



MA-L | Dezernat für
Gesundheitsplanung

Der Gesundheitsbericht für Wien orientiert sich ab dem Jahr 2000 am Erscheinungsjahr. Aus diesem Grund ist der vorliegende „Wiener Gesundheitsbericht 2000“ der Nachfolgebericht des „Gesundheitsberichtes für Wien 1998“. Auch weiterhin wird er die aktuellsten verfügbaren Daten zur Gesundheit der Wiener Bevölkerung aufweisen.

Wiener
Gesundheits
bericht
2000

Konzept

Mag. Monika CSITKOVICS
Mag. Klaudia WAIS
Dr. Eleonore BACHINGER

Berichterstellung

Mag. Monika CSITKOVICS
Mag. Klaudia WAIS

mit Beiträgen von

Mag. Hellmut RITTER
2.4 Bevölkerungsprognose

Dr. Wilhelm FRANK, Dr. Gerhard FÜLÖP, DDr. Ulrike KADI, Mag. Petra OFNER
3.6 Sozioökonomische Lage und Gesundheit
4.1 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes
4.6.3. Mortalität in Wien im regionalen Vergleich

Dr. Gerhard FÜLÖP
4.4.2.1 Regionale Unterschiede von Krebserkrankungen auf Bezirksebene
6.1.1 Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich

Univ.-Doz. Dr. Reinhart JARISCH, Dr. Wolfgang HEMMER, Dr. Mag. Stefan WÖHRL
4.2.2 Schwerpunkt Allergien I: Ursachen, Arten, Krankheitsformen, Auftretenshäufigkeit und Prävention

Univ.-Prof. Dr. Siegfried JÄGER
4.2.3 Schwerpunkt Allergien II: Langzeituntersuchung zur Dynamik von Inhalationsallergien in Wien

Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE, Barbara LEITNER
4.2.4 Rücken- und Kreuzbeschwerden
4.2.5 Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Dr. Sylvia MAYERHOFER
4.3.4.4 Das Wiener STD-Anbulatorium

Univ.-Prof. Dr. Siegfried KASPER
4.5.1.1 Depression aus medizinischer Sichtweise

Dr. Thomas FRÜHWALD
6.2 Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth PREISINGER
6.3 Osteoporose

Univ.-Prof. Dr. Stephan MADERSBACHER, Univ.-Prof. Dr. Gerald HAIDINGER, Dr. Christian TEMML
6.4.2 Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum

Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL
7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien

Univ. Prof. Dr. Ibrahim ELMADFA
7.3 Ernährung und Übergewicht

Mag. Thomas WINKLER
8 Gesundheitsversorgung in Wien

unter Mitarbeit von

Dr. Eleonore BACHINGER
Mag. Hellmut RITTER
Mag. Thomas WINKLER

Sekretariat

Sabine POETZL
Monika MENEDER
Johanna WITTMANN

Herzlichen Dank an die MitarbeiterInnen von

Bundesministerium für Landesverteidigung
Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
Institut für Medizinische Statistik
Magistratsabteilung 14 – ADV
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen
Magistratsabteilung 47 – Betreuung zu Hause
Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien
Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien
Österreichische Ärztekammer
Österreichische Dentistenkammer
Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
Statistik Österreich
Wiener Gebietskrankenkasse
Wiener Krankenanstaltenverbund
Wiener Landesverband für Psychotherapie

Englische Übersetzung

Mag. Verena BRAUNIZER

Lektorat

Mag. Linda STIFT

Endredaktion

Mag. Monika CSITKOVICS
Mag. Klaudia WAIS

Umschlaggestaltung

Mag. Christian Fischer

Grafische Produktion

Bernhard AMANSHAUSER

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:
Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion
Dezernat II – Gesundheitsplanung
Schottenring 24, A-1010 Wien
Tel.: +43-1-53114-76027
e-mail: men@mal.magwien.gv.at oder wit@mal.magwien.gv.at
Hersteller: AV-Druck plus GmbH, Wien

VORWORT

Regionale Gesundheitsberichte geben einen Überblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, zeigen darüber hinaus Gefährdungen und Rahmenbedingungen der Gesundheit auf und beschreiben die gesundheitliche Versorgung. Die in den Gesundheitsberichten gesammelten Daten bilden die Grundlage für die Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen, gleichzeitig wird die Bevölkerung über die gesundheitliche Lage informiert, um sie zu verstärktem Engagement für ihre Gesundheit zu motivieren.

Um den beschriebenen Anforderungen an einen Gesundheitsbericht gerecht zu werden, beinhaltet der vorliegende Wiener Gesundheitsbericht 2000 – wie in den Jahren davor – die Standardkapitel Demographie, Epidemiologie, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Darin wird die zeitliche Entwicklung in diesen Bereichen dargestellt; zum Teil werden auch regionale, nationale und internationale Vergleiche angestellt, um eine Standortbestimmung Wiens vornehmen zu können. Einige gesundheitspolitisch besonders relevante Themen wie Alkoholkonsum und Ernährungsverhalten der Bevölkerung, aber auch Depressionen, Rückenbeschwerden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden im vorliegenden Bericht von ExpertInnen auf diesen Gebieten beschrieben.

Inhaltliche Schwerpunkte bilden im diesjährigen Wiener Gesundheitsbericht die gesundheitliche Situation der älteren Wienerinnen und Wiener, wobei diese durch Beiträge zu den – im Alter besonders häufig vorkommenden – Gesundheitsproblemen Demenz, Osteoporose und Harninkontinenz abgedeckt wird, sowie der Themenbereich Allergie. Ergebnisse aus vielen Ländern legen nahe, dass die Verbreitung von Allergien in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen hat. Darüber hinaus werden im Wiener Gesundheitsbericht 2000 die Aufgaben und Ziele der Gesundheitsberichterstattung und das – den Gesundheitszustand nicht unwesentlich beeinflussende – Rauch- und Bewegungsverhalten sowie die sozioökonomische Lage der Wiener Bevölkerung dargestellt.

Vertiefende Darstellungen der Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen bzw. einzelner Gesundheitsthemen geben die Spezialberichte zur Gesundheit, z. B. Wiener Kinder-, Männer-, SeniorInnen-, MigrantInnen-, Frauengesundheitsbericht und die zweimal jährlich erscheinenden Statistischen Mitteilungen zur Gesundheit in Wien.

