,30
Ö 00*	0,00	0,00	0,00	2,51	kA kA
EU 00*	0,00	0,00	0,00	2,55	kA kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.3.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
15-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
25-34	0,00	0,00	0,00	1,11	-1,76 3,98
35-44	0,00	0,00	0,00	3,78	-1,10 8,65
45-54	0,00	0,00	0,00	18,81	5,35 32,28
55-64	0,00	0,00	0,00	6,73	-1,12 14,58
65-74	0,00	0,00	0,00	4,69	-1,44 10,83
75-84	0,00	0,00	0,00	5,18	0,11 10,26
>=85	0,00	0,00	0,00	11,16	-1,72 24,04

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.4.1: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Brustdrüse (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	0,00	0,00	0,00	23,04	18,56 27,53
1999	0,00	0,00	0,00	25,35	20,75 29,95
2000	0,00	0,00	0,00	25,88	21,22 30,54
2001	0,00	0,00	0,00	24,01	19,43 28,58
2002	0,00	0,00	0,00	24,35	19,90 28,79
Ö 00*	0,00	0,00	0,00	27,62	kA kA
EU 00*	0,00	0,00	0,00	27,65	kA kA

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

*European Health for All Database, updated June 2003.; kA= keine Angaben

Tabelle 6.6.4.2: Altersstandardisierte Todesraten aufgrund von bösartigen Neuerkrankungen der Brustdrüse (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
15-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
25-34	0,00	0,00	0,00	1,11	-1,76 3,98
35-44	0,00	0,00	0,00	9,35	1,72 16,98
45-54	0,00	0,00	0,00	29,57	12,50 46,63
55-64	0,00	0,00	0,00	47,86	27,05 68,66
65-74	0,00	0,00	0,00	62,88	39,60 86,16
75-84	0,00	0,00	0,00	67,69	49,51 85,87
>=85	0,00	0,00	0,00	75,91	42,36 109,46

Tabelle 6.7.1: Altersstandardisierte Todesraten nach Haupttodesursachen in der Steiermark je 100.000 EinwohnerInnen, 2002

	Männer	Rate	Frauen	Rate
1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)	305,47	1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)	201,26
2	Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)	227,28	2 Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)	129,85
3	Ischämische Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414)	141,58	3 Ischämische Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 410-414)	67,73
4	Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 430-438)	67,75	4 Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten (ICD 9: VII, 430-438)	58,62
5	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162)	50,04	5 Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (ICD 9: II, 174)	24,35
6	Erkrankungen des Verdauungsapparates (ICD 9: VII, 520-579)	44,45	6 Erkrankungen des Verdauungsapparates (ICD 9: VII, 520-579)	22,97
7	Suizid (ICD 9: E950-E959)	31,76	7 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (ICD 9: II, 162)	15,81
8	Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates (ICD 9: II, 153-154)	29,23	8 Bösartige Neubildungen des Verdauungsapparates (ICD 9: II, 153-154)	15,23
9			9 Suizid (ICD 9: E950-E959)	10,07
10			10 Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses (ICD 9: II, 162)	5,05

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 6.7.2: Verteilung der Sterblichkeit nach Geschlecht in der Steiermark, 2001

Rang	Prozent	Männer	Rang	Prozent	Frauen
1	44,97%	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)	1	56,19%	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459)
2	27,58%	Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)	2	22,50%	Bösartige Neubildungen (ICD 9: II, 140-208)
3	8,55%	Sonstige Krankheiten	3	10,15%	Sonstige Krankheiten
4	7,88%	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 9: E800-E999)	4	4,46%	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 9: E800-E999)
5	5,81%	Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: VII, 520-579)	5	3,81%	Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD 9: VII, 520-579)
6	5,22%	Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: I, 460-519)	6	2,89%	Erkrankungen der Atmungsorgane (ICD 9: I, 460-519)
Gesamt	100%		Gesamt	100%	

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2001, Tabelle 2.22, S 112f.
 Bearbeitung: Eigene Berechnung

Tabelle 7.1.1.: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht, 1999

Geschlecht	Gesundheit	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Männer	Ausgezeichnet	470	19,05%	17,01	21,09
	Sehr gut	708	28,69%	26,35	31,04
	Gut	924	37,45%	34,94	39,96
	Weniger gut	276	11,18%	9,55	12,82
	Schlecht	89	3,60%	2,64	4,57
Frauen	Ausgezeichnet	395	14,34%	12,62	16,06
	Sehr gut	700	25,41%	23,28	27,55
	Gut	1123	40,77%	38,36	43,19
	Weniger gut	418	15,17%	13,42	16,94
	Schlecht	118	4,28%	3,29	5,28

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.1.2.: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter, 1999

Alter	Gesundheit	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	Ausgezeichnet	288	42,79%	37,88	47,71
	Sehr gut	265	39,38%	34,52	44,23
	Gut	108	16,05%	12,40	19,69
	Weniger gut	12	1,78%	0,47	3,10
	Schlecht	0	0,00%	0,00	0,00
25-34	Ausgezeichnet	221	29,39%	25,11	33,67
	Sehr gut	304	40,43%	35,82	45,04
	Gut	196	26,06%	21,94	30,19
	Weniger gut	26	3,46%	1,74	5,17
	Schlecht	5	0,66%	0,00	1,43
35-44	Ausgezeichnet	205	19,36%	16,23	22,49
	Sehr gut	396	37,39%	33,56	41,22
	Gut	403	38,05%	34,21	41,90
	Weniger gut	47	4,44%	2,81	6,07
	Schlecht	8	0,76%	0,07	1,44
45-54	Ausgezeichnet	96	11,12%	8,37	13,88
	Sehr gut	233	27,00%	23,11	30,89
	Gut	423	49,02%	44,63	53,40
	Weniger gut	86	9,97%	7,34	12,59
	Schlecht	25	2,90%	1,43	4,37
55-64	Ausgezeichnet	33	4,34%	2,44	6,25
	Sehr gut	119	15,66%	12,26	19,05
	Gut	386	50,79%	46,12	55,46
	Weniger gut	186	24,47%	20,46	28,49
	Schlecht	36	4,74%	2,75	6,72
65-74	Ausgezeichnet	16	2,60%	0,95	4,26
	Sehr gut	64	10,41%	7,23	13,58
	Gut	327	53,17%	47,99	58,35
	Weniger gut	158	25,69%	21,15	30,23
	Schlecht	50	8,13%	5,29	10,97
75-84	Ausgezeichnet	3	0,79%	0,00	1,95
	Sehr gut	22	5,77%	2,70	8,85
	Gut	173	45,41%	38,84	51,98
	Weniger gut	133	34,91%	28,62	41,20
	Schlecht	50	13,12%	8,67	17,58
>=85	Ausgezeichnet	0	0,00%	0,00	0,00
	Sehr gut	3	2,68%	0,00	6,61
	Gut	30	26,79%	16,01	37,56
	Weniger gut	46	41,07%	29,10	53,05
	Schlecht	33	29,46%	18,37	40,56

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.1: Altersstandardisierte Erkrankungsrate aufgrund von bösartigen Neubildungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1997	388,03	367,06	409,00	281,21	263,82 298,60
1998	394,03	372,88	415,18	312,72	294,38 331,06
1999	344,46	324,68	364,24	271,32	254,22 288,42
2000	380,68	359,89	401,47	289,34	271,68 307,00

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.2: Altersstandardisierte Erkrankungsrate aufgrund von bösartigen Neubildungen (ICD 9: II, 140-208) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-15	16,85	6,19	27,51	18,85	6,93 30,77
15-24	20,86	7,17	34,55	24,24	9,14 39,34
25-34	29,18	14,83	43,53	51,35	31,85 70,85
35-44	75,00	52,80	97,20	155,88	123,11 188,65
45-54	304,24	252,40	356,08	411,81	351,37 472,25
55-64	860,13	765,97	954,29	642,37	563,71 721,03
65-74	1.606,59	1.456,67	1.756,51	697,47	608,99 785,95
75-84	1.728,60	1.507,00	1.950,20	599,57	507,20 691,94
>=85	2.337,55	1.830,99	2.844,11	672,79	506,55 839,03

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.1.1: Altersstandardisierte Erkrankungsrate aufgrund von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und Lunge (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1997	98,70	85,15	112,25	24,17	17,84 30,50
1998	104,11	90,14	118,08	21,85	15,86 27,84
1999	100,11	85,53	114,69	23,83	17,60 30,06
2000	103,17	88,49	117,85	32,00	24,34 39,66

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.1.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und Lunge (ICD 9: II, 162) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
35-44	5,56	-0,48	11,60	3,81	-1,31 8,93
45-54	52,62	31,07	74,17	29,35	13,21 45,49
55-64	123,15	87,52	158,78	45,05	24,21 65,89
65-74	270,91	209,36	332,46	54,53	29,79 79,27
75-84	262,03	175,78	348,28	42,28	17,75 66,81
>=85	224,15	67,23	381,07	44,70	1,85 87,55

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.2.1: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1997	0,00	0,00	0,00	18,05	13,08 23,02
1998	0,00	0,00	0,00	19,92	14,49 25,35
1999	0,00	0,00	0,00	13,03	8,74 17,32
2000	0,00	0,00	0,00	15,37	10,79 19,95

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.2.2: Altersstandardisierte Erkrankungsraten aufgrund von bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) (ICD 9: II, 180) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
15-24	0,00	0,00	0,00	3,48	-4,63 11,59
25-34	0,00	0,00	0,00	6,27	-0,54 13,08
35-44	0,00	0,00	0,00	19,35	7,80 30,90
45-54	0,00	0,00	0,00	35,38	17,66 53,10
55-64	0,00	0,00	0,00	12,69	1,63 23,75
65-74	0,00	0,00	0,00	17,29	3,36 31,22
75-84	0,00	0,00	0,00	5,94	-3,25 15,13
>=85	0,00	0,00	0,00	7,06	-9,97 24,09

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.3.1: Altersstandardisierte Erkrankungsdaten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Brust (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen			
	Männer		Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall	Rate	99% Konfidenzintervall
1997	0,00	0,00 0,00	116,45	103,31 129,59
1998	0,00	0,00 0,00	142,59	128,08 157,10
1999	0,00	0,00 0,00	114,90	101,89 127,91
2000	0,00	0,00 0,00	109,61	97,39 121,83

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.2.3.2: Altersstandardisierte Erkrankungsdaten aufgrund von bösartigen Neubildungen der Brust (ICD 9: II, 174) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen			
	Männer		Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall	Rate	99% Konfidenzintervall
15-24	0,00	0,00 0,00	6,96	-4,51 18,43
25-34	0,00	0,00 0,00	10,19	1,50 18,88
35-44	0,00	0,00 0,00	68,01	46,37 89,65
45-54	0,00	0,00 0,00	152,26	115,52 189,00
55-64	0,00	0,00 0,00	226,55	179,87 273,23
65-74	0,00	0,00 0,00	186,28	140,58 231,98
75-84	0,00	0,00 0,00	123,77	81,82 165,72
>=85	0,00	0,00 0,00	115,27	46,48 184,06