Wien, November 2000

Der amtsführende Stadtrat für
Gesundheits- und Spitalswesen



Dr. Sepp Rieder

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE
HEALTH MONITORING – TASKS AND GOALS



DEMOGRAPHIE
DEMOGRAPHY



SOZIOÖKONOMISCHE LAGE
SOCIO-ECONOMIC SITUATION



EPIDEMIOLOGIE
EPIDEMIOLOGY



**GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN
UND JUGENDLICHEN**
CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' STATE OF HEALTH



GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN
THE STATE OF HEALTH OF THE ELDERLY



GESUNDHEITSVERHALTEN
HEALTH BEHAVIOUR



GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN
HEALTH CARE IN VIENNA



INHALT

1	GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE	25
1.1	Historischer Rückblick	25
1.2	Definition „Gesundheitsberichterstattung“	26
1.3	Aufgaben und Ziele	27
1.4	Berichtstypen	27
1.4.1	Überblicksberichte	28
1.4.2	Spezialberichte	28
1.5	Lokale Gesundheitsberichterstattung	29
1.6	Bisherige Publikationen	30
2	DEMOGRAPHIE	33
2.1	Bevölkerungsstruktur	33
2.1.1	Allgemeine demographische Entwicklung	33
2.1.2	Bevölkerung nach Bezirken	35
2.1.3	Ausländische Bevölkerung	38
2.2	Bevölkerungsbewegung	39
2.2.1	Natürliche Bevölkerungsbewegung	40
2.2.1.1	Fruchtbarkeit	40
2.2.1.2	Sterblichkeit	44
	Sterberate	44
	Sterblichkeitsentwicklung	46
	Säuglingssterblichkeit	46
2.2.2	Wanderungen	49
2.3	Lebenserwartung	50
2.4	Bevölkerungsprognose	52
2.4.1	Prognoseannahmen und EinwohnerInnenentwicklung	52
2.4.2	Prognose der Altersverteilung	53
3	SOZIOÖKONOMISCHE LAGE	59
3.1	Bildungshöhe	60
3.2	Erwerbsstatus	63
3.2.1	Arbeitslosigkeit	63
3.3	Berufliche Stellung	65
3.4	Einkommenshöhe	65
3.5	Wohnverhältnisse	65
3.6	Sozioökonomische Lage und Gesundheit	66
4	EPIDEMIOLOGIE	73
4.1	Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes	73
4.2	Chronische Erkrankungen	76
4.2.1	Chronische Erkrankungen allgemein	76
4.2.2	SCHWERPUNKT ALLERGIEN I: Ursachen, Arten, Krankheitsformen, Auftretenshäufigkeit und Prävention	80
4.2.2.1	Arten und Krankheitsformen von Allergien	81
4.2.2.2	Häufigkeit und Verteilung von Allergenen	82
	Inhalationsallergien	82
	Nahrungsmittelallergien	84
	Insektengiftallergie	84
	Kontaktallergien	85

4.2.2.3	Epidemiologische Daten zur Verbreitung von allergischen Erkrankungen insgesamt	88
4.2.2.4	Risikofaktoren (Ursachen für das Entstehen von Allergien)	88
4.2.2.5	Folgen hinsichtlich der Lebensqualität, Auswirkungen auf Familie und Beruf	88
4.2.2.6	Prävention und Früherkennung	89
4.2.2.7	Behandlungsmöglichkeiten	91
4.2.2.8	Einrichtungen für die Behandlung von Allergien	92
4.2.2.9	Gesundheitspolitische Relevanz, Ziele und Handlungsbedarf (Beratung, Behandlung, Aufklärung)	92
4.2.3	SCHWERPUNKT ALLERGIEN II:	
	Langzeituntersuchung zur Dynamik von Inhalationsallergien in Wien	93
4.2.3.1	Testspektrum und PatientInnenauswahl	94
4.2.3.2	Statistische Auswertung	94
4.2.3.3	Quantifizierung des Allergenangebotes	94
4.2.3.4	Resultate	96
4.2.3.5	Zusammenfassung der Trends	97
4.2.3.6	Diskussion	98
4.2.4	Rücken- und Kreuzbeschwerden	99
4.2.4.1	Ergebnisse der SERMO-Studie in Wien	99
4.2.4.2	Risikofaktoren von Rückenschmerzen	101
4.2.4.3	Stellenwert der Prävention	101
4.2.5	Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	102
4.3	Infektionskrankheiten	106
4.3.1	Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS	106
4.3.2	Tuberkulose	109
4.3.3	AIDS und HIV-Infektionen	114
4.3.3.1	Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen	117
4.3.3.2	Vergleich Wiens mit den Bundesländern und deutschen Städten	118
4.3.3.3	Hauptbetroffenengruppen	121
4.3.4	Geschlechtskrankheiten	122
4.3.4.1	Gonorrhoe	123
4.3.4.2	Lues (Syphilis)	124
4.3.4.3	Andere Geschlechtskrankheiten	125
4.3.4.4	Das Wiener STD-Ambulatorium	125
4.3.5	Influenza und grippale Infekte	130
4.4	Krebs	132
4.4.1	Krebsinzidenz	133
4.4.2	Krebsmortalität	136
4.4.2.1	Regionale Unterschiede auf Bezirksebene	137
4.5	Mentale Gesundheit/psychische Störungen	141
4.5.1	Depression	141
4.5.1.1	Depression aus medizinischer Sichtweise	143
	Ursachen und Häufigkeit depressiver Krankheitsbilder	143
	Symptome und Diagnostik	143
	Therapie der Depression	144
	Gesundheitspolitische Relevanz	145
4.5.2	Suizid und Suizidversuch	146
4.5.2.1	Suizide	146
4.5.2.2	Suizidversuche	150
4.5.2.3	Ursachen	151
4.5.2.4	Suizidprävention	152
4.5.3	Psychiatrische Behandlungen	153
4.5.3.1	Abgangsdiaagnosen	153

4.5.4	Psychotherapien	157
4.5.4.1	Indikation	158
4.5.4.2	Methoden	158
4.5.4.3	Der Beruf der PsychotherapeutInnen	160
4.5.5	Medikamentenkonsum	161
4.5.5.1	Diagnose: Schlafstörungen	163
4.6	Todesursachen	165
4.6.1	Todesursachenstatistik	166
4.6.2	Todesursachen im zeitlichen Vergleich	171
4.6.2.1	Todesursachen der unter 75-jährigen WienerInnen (1998)	174
4.6.3	Mortalität in Wien im regionalen Vergleich	175
4.7	Krankenstände	177
4.7.1	Krankenstandsfälle	177
4.7.2	Krankenstandsdauer	180
4.8	Spitalsentlassungsstatistik	185
5	GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	191
5.1	Geburtenstatistik	191
5.1.1	Geburtsgewicht	191
5.1.2	Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht	191
5.1.3	Todesursachen bei Säuglingen	193
5.2	Haltungsstörungen	197
5.3	Gesundheit und Gesundheitsverhalten im internationalen Vergleich	201
5.3.1	Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden	201
5.3.2	Beschwerden und Symptome	203
5.3.3	Zahnpflege	203
5.3.4	Rauchen	204
5.3.5	Alkoholkonsum	206
5.3.6	Suizid	208
5.4	Stellungsuntersuchungen 1999	209
6	SCHWERPUNKT: GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN	213
6.1	Subjektive Gesundheit der Wiener SeniorInnen	213
6.1.1	Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich	215
6.2	Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns	217
6.2.1	Zur Epidemiologie der Demenz	219
6.2.2	Zur Diagnose der Demenz	219
6.2.3	Depression und Demenz	220
6.2.4	Zur Prävention und Therapie der Demenz	221
6.2.5	Zum Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind	223
6.3	Osteoporose	224
6.3.1	Definition der Osteoporose	224
6.3.2	Ursachen von Osteoporose und Risikofaktoren	225
6.3.3	Epidemiologie der Osteoporose	226
6.3.4	Folgen von Osteoporose	226
6.3.5	Prävention und Früherkennung der Osteoporose	226
6.3.6	Therapie der Osteoporose	227
6.3.7	Einrichtungen und Leistungen	227
6.3.8	Gesundheitspolitische Relevanz	228
6.4	Harninkontinenz	228
6.4.1	Ursachen und Formen von Harninkontinenz	228
6.4.2	Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum	229

6.4.3 Methodik	230
6.4.3.1 Ergebnisse	230
Prävalenz der Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern	230
Einfluss der Harninkontinenz auf Lebensqualität und Sexualeben	232
Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz	233
7 GESUNDHEITSVERHALTEN	237
7.1 Rauchen	238
7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien	242
7.2.1 Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke und die Getränkepräferenzen in Wien und in Österreich	243
7.2.2 Die Wiener Konsumsitten	245
7.2.3 Die Sterblichkeit an Leberzirrhose	245
7.2.4 Alkoholunfälle	246
7.3 Ernährung und Übergewicht	248
7.3.1 Ernährungssituation der Wiener Bevölkerung	248
7.3.1.1 Ernährungserhebungen in Wien	249
7.3.1.2 Erwachsene	250
7.3.1.3 Kinder und Jugendliche	252
7.3.1.4 Schwangere und Stillende	252
7.3.1.5 SeniorInnen	253
7.3.1.6 Fazit	253
7.3.2 Übergewicht	254
7.3.2.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen	255
7.4 Bewegung und Sport	257
7.5 Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen	260
7.5.1 Ergebnisse der Untersuchungen	262
7.6 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind	265
7.6.1 Mutter-Kind-Pass/Vorsorgemedizinische Beratungsstellen	265
7.6.2 Die Wiener Elternberatungsstellen	267
7.6.3 Perinatalzentren	269
8 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN	273
8.1 Intramurale (stationäre) Versorgung	274
8.2 Extramurale (ambulante) Versorgung	280
8.2.1 Ambulatorien	281
8.2.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien	282
8.2.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	284
8.2.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst	284
8.2.5 Hebammen	284
8.2.6 Ausbildung in Wien	286
8.2.7 Psychosoziale Betreuung	286
8.2.7.1 Kuratorium Psychosozialer Dienste	286
8.2.7.2 PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen	287
8.3 Ärztinnen und Ärzte	288
8.3.1 Aktueller Stand der ärztlichen Versorgung	288
8.3.2 Betreuung durch ÄrztInnen	289
8.3.3 Kassenärztliche Versorgung	289
8.3.3.1 Visiten	294
8.4 ZahnärztInnen und DentistInnen	297
8.5 Apotheken	299
8.6 Wiener Rettungsdienste	301

TABELLENVERZEICHNIS

2 DEMOGRAPHIE

Tabelle 1:	Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Alter, 1999	34
Tabelle 2:	Bevölkerung nach Bundesländern und Alter, 1999	35
Tabelle 3:	EinwohnerInnenzahlen nach Bezirken, Veränderungen zwischen 1981–1999	36
Tabelle 4:	Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und AusländerInnenanteil nach Bezirken, 1999	36
Tabelle 5:	Ausländische Wohnbevölkerung in Wien, 1999	38
Tabelle 6:	Bevölkerungsbewegung in Wien	40
Tabelle 7:	Lebendgeborene und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer nach Bezirken, Wien 1999	42
Tabelle 8:	Altersspezifische Fertilitätsraten in Wien, 1999	43
Tabelle 9:	Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 1999	45
Tabelle 10:	Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978 bis 1999	47
Tabelle 11:	Entwicklung der Lebenserwartung in Wien	51
Tabelle 12:	Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 1999	51
Tabelle 13:	Realisierte demographische Indikatoren und Prognoseannahme Wien, 1999	53
Tabelle 14:	Prognose der demographischen Belastungsquoten, Wien bis 2050	54
Tabelle 15:	Prognose der Altersentwicklung der Wiener Bevölkerung nach Geschlecht bis 2050	55

3 SOZIOÖKONOMISCHE LAGE

Tabelle 1:	Bildungshöhe nach Alter und Geschlecht, Wien 1998	60
Tabelle 2:	Teilnahme am Erwerbsleben der über 15-jährigen WienerInnen, 1998	63
Tabelle 3:	Arbeitslose im Jahresdurchschnitt, Wien 1999	63
Tabelle 4:	Arbeitslosenrate in Wien im Jahresdurchschnitt, 1999	64
Tabelle 5:	Arbeitslosenquote nach Alter und Geschlecht, Wien 1999	64
Tabelle 6:	Berufliche Stellung der WienerInnen im Jahresdurchschnitt, 1998	65
Tabelle 7:	Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach sozialen Schichten in Wien, 1991	69