Quelle: Statistik Austria, Krebsregister

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.3.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen			
	Männer		Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall	Rate	99% Konfidenzintervall
1998	3.779,14	3.717,80 3.840,49	2.820,93	2.767,52 2.874,35
1999	3.710,98	3.650,04 3.771,93	2.826,80	2.773,26 2.880,34
2000	3.536,33	3.476,47 3.596,18	2.740,46	2.687,62 2.793,31
2001	3.488,37	3.427,97 3.548,77	2.629,97	2.577,73 2.682,20
2002	3.673,97	3.612,11 3.735,84	2.827,45	2.773,38 2.881,52

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.3.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 9: VII, 390-459) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	179,43	144,06	214,79	81,50	56,87 106,13
15-24	413,32	352,28	474,36	399,54	338,10 460,99
25-34	573,28	507,54	639,02	794,06	714,99 873,13
35-44	1.163,81	1.076,11	1.251,51	1.222,39	1.130,82 1.313,95
45-54	4.027,41	3.843,68	4.211,13	3.213,46	3.049,05 3.377,87
55-64	7.514,48	7.248,05	7.780,91	5.490,77	5.268,31 5.713,22
65-74	12.376,62	11.985,75	12.767,48	7.137,07	6.860,71 7.413,43
75-84	15.108,40	14.527,18	15.689,61	6.652,72	6.363,54 6.941,89
>=85	22.567,60	21.175,48	23.959,71	8.017,34	7.472,13 8.562,55

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.4.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD 9: XIII) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	2.208,30	2.159,03	2.257,57	2.370,65	2.321,11 2.420,19
1999	2.249,85	2.200,13	2.299,56	2.529,80	2.478,69 2.580,90
2000	2.133,69	2.085,25	2.182,13	2.449,13	2.398,77 2.499,49
2001	2.205,00	2.155,29	2.254,71	2.514,26	2.462,91 2.565,61
2002	2.436,67	2.384,48	2.488,85	2.767,07	2.713,30 2.820,84

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.4.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD 9: XIII) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	593,64	529,02	658,27	558,94	494,55 623,33
15-24	1.308,05	1.199,96	1.416,14	894,90	803,16 986,64
25-34	1.305,76	1.206,91	1.404,60	1.206,74	1.109,47 1.304,01
35-44	1.879,82	1.768,77	1.990,86	1.861,23	1.748,64 1.973,82
45-54	4.257,46	4.068,62	4.446,31	5.020,56	4.817,09 5.224,03
55-64	5.002,06	4.782,06	5.222,07	6.032,12	5.799,88 6.264,37
65-74	4.098,47	3.863,23	4.333,72	5.511,24	5.266,36 5.756,12
75-84	3.444,82	3.148,69	3.740,96	2.978,97	2.781,74 3.176,19
>=85	2.701,41	2.161,50	3.241,32	1.334,15	1.103,81 1.564,50

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.5.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Schenkelhalsbruch (ICD 9: XVII, 820) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	65,32	56,72	73,92	117,77	106,55 129,00
1999	74,34	65,17	83,52	117,73	106,50 128,96
2000	64,97	56,39	73,54	106,64	95,95 117,34
2001	59,88	51,56	68,19	88,19	78,39 97,98
2002	74,11	64,87	83,36	117,66	106,34 128,97

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.5.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Schenkelhalsbruch (ICD 9: XVII, 820) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
00-14	2,40	-1,72	6,52	2,93	-1,75 7,61
15-24	8,04	-0,49	16,56	1,74	-2,32 5,81
25-34	3,50	-1,65	8,66	0,00	0,00 0,00
35-44	20,33	8,67	31,99	3,60	-1,40 8,60
45-54	63,22	39,68	86,75	79,53	53,24 105,82
55-64	68,86	42,35	95,38	123,52	89,22 157,82
65-74	221,99	166,12	277,85	253,58	199,60 307,57
75-84	442,71	334,92	550,50	475,40	395,59 555,21
>=85	1.411,71	1.018,83	1.804,58	1.093,54	884,75 1.302,34

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.6.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des respiratorischen Systems (ICD 9: VIII, 490-496) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen				
	Männer			Frauen	
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall
1998	519,00	494,88	543,12	269,33	252,34 286,32
1999	504,72	480,92	528,51	251,64	235,21 268,08
2000	452,82	430,26	475,38	223,70	208,20 239,21
2001	455,27	432,90	477,64	246,97	230,89 263,06
2002	464,02	441,48	486,55	275,83	258,95 292,71

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.6.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Erkrankungen des respiratorischen Systems (ICD 9: VIII, 490-496) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	861,78	790,20	933,35	681,54	615,61	747,47
15-24	81,28	54,17	108,39	49,42	27,77	71,07
25-34	56,13	35,51	76,76	64,93	42,24	87,62
35-44	54,07	35,06	73,09	57,13	37,22	77,04
45-54	320,26	267,37	373,14	225,25	181,03	269,48
55-64	640,38	559,77	720,99	392,37	331,32	453,42
65-74	1.094,60	971,10	1.218,11	434,49	363,89	505,10
75-84	1.610,45	1.406,06	1.814,84	356,36	287,21	425,51
>=85	1.801,55	1.358,60	2.244,49	335,98	219,80	452,15

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.7.1: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Diabetes (Typ I und II) (ICD 9: III, 25) je 100.000 EinwohnerInnen, 1998-2002