4 EPIDEMIOLOGIE

Tabelle 1:	Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht, Wien 1995	77
Tabelle 2:	Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1995	78
Tabelle 3:	Sensibilisierungsraten gegenüber verschiedenen Inhalationsallergenen im Raum Wien	83
Tabelle 4:	Anamnestiche Nahrungsmittelunverträglichkeit bei 487 konsekutiven PatientInnen mit primärer Überweisungsdiagnose Inhalationsallergie	84
Tabelle 5:	Reaktionstyp und auslösendes Insekt bei 340 konsekutiven PatientInnen (152 Männer, 188 Frauen) mit Verdacht auf Insektengiftallergie	85
Tabelle 6:	Epikutantestergebnisse bei 2.660 PatientInnen; 49,7 Prozent mit mind. einem positiven Testergebnis	87
Tabelle 7:	Zusammenhang zwischen Tierhaarsensibilisierung und Tierbesitz	90
Tabelle 8:	Anzahl der jährlich getesteten Personen positiver Reaktion gegen mindestens ein Inhalationsallergen im Blut	95
Tabelle 9:	Jährliche Summen und ihre Veränderung der in der Wiener Luft angetroffenen Pollen	95
Tabelle 10:	Trends bei den jährlichen Pollen- und Sporenmengen	96
Tabelle 11:	Trends bei den jährlichen Sensibilisierungsraten	96
Tabelle 12:	Korrelation zwischen Menge inhalierter Partikel und der Produktion spezifischer IgE-Antikörper im Körper von PatientInnen mit Inhalationsallergie	97
Tabelle 15:	Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999	108
Tabelle 16:	Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–1999	111
Tabelle 17:	Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–1999	112
Tabelle 18:	Todesfälle an Tuberkulose 1981–1999	113

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 19:	HIV/AIDS-Epidemie, weltweite Verbreitung 1999	115
Tabelle 20:	AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–1999	117
Tabelle 21:	Neuerkrankungen an AIDS in Wien nach Geschlecht, 1987–1999	118
Tabelle 22:	Neuerkrankungen an AIDS in Österreich nach Geschlecht, 1987–1999	119
Tabelle 23:	AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 1999 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)	120
Tabelle 24:	AIDS-Risikogruppen in Österreich, 1999	121
Tabelle 25:	Geschlechtskrankheiten in Wien, 1999	123
Tabelle 26:	Festgestellte Gonorrhoe- und Lues-Erkrankungen am STD-Ambulatorium, 1997–1999	126
Tabelle 27:	Geschlechtskrankheiten-Inzidenz (Gonorrhoe und Lues), Wien 1998 und 1999	127
Tabelle 28:	STD-Inzidenz (Gruppe I und Gruppe II), Wien 1999	128
Tabelle 29:	Behandlungen von Geschlechtskrankheiten (inklusive Sicherheitsbehandlungen) am STD-Ambulatorium, 1999	128
Tabelle 30:	Behandlung anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten am STD-Ambulatorium, 1999	129
Tabelle 31:	Influenza und grippale Infekte, 1981–1999	131
Tabelle 32:	Krebsinzidenz nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 1997	135
Tabelle 33:	Hauptformen depressiver Erkrankungen nach ICD-10	144
Tabelle 34:	Symptome der depressiven Episode nach ICD-10	144
Tabelle 35:	Wichtigste Mythen bzw. Fallgruben bei der Diagnose und Therapie von Depressionen	145
Tabelle 36:	Suizid und Suizidversuch (absolute Häufigkeit), Wien 1991–1999	148
Tabelle 37:	Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999	149
Tabelle 38:	Suizid und Suizidversuch nach Alter (absolute Häufigkeit), Wien 1999	149
Tabelle 39:	Suizide bezogen auf den Familienstand pro 100.000 EW, Wien 1999	150
Tabelle 40:	Suizid und Suizidversuch nach dem angewandten Mittel der Todesart, Wien 1999	151
Tabelle 41:	Stationäre PatientInnen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999	154
Tabelle 42:	Abgangsdiagnosen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999	156
Tabelle 43:	Psychotherapien: Bewilligte Anträge (WGKK) und konsumierte Behandlungen 1999	159
Tabelle 44:	Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika, Österreich 1999	162
Tabelle 45:	Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Geschlecht und Alter, Österreich 1999	163
Tabelle 46:	Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen, Österreich 1999	163
Tabelle 47:	Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter, Österreich 1999	164
Tabelle 48:	Sterbefälle und Obduktionen, Wien 1999	166
Tabelle 49:	Häufigste Todesursachen, Wien 1999	168
Tabelle 50:	Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 1999	168
Tabelle 51:	Todesursachenhäufigkeit nach Geschlecht und Alter in Wien, 1992 und 1999	171
Tabelle 52:	Die altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung insgesamt und nach den Haupttodesursachen, Wien 1980–1999	173
Tabelle 53:	Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Todesursachen, Veränderungen in Wien zwischen 1998 und 1999	173
Tabelle 54:	Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999	178
Tabelle 55:	Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999	179
Tabelle 56:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999	180
Tabelle 57:	Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999	181
Tabelle 58:	Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen, Wien 1999	183
Tabelle 59:	Spitalsentlassungsstatistik 1998 nach Geschlecht	186
Tabelle 60:	Spitalsentlassungsstatistik 1998 nach Abgangsstatus und Aufenthaltsdauer	187

5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Tabelle 1:	Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 1999	192
Tabelle 2:	Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999	192
Tabelle 3:	Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999	193
Tabelle 4:	Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 1998	194
Tabelle 5:	Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 1999	194
Tabelle 6:	Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Legitimität und Geburtsgewicht, 1999	195
Tabelle 7:	Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 1999	196
Tabelle 8:	Untersuchungsbefunde der schulärztlichen Untersuchungen, Wien, Schuljahr 1995/6 und 1999/2000, Häufigkeiten in Prozent	198
Tabelle 9:	Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen in den Schuljahren 1998/99 und 1999/00	199
Tabelle 10:	Haltungsturnen und Einlagenverordnungen, Wien 1998/99 und 1999/00	199
Tabelle 11:	Veranlassungen von Haltungsturnen nach Alter, Wien 1998/99 und 1999/00	199
Tabelle 12:	Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen (Schuljahr 1986/87–1999/00)	200
Tabelle 13:	Faktoren, die mit dem Rauch-Experimentierverhalten zusammenhängen	205
Tabelle 14:	Faktoren, die mit dem häufigeren Trinken von alkoholischen Getränken zusammenhängen	207
Tabelle 15:	Befunde der Stellungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1981, Wien 1999	210

6 GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN

Tabelle 1:	WHO-Kriterien für Osteoporose bei Frauen	224
Tabelle 2:	Ursachen für Osteoporose	225
Tabelle 3:	Beschreibung der Stichprobe und Gesamtpopulation	230
Tabelle 4:	Harninkontinenz nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998/1999	231
Tabelle 5:	Extrapolation der Daten für Wien/Österreich, 1998/99	231
Tabelle 6:	Einfluss der Harninkontinenz auf die Lebensqualität nach Geschlecht	232