Jahr	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
1998	415,42	393,80	437,03	394,36	373,84	414,87
1999	434,36	412,26	456,47	390,13	369,71	410,54
2000	433,75	411,65	455,84	358,36	338,77	377,94
2001	408,66	387,00	430,32	326,62	307,79	345,45
2002	333,46	313,87	353,04	250,35	233,85	266,85

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.7.2: Altersstandardisierte Raten aufgrund von Diabetes (Typ I und II) (ICD 9: III, 250) je 100.000 EinwohnerInnen nach Alter, 2002

Altersgruppen	Standardisierte Rate je 100.000 EinwohnerInnen					
	Männer			Frauen		
	Rate	99% Konfidenzintervall		Rate	99% Konfidenzintervall	
00-14	38,21	21,77	54,65	40,79	23,33	58,25
15-24	66,42	41,91	90,93	53,87	31,27	76,47
25-34	68,59	45,80	91,39	46,03	26,92	65,14
35-44	123,37	94,67	152,08	89,34	64,44	114,24
45-54	534,24	466,03	602,46	254,18	207,22	301,15
55-64	734,34	648,06	820,63	487,13	419,14	555,12
65-74	983,91	866,75	1.101,07	736,31	644,54	828,08
75-84	996,14	834,89	1.157,39	591,78	502,77	680,79
>=85	787,32	493,00	1.081,65	446,46	312,61	580,31

Quelle: Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Morbidity Basic Data Set
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 7.9.1: % Anteil der durchgeführten Untersuchungen nach Geschlecht, 1998-2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Fußuntersuchung	81,6%	79,3%	P<0,001
Augenuntersuchung	64,8%	63,5%	P>0,089
Blutdruckmessung	97,3%	97,1%	P=0,612
Cholesterinmessung	95,2%	95,5%	P=0,546
Blutzuckermessung	92,0%	91,4%	P=0,197

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

Tabelle 7.9.2.1: % Anteil jener Personen, die angeben Selbstkontrollen durchzuführen, nach Geschlecht, 1998-2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Zumindest eine Blutzucker-Messung pro Woche	52,2%	45,1%	P<0,001
Zumindest eine Harnzucker-Messung pro Woche	26,5%	26,7%	P=0,811

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

Tabelle 7.9.2.2: Durchschnittliche Messungen pro Woche, nach Geschlecht, 1998-2003

	Männer (n=7.145)	Frauen (n=8.345)	
Blutzucker Messungen pro Woche	9,0	7,4	P<0,001
Harnzucker Messungen pro Woche	1,3	1,3	P=0,708

Quelle: FQSDÖ

Berechnung: FQSDÖ

Tabelle 8.1.1.2: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Alter und Zeitpunkt, 1999

Alter	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	<1	364	60,47%	55,33	65,60
25-34	<1	450	64,10%	59,44	68,77
35-44	<1	724	71,05%	67,39	74,71
45-54	<1	617	74,07%	70,16	77,98
55-64	<1	625	83,78%	80,30	87,26
65-74	<1	530	88,04%	84,63	91,45
75-84	<1	348	92,31%	88,77	95,84
>=85	<1	105	94,59%	89,07	100,00
15-24	1-3	154	25,58%	21,00	30,16
25-34	1-3	184	26,21%	21,94	30,49
35-44	1-3	201	19,73%	16,51	22,94
45-54	1-3	160	19,21%	15,69	22,72
55-64	1-3	94	12,60%	9,47	15,73
65-74	1-3	44	7,31%	4,58	10,04
75-84	1-3	22	5,84%	2,73	8,95
>=85	1-3	5	4,50%	0,00	9,58
15-24	>3	26	4,32%	2,18	6,45
25-34	>3	54	7,69%	5,10	10,28
35-44	>3	85	8,34%	6,11	10,57
45-54	>3	51	6,12%	3,98	8,26
55-64	>3	22	2,95%	1,35	4,54
65-74	>3	25	4,15%	2,06	6,25
75-84	>3	6	1,59%	0,00	3,25
>=85	>3	1	0,90%	0,00	3,21
15-24	Nie	58	9,63%	6,54	12,73
25-34	Nie	14	1,99%	0,64	3,35
35-44	Nie	9	0,88%	0,13	1,64
45-54	Nie	5	0,60%	0,00	1,29
55-64	Nie	5	0,67%	0,00	1,44
65-74	Nie	3	0,50%	0,00	1,24
75-84	Nie	1	0,27%	0,00	0,95
>=85	Nie	0	0,00%	0,00	0,00

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse**Tabelle 8.1.1.1:** Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Geschlecht und Zeitpunkt, 1999

Geschlecht	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)				
	<1 Jahr	1-3 Jahre	>3 Jahre	Nie	Gesamt
Männer (n=2.333)	71,4% (69,0 73,8)	19,9% (17,8 22,0)	6,4% (5,1 7,7)	2,4% (1,6 3,2)	100,0%
Frauen (n=2.662)	78,9% (76,9 81,0)	15,1% (13,3 16,9)	4,6% (3,5 5,6)	1,5% (0,9 2,1)	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.1.1.3: Inanspruchnahme der Blutdruckmessung nach Bildung und Zeitpunkt, 1999