7 GESUNDHEITSV ERHALTEN

Tabelle 1:	Raucherstatus und Raucherfrequenz nach Geschlecht, Wien 1997	239
Tabelle 2:	Der Pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken in Litern, in Litern reinen Alkohols; in Prozent des Gesamtverbrauchs an reinem Alkohol pro Kopf; Durchschnittswerte für jeweils 5 Jahre, Österreich	244
Tabelle 3:	Der Pro-Kopf-Konsum an Litern Bier in den Bundesländern und in Österreich; 1955, 1965, 1975, 1985, 1994	244
Tabelle 4:	Die Sterblichkeit an Leberzirrhose in Wien und in Österreich, auf 100.000 EW der entsprechenden Bevölkerung, Mittelwerte für jeweils 5 Jahre	246
Tabelle 5:	Alkoholunfälle, hierbei Verunglückte und davon Gestorbene auf 100.000 EW der Wohnbevölkerung, Durchschnittswerte für jeweils 5 Jahre	247
Tabelle 6:	Übergewicht nach Geschlecht, Bildungsabschluss und Alter, Vorsorgeuntersuchungen 1999	256
Tabelle 7:	Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach (abgeschlossener) Schulbildung, Österreich 1994 (in %)	257
Tabelle 8:	Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Teilnahme am Erwerbsleben, Österreich 1994 (in %)	257
Tabelle 9:	Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Berufsschicht, Österreich 1994 (in %)	258
Tabelle 10:	Vorsorgeuntersuchungen, Österreich und Wien, 1998 und 1999	261
Tabelle 11:	Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern, 1999	261
Tabelle 12:	Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15, 1999	263
Tabelle 13:	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1998	266

8 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN

Tabelle 1:	Fondskrankenanstalten	277
Tabelle 2:	Sonstige Krankenanstalten	278
Tabelle 3:	Pflegeanstalten für chronisch Kranke	279
Tabelle 4:	Private Krankenanstalten in Form von selbständigen Ambulatorien, 1999	281
Tabelle 5:	Nichtärztliches Personal der selbstständigen Ambulatorien, Stand 31.12.1999	281
Tabelle 6:	Tätigkeiten der Mobilen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Gemeinde Wien für das Jahr 1999	283
Tabelle 7:	Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	284
Tabelle 8:	Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste	284
Tabelle 9:	Hebammen	285
Tabelle 10:	Ausbildungen in Wien gemäß Gesundheits- und Krankenpflege-, MTD-, MTF-SHD- und Hebammengesetz, 1999	286
Tabelle 11:	Leistungen des Psychosozialen Dienstes (PSD), 1999	287
Tabelle 12:	Eingetragene PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Wien 1999	287
Tabelle 13:	ÄrztInnen nach Ausbildungskategorie, 1999	288
Tabelle 14:	Betreuung der Wiener Bevölkerung durch ÄrztInnen 1999	289
Tabelle 15:	Krankenversicherung: Versicherte Mitglieder in Wien am Jahresende 1999	290
Tabelle 16:	Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen mit Gebietskrankenkassenvertrag 1981–1999	290
Tabelle 17:	Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und niedergelassene FachärztInnen mit Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 1999	292
Tabelle 20:	Übersicht über die 1999 in Wien durchgeführten Visiten	294
Tabelle 18:	Niedergelassene FachärztInnen mit Gebietskrankenkassenvertrag, 1999	295
Tabelle 19:	EinwohnerInnen je niedergelassener Fachärztin/niedergelassenem Facharzt mit Gebietskrankenkassenvertrag nach Bezirken, 1999	296
Tabelle 21:	Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen	297
Tabelle 22:	Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen mit Gebietskrankenkassen-Vertrag nach Bezirken, 1999	298
Tabelle 23:	Anzahl der Apotheken nach Bezirk, 1999	300
Tabelle 24:	Tätigkeiten der „Rettungsgemeinschaft 144“, 1999	304
Tabelle 25:	Abgabeorte der MA-70-Krankenbeförderung, 1999	304

GRAFIKVERZEICHNIS

2 DEMOGRAPHIE

Grafik 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Alter im zeitlichen Vergleich, Wien 1971–1999	34
Grafik 2: Anteil der unter 19-Jährigen an der Wiener Wohnbevölkerung, 1999	37
Grafik 3: Anteil der 60-jährigen und älteren Personen an der Wiener Wohnbevölkerung, 1998	37
Grafik 4: Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–1999	41
Grafik 5: Gesamfruchtbarkeitsrate nach Bezirken, Wien 1999	42
Grafik 6: Entwicklung der Gesamfruchtbarkeitsrate, Wien 1981 bis 1999	43
Grafik 7: Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter, Wien 1961–1999	44
Grafik 8: Verstorbene WienerInnen nach Alter, Wien 1999	45
Grafik 9: Mortalitätsentwicklung (altersstandardisiert), Wien 1980–1999	46
Grafik 10: Entwicklung: Totgeborene und Säuglingssterblichkeit in Wien	48
Grafik 11: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, 1978 bis 1999	48
Grafik 12: Wanderungsbilanz 1971 bis 1999	49

3 SOZIOÖKONOMISCHE LAGE

Grafik 1: Bildungshöhe nach Geschlecht und insgesamt, Wien 1998	60
Grafik 2: Bildungshöhe der Wiener Frauen nach Alter, 1998	61
Grafik 3: Bildungshöhe der Wiener Männer nach Alter, 1998	61
Grafik 4: Bildungshöhe der WienerInnen im zeitlichen Verlauf, 1971 bis 1998	62
Grafik 5: Bildungshöhe nach Bundesländern, 1998	62
Grafik 6: Sozioökonomische Typisierung der Wiener Gemeindebezirke	67
Grafik 7: Anteil der Nie-RaucherInnen, 1991	68