Bildung	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Pflichtschule	<1	229	83,57%	77,81	89,34
	1-3	31	11,31%	6,38	16,24
	>3	14	5,10%	1,68	8,54
	Nie	0	0,00%	0,00	0,00
Lehre	<1	117	74,52%	65,56	83,48
	1-3	29	18,47%	10,49	26,45
	>3	9	5,73%	0,95	10,51
	Nie	2	1,27%	0,00	3,58
Fachschule	<1	143	73,33%	65,18	81,49
	1-3	38	19,48%	12,18	26,79
	>3	12	6,15%	1,72	10,59
	Nie	2	1,02%	0,00	2,88
Matura	<1	64	74,41%	62,30	86,54
	1-3	15	17,44%	6,90	27,98
	>3	4	4,65%	0,00	10,50
	Nie	3	3,48%	0,00	8,58
Universität	<1	26	70,27%	50,92	89,63
	1-3	9	24,32%	6,16	42,49
	>3	1	2,70%	0,00	9,57
	Nie	1	2,70%	0,00	9,57

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.1.2.2: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Alter und Zeitpunkt, 1999

Alter	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	<1	164	30,88%	25,72	36,05
	1-3	124	23,35%	18,62	28,08
	>3	34	6,40%	3,67	9,14
	Nie	209	39,35%	33,90	44,82
25-34	<1	252	39,93%	34,91	44,96
	1-3	202	32,01%	27,23	36,80
	>3	74	11,72%	8,43	15,03
	Nie	103	16,32%	12,53	20,11
35-44	<1	454	47,58%	43,42	51,75
	1-3	294	30,81%	26,97	34,67
	>3	128	13,41%	10,57	16,26
	Nie	78	8,17%	5,89	10,46
45-54	<1	443	55,79%	51,25	60,33
	1-3	213	26,82%	22,78	30,88
	>3	91	11,46%	8,55	14,37
	Nie	47	5,91%	3,76	8,08
55-64	<1	478	67,04%	62,51	71,58
	1-3	156	21,87%	17,89	25,87
	>3	55	7,71%	5,14	10,29
	Nie	24	3,36%	1,63	5,11
65-74	<1	404	69,77%	64,86	74,69
	1-3	123	21,24%	16,86	25,62
	>3	38	6,56%	3,91	9,21
	Nie	14	2,41%	0,77	4,06
75-84	<1	270	74,79%	68,91	80,68
	1-3	56	15,51%	10,60	20,42
	>3	22	6,09%	2,85	9,34
	Nie	13	3,60%	1,08	6,13
>=85	<1	72	71,28%	59,69	82,88
	1-3	23	22,77%	12,02	33,52
	>3	1	0,99%	0,00	3,53
	Nie	5	4,95%	0,00	10,51

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.1.2.1: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Geschlecht und Zeitpunkt, 1999

Geschlecht	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Männer	<1	1129	51,24%	48,51	53,99
	1-3	616	27,96%	25,50	30,42
	>3	221	10,03%	8,38	11,68
	Nie	237	10,75%	9,06	12,46
Frauen	<1	1410	57,22%	54,66	59,79
	1-3	575	23,33%	21,14	25,53
	>3	222	9,00%	7,52	10,50
	Nie	257	10,43%	8,84	12,02

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.1.2.3: Inanspruchnahme der Cholesterinmessung nach Bildung und Zeitpunkt, 1999

Bildung	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Pflichtschule	<1	172	68,52%	60,98	76,08
	1-3	49	19,52%	13,08	25,97
	>3	18	7,17%	2,98	11,37
	Nie	12	4,78%	1,31	8,25
Lehre	<1	89	60,13%	49,77	70,50
	1-3	32	21,62%	12,91	30,34
	>3	15	10,13%	3,75	16,53
	Nie	12	8,10%	2,33	13,89
Fachschule	<1	83	44,62%	35,23	54,01
	1-3	53	28,49%	19,97	37,02
	>3	21	11,29%	5,31	17,27
	Nie	29	15,59%	8,74	22,44
Matura	<1	37	48,68%	33,92	63,45
	1-3	22	28,94%	15,55	42,35
	>3	6	7,89%	0,00	15,86
	Nie	11	14,47%	4,08	24,87
Universität	<1	20	57,14%	35,60	78,69
	1-3	5	14,28%	0,00	29,52
	>3	5	14,28%	0,00	29,52
	Nie	5	14,28%	0,00	29,52

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Gesundheitsbefragung 1999
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.1: Inanspruchnahme der Mammographie nach Alter, 2000

Alter	Mammographie	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	Ja	13	23,21%	8,68	37,75
	Nein	43	76,78%	62,25	91,32
25-34	Ja	37	30,57%	19,79	41,37
	Nein	84	69,42%	58,63	80,21
35-44	Ja	165	74,32%	66,77	81,88
	Nein	57	25,67%	18,12	33,23
45-54	Ja	115	85,18%	77,31	93,06
	Nein	20	14,81%	6,94	22,69
55-64	Ja	72	80,89%	70,17	91,63
	Nein	17	19,10%	8,37	29,83
65-74	Ja	74	74,00%	62,70	85,30
	Nein	26	26,00%	14,70	37,30
75-84	Ja	50	54,94%	41,51	68,38
	Nein	41	45,05%	31,62	58,49
≥85	Ja	9	40,90%	13,91	67,91
	Nein	13	59,09%	32,09	86,09

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.2: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter, 2000

Inanspruchnahme der Mammographie	Altersgruppen							
	41-50 Jahre		51-70 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja (n=535)	145	85,8%	154	80,2%	236	49,5%	535	63,8%
Nein (n=301)	23	13,6%	38	19,8%	240	50,3%	301	35,9%
Weiß nicht (n=2)	1	0,6%	0	0,0%	1	0,2%	2	0,2%
Gesamt (N=838)	169	100,0%	192	100,0%	477	100,0%	838	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.1.4: Inanspruchnahme der Mammographie nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000

Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Mammographie	Altersgruppen							
	41-50 Jahre		51-70 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<12 Monate	91	62,7%	93	60,4%	86	36,4%	270	50,5%
1-3 Jahre	43	29,7%	45	29,2%	102	43,2%	190	35,5%
>3 Jahre	11	7,6%	16	10,4%	47	19,9%	74	13,8%
Keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	1	0,2%
Gesamt	145	100,0%	154	100,0%	236	100,0%	535	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.1.3: Inanspruchnahme der Mammographie nach Alter und Zeitpunkt, 2000

Alter	Zeit (Jahre)	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	<1	3	25,00%	0,00	57,20
15-24	1-3	7	58,33%	21,67	94,99
15-24	>3	2	16,66%	0,00	44,38
25-34	<1	10	27,02%	8,22	45,83
25-34	1-3	21	56,75%	35,78	77,74
25-34	>3	6	16,21%	0,61	31,83
35-44	<1	81	49,09%	39,07	59,12
35-44	1-3	67	40,60%	30,76	50,45
35-44	>3	17	10,30%	4,21	16,40
45-54	<1	73	63,47%	51,91	75,04
45-54	1-3	32	27,82%	17,06	38,59
45-54	>3	10	8,69%	1,93	15,46
55-64	<1	48	66,66%	52,36	80,98
55-64	1-3	21	29,16%	15,37	42,96
55-64	>3	3	4,16%	0,00	10,23
65-74	<1	34	45,94%	31,02	60,87
65-74	1-3	25	33,78%	19,62	47,95
65-74	>3	15	20,27%	8,23	32,31
75-84	<1	19	38,00%	20,32	55,68
75-84	1-3	14	28,00%	11,64	44,36
75-84	>3	17	34,00%	16,74	51,26
>=85	<1	2	22,22%	0,00	57,92
>=85	1-3	3	33,33%	0,00	73,81
>=85	>3	4	44,44%	1,78	87,11

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.5: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)	
	Ja	Nein
Pflichtschule (n=306)	68,6% (61,8 75,5)	31,4% (24,5 38,2)
Lehre (n=176)	67,6% (58,5 76,7)	32,4% (23,3 41,5)
Fachschule (n=217)	62,2% (53,7 70,7)	37,8% (29,3 46,3)
Matura (n=95)	49,5% (36,3 62,7)	50,5% (37,3 63,7)
Universität (n=41)	56,1% (36,1 76,1)	43,9% (23,9 63,9)
Gesamt (N=835)	64,0%	36,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.6: Inanspruchnahme der Brustuntersuchung nach Bildung, 2000

Bildung	Brustuntersuchung	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Pflichtschule	Ja	227	73,94%	67,49	80,39
	Nein	80	26,05%	19,61	32,51
Lehre	Ja	152	86,36%	79,70	93,03
	Nein	24	13,63%	6,97	20,30
Fachschule	Ja	185	84,86%	78,61	91,12
	Nein	33	15,13%	8,88	21,39
Matura	Ja	76	80,00%	69,43	90,57
	Nein	19	20,00%	9,43	30,57
Universität	Ja	31	75,60%	58,33	92,88
	Nein	10	24,39%	7,12	41,67

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.7: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)		
	Ambulatorium	Facharzt	Krankenhaus
Pflichtschule (n=210)	4,8% (1,0 8,6)	80,0% (72,9 87,1)	15,2% (8,9 21,6)
Lehre (n=119)	6,7% (0,81 2,64)	82,4% (73,4 91,4)	10,9% (3,6 18,3)
Fachschule (n=135)	5,9% (0,7 11,2)	85,9% (78,2 93,6)	8,2% (2,1 14,2)
Matura (n=47)	6,4% (0,0 15,6)	83,0% (68,9 97,1)	10,6% (0,0 22,2)
Universität (n=23)	4,4% (0,0 15,3)	95,7% (84,7 100,0)	0,0% (0,0 0,0)
Gesamt (N=534)	5,6%	83,0%	11,4%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.8: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bezirk und Versorgungsort, 2000

Bezirk	Versorgungsort	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Bruck a.d. Mur	Graz	1	10,00%	0,00	34,44
Bruck a.d. Mur	Gemeinde	1	10,00%	0,00	34,44
Bruck a.d. Mur	Bezirk	8	80,00%	47,42	100,00
Bruck a.d. Mur	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Bruck a.d. Mur	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Deutschlandsberg	Graz	8	25,00%	5,28	44,72
Deutschlandsberg	Gemeinde	1	3,12%	0,00	11,05
Deutschlandsberg	Bezirk	23	71,87%	51,40	92,35
Deutschlandsberg	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Deutschlandsberg	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Feldbach	Graz	6	11,11%	0,10	22,13
Feldbach	Gemeinde	2	3,70%	0,00	10,32
Feldbach	Bezirk	46	85,18%	72,73	97,64
Feldbach	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Feldbach	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Fürstenfeld	Graz	3	14,28%	0,00	33,95
Fürstenfeld	Gemeinde	3	14,28%	0,00	33,95
Fürstenfeld	Bezirk	12	57,14%	29,33	84,96
Fürstenfeld	Anderer Bezirk	3	14,28%	0,00	33,95
Fürstenfeld	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Graz	Graz	49	89,09%	78,26	99,92
Graz	Gemeinde	1	1,81%	0,00	6,46
Graz	Bezirk	5	9,09%	0,00	19,08
Graz	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Graz	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Graz Umgebung	Graz	34	80,95%	65,35	96,56
Graz Umgebung	Gemeinde	0	0,00%	0,00	0,00
Graz Umgebung	Bezirk	3	7,14%	0,00	17,38
Graz Umgebung	Anderer Bezirk	5	11,90%	0,00	24,78
Graz Umgebung	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Hartberg	Graz	7	16,27%	1,78	30,78
Hartberg	Gemeinde	2	4,65%	0,00	12,92
Hartberg	Bezirk	23	53,48%	33,90	73,08
Hartberg	Anderer Bezirk	6	13,95%	0,34	27,56
Hartberg	Anderes Bundesland	5	11,62%	0,00	24,22
Judenburg	Graz	0	0,00%	0,00	0,00
Judenburg	Gemeinde	0	0,00%	0,00	0,00
Judenburg	Bezirk	4	100,00%	100,00	100,00
Judenburg	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Judenburg	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00