4 EPIDEMIOLOGIE

Grafik 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Männer, Wien 1991	74
Grafik 2: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Frauen, Wien 1991	75
Grafik 3: Verteilung der chronischen Krankheiten, Wien 1995	76
Grafik 4: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1995	77
Grafik 5: Anteil chronisch Kranker nach Altersgruppen, Wien 1995	78
Grafik 6: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern nach Alter, 1995	79
Grafik 7: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Frauen nach Alter, 1995	79
Grafik 8: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Geschlecht, Wien 1995	100
Grafik 9: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Altersgruppen, Wien 1995	100
Grafik 10: Schäden an der Wirbelsäule nach Altersgruppen, Wien 1995	101
Grafik 11: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen Gestorbene nach Todesursache und Geschlecht, Wien 1999 (Absolutzahlen)	103
Grafik 12: Alterstandardisierte Sterbeziffern von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien (auf 100.000 EinwohnerInnen) 1980–1998	103
Grafik 13: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Männer nach Todesursache und Alter, 1997 (Absolutzahlen)	104
Grafik 14: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Frauen nach Todesursache und Alter, 1997 (Absolutzahlen)	104
Grafik 15: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Männern in Wien nach Todesursache und Jahr	105
Grafik 16: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Frauen in Wien nach Todesursache und Jahr	105
Grafik 18: Prävalenz der aktiven Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–1999	111
Grafik 19: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–1999	113
Grafik 20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–1999	117

Grafik 21: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–1999 (Österreich und Wien)	118
Grafik 22: AIDS-Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen in den einzelnen Bundesländern, 1999 und kumulativ seit 1983	119
Grafik 23: AIDS-Inzidenz: Vergleich Wiens mit deutschen Großstädten, 1998	120
Grafik 24: AIDS-Risikogruppen, Österreich 1999	121
Grafik 25: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–1999	122
Grafik 26: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999	123
Grafik 27: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999	124
Grafik 28: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999	124
Grafik 29: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999	125
Grafik 30: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 1999/2000	130
Grafik 31: Wöchentliche Absenzen Winter 1999/2000 (laut Meldungen der WGKK)	131
Grafik 32: Häufigste bösartige Neubildungen – Ersterkrankung, Wien 1997	134
Grafik 33: Häufigste Krebserkrankungen als Todesursache, Wien 1999	136
Grafik 34: Krebsmortalität der Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998	137
Grafik 35: Krebsmortalität der Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998	138
Grafik 36: Lungenkrebsmortalität nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)	139
Grafik 37: Brustkrebsmortalität nach Bezirken, Wien 1989–1998 (weiblich)	139
Grafik 38: Darmkrebsmortalität nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)	140
Grafik 39: Prostatakrebsmortalität nach Bezirken, Wien 1989–1998	140
Grafik 40: Depressive Störungen nach Geschlecht (in %)	142
Grafik 41: Suizidraten in ausgewählten europäischen Ländern	147
Grafik 42: Suizide in Wien 1853–1998	147
Grafik 43: Suizid nach Geschlecht, Wien 1991–1999	148
Grafik 44: Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999	149
Grafik 45: Häufigste Abgangsdagnosen im Fachbereich Psychiatrie nach Geschlecht, 1999	155
Grafik 46: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Geschlecht	161
Grafik 47: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Altersgruppen	162
Grafik 48: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen	164
Grafik 49: Die 5 häufigsten Todesursachengruppen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, Wien 1999	172
Grafik 50: Die 5 häufigsten Todesursachengruppen im Alter von über 45 Jahren, Wien 1999	172
Grafik 51: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Männer, 1988–1998 nach Diagnosenobergruppen	174
Grafik 52: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Frauen, 1988–1998 nach Diagnosenobergruppen	175
Grafik 53: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998	176
Grafik 54: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998	176
Grafik 55: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten (Wien 1999)	179
Grafik 56: Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall (ArbeiterInnen und Angestellte), Wien 1999	182
Grafik 57: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles in Tagen, 1988–1999 (Österreich)	184

5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Grafik 1: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die sich als „sehr gesund“ einschätzen (in %)	202
Grafik 2: Anteil der 11- und 15-jährigen SchülerInnen, die sich mindestens einmal in der Woche bedrückt fühlen (innerhalb des letzten halben Jahres in %)	202
Grafik 3: Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche unter Kreuzschmerzen leiden (in %)	204
Grafik 4: Anteil der SchülerInnen, die sich öfter als einmal am Tag die Zähne putzen (in %)	204
Grafik 5: Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche rauchen (in %)	206
Grafik 6: Anteil der SchülerInnen, die zumindest einmal in der Woche Bier, Wein oder Spirituosen konsumieren (in %)	207
Grafik 7: Suizidrate bei Jugendlichen (pro 100.000 EinwohnerInnen)	208
Grafik 8: Tauglichkeit nach Bundesländern, 1999 (Geburtsjahrgang 1981)	209
Grafik 9: Tauglichkeit nach Berufsgruppen (Geburtsjahrgang 1981), Wien und Österreich 1999	210

6 GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN

Grafik 1: Beurteilung des Gesundheitszustandes durch Wiener SeniorInnen, 1998	213
Grafik 2: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht, Wien 1998	214
Grafik 3: Subjektive Gesundheit nach Alter, Wien 1998	214
Grafik 4: Subjektive Gesundheit nach früherer beruflicher Stellung, Wien 1998	215
Grafik 5: Über 60-jährige Männer mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken	216
Grafik 6: Über 60-jährige Frauen mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken	216
Grafik 7: Harninkontinenz bei Frauen und Männern nach Alter, Österreich 1998/99	231

7 GESUNDHEITSV ERHALTEN

Grafik 1: RaucherInnenanteil nach Bundesländern, 1997	238
Grafik 2: Anteil der RaucherInnen, Wien 1979, 1986 und 1997	239
Grafik 3: Raucherstatus in Wien nach Alter: tägliche RaucherInnen, 1997	240
Grafik 4: Anteil der RaucherInnen nach Höhe des Schulabschlusses, Wien 1997	241
Grafik 5: Anteil der RaucherInnen nach Erwerbsstatus, Wien 1997	241
Grafik 6: Anteil der Energieträger in der typischen Wiener Ernährung	249
Grafik 7: Werden Vitamine und Mineralstoffe in ausreichenden Mengen konsumiert?	250
Grafik 8: Lebensmittelaufnahme 26- bis 55-jähriger ÖsterreicherInnen (g/d)	251
Grafik 9: Getränkeaufnahme (g/d) österreichischer Männer und Frauen	251
Grafik 10: Übergewicht nach Alter und Bildungsabschluss	256
Grafik 11: Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber 1998 nach Bundesländern, in % (auf 10.000 EW)	262
Grafik 12: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen 1999	264
Grafik 13: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen nach Geschlecht, 1999	264
Grafik 14: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern)	266