Tabelle 8.2.1.8/Fortsetzung: Inanspruchnahme der Mammographie nach Bezirk und Versorgungsort, 2000

Bezirk	Versorgungsort	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Knittelfeld	Graz	0	0,00%	0,00	0,00
Knittelfeld	Gemeinde	3	21,42%	0,00	49,68
Knittelfeld	Bezirk	11	78,57%	50,32	100,00
Knittelfeld	Anderer Bezirk	0	0,00%	0,00	0,00
Knittelfeld	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Leibnitz	Graz	6	15,38%	0,50	30,27
Leibnitz	Gemeinde	2	5,12%	0,00	14,23
Leibnitz	Bezirk	29	74,35%	56,35	92,37
Leibnitz	Anderer Bezirk	2	5,12%	0,00	14,23
Leibnitz	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Leoben	Graz	3	8,57%	0,00	20,76
Leoben	Gemeinde	1	2,85%	0,00	10,11
Leoben	Bezirk	28	80,00%	62,58	97,42
Leoben	Anderer Bezirk	1	2,85%	0,00	10,11
Leoben	Anderes Bundesland	2	5,71%	0,00	15,82
Liezen	Graz	5	11,90%	0,00	24,78
Liezen	Gemeinde	0	0,00%	0,00	0,00
Liezen	Bezirk	31	73,80%	56,33	91,28
Liezen	Anderer Bezirk	1	2,38%	0,00	8,44
Liezen	Anderes Bundesland	5	11,90%	0,00	24,78
Murau	Graz	0	0,00%	0,00	0,00
Murau	Gemeinde	0	0,00%	0,00	0,00
Murau	Bezirk	6	40,00%	7,42	72,58
Murau	Anderer Bezirk	3	20,00%	0,00	46,60
Murau	Anderes Bundesland	6	40,00%	7,42	72,58
Mürzzuschlag	Graz	2	9,09%	0,00	24,88
Mürzzuschlag	Gemeinde	6	27,27%	2,81	51,73
Mürzzuschlag	Bezirk	9	40,90%	13,91	67,91
Mürzzuschlag	Anderer Bezirk	4	18,18%	0,00	39,36
Mürzzuschlag	Anderes Bundesland	1	4,54%	0,00	15,98
Bad Radkersburg	Graz	1	9,09%	0,00	31,42
Bad Radkersburg	Gemeinde	1	9,09%	0,00	31,42
Bad Radkersburg	Bezirk	7	63,63%	26,28	100,00
Bad Radkersburg	Anderer Bezirk	2	18,18%	0,00	48,14
Bad Radkersburg	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Voitsberg	Graz	13	30,95%	12,58	49,33
Voitsberg	Gemeinde	3	7,14%	0,00	17,38
Voitsberg	Bezirk	25	59,52%	40,01	79,03
Voitsberg	Anderer Bezirk	1	2,38%	0,00	8,44
Voitsberg	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00
Weiz	Graz	21	40,38%	22,86	57,91
Weiz	Gemeinde	5	9,61%	0,00	20,15
Weiz	Bezirk	21	40,38%	22,86	57,91
Weiz	Anderer Bezirk	5	9,61%	0,00	20,15
Weiz	Anderes Bundesland	0	0,00%	0,00	0,00

Tabelle 8.2.1.9: Inanspruchnahme der Mammographie nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000

Vertrauen	Mammographie	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Voll	Ja	217	63,63%	56,93	70,35
Voll	Nein	124	36,36%	29,65	43,07
Viel	Ja	267	66,08%	60,02	72,16
Viel	Nein	137	33,91%	27,84	39,98
Wenig	Ja	46	56,09%	41,98	70,21
Wenig	Nein	36	43,90%	29,79	58,02
Keine	Ja	2	40,00%	0,00	96,43
Keine	Nein	3	60,00%	3,57	100,00

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.1.10: Inanspruchnahme der Brustuntersuchung nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000

Vertrauen	Brustuntersuchung	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Voll	Ja	279	81,34%	75,92	86,76
Voll	Nein	64	18,65%	13,24	24,08
Viel	Ja	326	80,69%	75,63	85,75
Viel	Nein	78	19,30%	14,25	24,37
Wenig	Ja	64	78,04%	66,27	89,82
Wenig	Nein	18	21,95%	10,18	33,73
Keine	Ja	1	20,00%	0,00	66,08
Keine	Nein	4	80,00%	33,92	100,00

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.2.1: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Bildung, 2000

Bildung	Krebsabstrich	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Pflichtschule	Ja	249	83,00%	77,41	88,59
Pflichtschule	Nein	51	17,00%	11,41	22,59
Lehre	Ja	169	96,57%	93,03	100,00
Lehre	Nein	6	3,42%	0,00	6,97
Fachschule	Ja	198	90,82%	85,79	95,86
Fachschule	Nein	20	9,17%	4,14	14,21
Matura	Ja	81	86,17%	77,00	95,34
Matura	Nein	13	13,82%	4,66	23,00
Universität	Ja	35	85,36%	71,15	99,58
Universität	Nein	6	14,63%	0,42	28,85

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.2.2: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter, 2000

Inanspruchnahme des Krebsabstrichs	Altersgruppen					
	21-65 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja	576	92,9%	157	72,0%	733	87,5%
Nein	42	6,8%	54	24,8%	96	11,5%
Weiß nicht	2	0,3%	7	3,2%	9	1,0%
Gesamt	620	100,0%	218	100,0%	838	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.2.3: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter, 2000

Inanspruchnahme des Krebsabstrichs	Altersgruppen																	
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		>=85		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja	46	82,14	109	90,08	211	94,62	130	96,30	82	92,13	83	83,00	59	64,84	13	56,52	733	87,47
Nein	10	17,86	11	9,09	11	4,93	5	3,70	7	7,87	16	16,00	31	34,07	5	21,74	96	11,46
Weiß nicht	0	0,00	1	0,83	1	0,45	0	0,00	0	0,00	1	1,00	1	1,10	5	21,74	9	1,07
Gesamt	56	100,00	121	100,00	223	100,00	135	100,00	89	100,00	100	100,00	91	100,00	23	100,00	838	100,00

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000
 Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.2.4: Ergebnis der ordinalen Regression der Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter, 2000

Alter	Wahrscheinlichkeit
15-24	82,87
25-34	82,87
35-44	18,85
45-54	11,10
55-64	5,73
65-74	5,73
>=75	1,00

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.2.6: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach empfohlenem Alter und Zeitpunkt, 2000

Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Krebsabstrichs	Altersgruppen					
	21-65 Jahre		Andere		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<3 Jahre	524	91,0%	93	59,2%	617	84,2%
3-5 Jahre	28	4,9%	19	12,1%	47	6,4%
>5 Jahre	24	4,2%	44	28,0%	68	9,3%
Keine Angabe	0	0,0%	1	0,6%	1	0,1%
Gesamt	576	100,0%	157	100,0%	733	100,0%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000

Eigene Berechnungen

Tabelle 8.2.2.8: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Vertrauen in die Schulmedizin, 2000

Vertrauen	Krebsabstrich	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
Voll	Ja	308	90,58%	86,51	94,67
	Nein	32	9,41%	5,33	13,49
Viel	Ja	349	87,68%	83,45	91,93
	Nein	49	12,31%	8,07	16,55
Wenig	Ja	70	85,36%	75,31	95,42
	Nein	12	14,63%	4,58	24,69
Keine	Ja	3	60,00%	3,57	100,00
	Nein	2	40,00%	0,00	96,43

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.2.7: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Bildung und Versorgungsstruktur, 2000

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Inanspruchnahme in % (99% Konfidenzintervall)			
	Ambulatorium	Facharzt	Hausarzt	Krankenhaus
Pflichtschule (n=249)	2,01% (0,0 4,3)	80,7% (74,3 87,2)	2,8% (0,1 5,5)	14,5% (8,7 20,2)
Lehre (n=169)	0,6% (0,0 2,1)	91,1% (85,5 96,8)	2,4% (0,0 5,4)	5,9% (1,2 10,6)
Fachschule (n=198)	1,5% (0,0 3,8)	91,4% (86,3 96,5)	2,5% (0,0 5,4)	4,6% (0,7 8,4)
Matura (n=81)	0,0% (0,0 0,0)	97,5% (93,1 100,0)	1,2% (0,0 4,4)	1,2% (0,0 4,4)
Universität (n=35)	0,0% (0,0 0,0)	100,0% (100,0 100,0)	0,0% (0,0 0,0)	0,0% (0,0 0,0)
Gesamt (N=732)	1,3%	88,8%	2,3%	7,7%

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse

Tabelle 8.2.2.5: Inanspruchnahme des Krebsabstrichs nach Alter und Zeitpunkt, 2000

Alter	Zeit	Anzahl	Prozent	99% Konfidenzintervall	
15-24	<3	45	97,82%	92,29	100,00
	3-5	1	2,17%	0,00	7,71
	>5	0	0,00%	0,00	0,00
25-34	<3	107	98,16%	94,85	100,00
	3-5	1	0,91%	0,00	3,27
	>5	1	0,91%	0,00	3,27
35-44	<3	194	91,94%	87,12	96,77
	3-5	11	5,21%	1,27	9,16
	>5	6	2,84%	0,00	5,79
45-54	<3	113	86,92%	79,31	94,54
	3-5	11	8,46%	2,17	14,75
	>5	6	4,61%	0,00	9,36
55-64	<3	69	84,14%	73,76	94,54
	3-5	4	4,87%	0,00	11,01
	>5	9	10,97%	2,08	19,87
65-74	<3	60	72,28%	59,63	84,94
	3-5	10	12,04%	2,84	21,25
	>5	13	15,66%	5,39	25,94
75-84	<3	23	39,65%	23,11	56,20
	3-5	9	15,51%	3,27	27,76
	>5	26	44,82%	28,01	61,65
>=85	<3	6	46,15%	10,54	81,77
	3-5	0	0,00%	0,00	0,00
	>5	7	53,84%	18,23	89,46

Quelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B-Gesundheitswesen, Steirische Telefonumfrage 2000

Bearbeitung: Joanneum Research, Institut für angewandte Statistik und Systemanalyse