8 GESUNDHEITSV ERSORGUNG IN WIEN

Grafik 1: Hebammen, 1981–1998	285
Grafik 2: Zahl der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen mit Gebietskrankenkas senvertrag 1981–1999	291
Grafik 3: Niedergelassene ÄrztInnen und FachärztInnen mit WGKK nach Bezirken (auf 10.000 EinwohnerInnen), 1999	292
Grafik 4: EinwohnerInnen je niedergelassener/m Facharzt/Fachärztin mit WGKK (Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Radiologie)	293
Grafik 5: EinwohnerInnen je niedergelassener/m Facharzt/Fachärztin mit WGKK (Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Einwohnerinnen; Kinderheilkunde: Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre), 1999	294
Grafik 6: Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen, 1991–1999	297
Grafik 7: ZahnärztInnen und DentistInnen mit WGKK, Dichte nach Bezirken, 1999	298
Grafik 8: Apothekendichte nach Bezirken, 1998	300
Grafik 9: Einsätze „Notruf 144“, 1993–1999	302
Grafik 10: Häufigste Einsätze der „Rettungsgemeinschaft 144“ nach Einsatzgrund, 1999	303
Grafik 11: Häufigste Einsätze der „Rettungsgemeinschaft 144“ nach Einsatzgrund und Geschlecht	303

I.
GESUNDHEITS-
BERICHTERSTATTUNG –
AUFGABEN UND ZIELE

*HEALTH MONITORING –
TASKS AND GOALS*

I. GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

1	GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE	25
1.1	Historischer Rückblick	25
1.2	Definition „Gesundheitsberichterstattung“	26
1.3	Aufgaben und Ziele	27
1.4	Berichtstypen	27
1.4.1	Überblicksberichte	28
1.4.2	Spezialberichte	28
1.5	Lokale Gesundheitsberichterstattung	29
1.6	Bisherige Publikationen	30

1 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung schließt zwei große Bereiche ein: die Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner Gefährdung sowie die Analyse der Gesundheitssysteme.

Das Hauptziel der Gesundheitsberichterstattung stellt die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung der Bevölkerung dar. Dies soll durch das Erreichen folgender Teilziele realisiert werden: 1. Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen. 2. Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit. 3. Sachgerechte Information der BürgerInnen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.

Grundsätzlich kann zwischen zwei Arten von Gesundheitsberichtstypen unterschieden werden: Überblicksberichte und Spezialberichte.

Summary: Health monitoring – tasks and goals

Reporting on health is divided into two major fields of activities: surveillance of the state of health of a country's population and analysis of that country's health care system.

The main goal of health reports is to improve a country's state of health and its health care system. This is best achieved in the following ways: 1. By providing decision makers in politics, administration and health care with the data required to establish planning and control mechanisms. This will enable them to set well targeted measures. 2. By motivating decision makers and citizens to increasingly make health and health care their own cause. 3. By giving full information to people on the general state of health of the population and the main factors influencing it.

In principle, there are two types of health reports, overviews and detailed reports.

1.1 Historischer Rückblick

„Moderne“ Gesundheitsberichterstattung ist eine relativ neue Disziplin, die in den 80er Jahren entstand. Die Ursachen für das Forcieren einer „neuen“ Gesundheitsberichterstattung lagen:

- in der Diskussion um die Kosten und die Steuerung des Gesundheitswesens: Im Rahmen der Kosten-debatte im Gesundheitswesen wurden Fragen der Effektivität und Effizienz des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen diskutiert. Dabei wurde offensichtlich, dass das Gesundheitswesen Defizite aufweist. Um diese Mängel zu beheben und eine bedarfsgerechte Verteilung beschränkter Ressourcen zu erreichen, wurden verlässliche Orientierungsdaten über die vordringlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und über die Versorgungsstrukturen gefordert. Diese Daten sollten kontinuierlich zur Verfügung stehen, damit die Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen bewertet (evaluiert) werden können.
- in der Renaissance des bevölkerungsmedizinischen Gedankens (z. B. Public Health, Gesunde Städte/Regionen): Ausgehend von der „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewann das Konzept der Gesundheitsförderung an Bedeutung. Dabei gerieten die vielfältigen Bezüge zwischen der sozialen und ökologischen Umwelt des Menschen und seiner Gesundheit ins Blickfeld und

es kam zu einer Renaissance bevölkerungsmedizinischer Sichtweisen. Hier steht die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen statt jener von Individuen im Mittelpunkt. Es entstand ein Bedarf an Gemein Diagnosen und an Indikatoren für eine gesunde Stadt. Auf kommunaler Ebene wurden diese Impulse in den „Healthy Cities“-Projekten aufgegriffen. Die Bevölkerung soll informiert, aber auch zur Mitwirkung an der gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Lebensweisen motiviert werden. Gesundheitsberichterstattung soll durch geeignete Themenwahl, Darstellungsformen und „Vermarktungsstrategien“ die Öffentlichkeit für die Belange der Gesundheit sensibilisieren und so deren Gewicht im politischen Zusammenspiel erhöhen.

- im Unbehagen an der überkommenen Medizinalstatistik: Der dritte Anstoß kam von den öffentlichen Einrichtungen, die bis dahin Medizinalstatistik betrieben hatten. Es wurde ersichtlich, dass die bisherigen Statistiken fast ausschließlich Daten über Leistungsvolumina des öffentlichen Gesundheitsdienstes enthielten, die zudem größtenteils unkommentiert und in Tabellenform präsentiert wurden.¹

Die „neuen“ Gesundheitsberichte sind dadurch gekennzeichnet, dass

- Informationen aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragen werden und damit ein vollständigeres Bild der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung entsteht,
- die Daten nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet werden,
- die Ergebnisse gesundheitspolitisch bewertet werden und
- die Ergebnisse in verständlicher Form der Zielgruppe vermittelt werden.²

1.2 Definition „Gesundheitsberichterstattung“

Gesundheitsberichterstattung kann als „eine systematische Darstellung und Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung einschließlich ihrer Sicherung, strukturiert nach gesundheitspolitischen Zielfeldern“³ definiert werden. Die gesundheitliche Lage umfasst hierbei nicht nur den Gesundheitszustand, sondern auch seine Gefährdungen und die gesellschaftlichen Institutionen der Sicherung (Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung). Damit schließt die Gesundheitsberichterstattung zwei große Bereiche ein: die Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner Gefährdung sowie die Analyse des Gesundheitssystems.

Nach Ansicht des Sachverständigenrates, der 1985 in Deutschland durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einberufen wurde und zwölf Jahre lang an einem adäquaten Weg der Gesundheitsberichterstattung arbeitete, liefert die Gesundheitsberichterstattung „Informationen zur Erarbeitung von medizinischen Orientierungsdaten und ist dadurch zugleich die Grundlage für die Beurteilung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.“ Allerdings würden auch die besten Orientierungsdaten von PolitikerInnen und der Verwaltung das Setzen von Prioritäten erfordern und die Beteiligten nicht aus ihrer Verantwortung entlassen.⁴

¹ Vgl. KELLERHOF, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

² Vgl. KELLERHOF, M.: Berichtstypen. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

³ Vgl. SCHNEIDER, M.: Elemente einer Gesundheitsberichterstattung in den Gutachten des Sachverständigenrates für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. In: STREICH, W. et al.: Berichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 1998.

⁴ Ebd.

1.3 Aufgaben und Ziele

Das allgemeinste Ziel der Gesundheitsberichterstattung besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies soll durch das Erreichen folgender Teilziele realisiert werden:

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen.
- Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung.
- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.⁵

In Schlagworten zusammengefasst soll Gesundheitsberichterstattung

- Informieren,
- Orientieren,
- Motivieren,
- Evaluieren und
- Koordinieren.⁶

Gesundheitsberichte können in verschiedenster Hinsicht von Nutzen sein (z. B. Außendarstellung, Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, etc.). Ihren eigentlichen Zweck erfüllen sie aber erst dann, wenn sie gesundheitspolitisch relevant werden, d. h. wenn sie der Unterstützung von Entscheidungen dienen, die sich auf die Steuerung des Gesundheitswesens beziehen. Dabei kann es sich sowohl um Entscheidungen der Verwaltung als auch der Krankenkassen handeln.

Gesundheitspolitische Relevanz besitzen Gesundheitsberichte nur dann, wenn folgende Informationen vermittelt werden:

- **quantitative Indikatoren** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Aus dieser Information lassen sich Entscheidungen über **Schwerpunkte der Gesundheitspolitik** rational begründen.
- **Problemanalysen**, in welchen diese Zahlen interpretiert werden, Handlungsbedarf genannt wird und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Durch diese Information lassen sich politische Entscheidungen über **Strategien** ableiten.
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis alternativer Vorgehensweisen. Diese Informationen bilden die Grundlage für konkrete, erfolgversprechende **Maßnahmen**, jedoch sind diese nicht immer verfügbar, und müssen auch nicht unbedingt im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden.⁷

1.4 Berichtstypen

Grundsätzlich werden zwei Arten von Gesundheitsberichtstypen unterschieden:

- Überblicksberichte und
- Spezialberichte.

⁵ Vgl. KELLERHOF, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

⁶ Ebd.

⁷ WEBER, I.: Gesundheitspolitische Relevanz ausgewählter Gesundheitsberichte der Länder. In: STREICH, W. et al.: Berichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 1998.

1.4.1 Überblicksberichte

Überblicksberichte werden zumeist als „Gesundheit in ...“ oder „Gesundheitsbericht ...“ bezeichnet. Idealerweise stellt er die gesundheitliche Lage und Versorgung einer Region insgesamt, also im Überblick, dar. Eine solche Überblicksdarstellung sollte vordringliche Probleme im Gesundheitswesen der Region erkennbar machen. Als Beispiele können der jährlich erscheinende Wiener Gesundheitsbericht und der Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen angeführt werden.

Überblicksberichte sollten möglichst über folgende Themenbereiche Aussagen machen:

- Gesundheitszustand der Bevölkerung: Darunter fallen wichtige Basisdaten wie Lebenserwartung und Geburtenziffer, aber auch Daten zur Häufigkeit wichtiger Krankheiten.
- Rahmenbedingungen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen. Dazu zählen z. B. die demographische Entwicklung, die soziale Lage (Armut, Obdachlosigkeit, ...), die natürliche und technische Umwelt (Trinkwasserqualität, Luftverschmutzung, ...), der Lebensstil der Bevölkerung (Alkoholkonsum, körperliche Bewegung, ...).
- Einrichtungen des Gesundheitswesens: Z. B. stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen; medizinische, psychotherapeutische und pflegerische Einrichtungen; Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen; Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitswesens: Für die oben genannten Einrichtungen wird untersucht, wie stark sie von welchen Bevölkerungsgruppen mit welchen Gesundheitsproblemen in Anspruch genommen werden und welche Leistungen dabei in welchem Umfang erbracht werden.
- Personal im Gesundheitswesen: In diesem Kapitel können z. B. die Entwicklung der Ärztezahlin der beschriebenen Region, ihre Verteilung auf Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Tätigkeitsfelder oder die Ausbildungszahlen in den Krankenpflegeberufen dargestellt werden.
- Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Dieser Berichtsteil zielt darauf ab, die Kosten der regionalen gesundheitlichen Versorgung insgesamt zu beziffern, aber auch die Kosten von einzelnen Krankheiten, Einrichtungsformen und Leistungsbereichen zu ermitteln. Schließlich wird dargestellt, wie diese Kosten finanziert werden (z. B. über Krankenversicherung, Sozialhilfe, Eigenleistung der Betroffenen).
- Gesundheitspolitische Zielsetzungen der Region: Für die Öffentlichkeit sollte transparent gemacht werden, welche Zielsetzungen in den vergangenen Jahren von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen verfolgt wurden, ob diese Ziele verwirklicht werden konnten oder ob diese Ziele durch den aktuellen Problemüberblick verändert werden müssen.

1.4.2 Spezialberichte

Mit Spezialberichten können Überblicksberichte, die notwendigerweise oberflächlich bleiben müssen, vertieft werden. Es können zwei Arten von Spezialberichten unterschieden werden:

- Zielgruppenspezifische Berichterstattung: Thematisiert wird die gesundheitliche Lage und Versorgung spezieller Bevölkerungsgruppen (z. B. Frauengesundheitsbericht, Seniorengesundheitsbericht, Männergesundheitsbericht, Obdachlosenbericht).
- Sektorenspezifische Berichterstattung: Hier wird die Entwicklung in speziellen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung beschrieben (z. B. Krankenhausbericht, Psychiatriebericht).

Darüber hinaus ist auch eine Spezialisierung auf ausgewählte Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken möglich wie Krebsbericht, Bericht zu Umwelt und Gesundheit, etc.⁸

⁸ Vgl. KELLERHOF, M.: Berichtstypen. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

1.5 Lokale Gesundheitsberichterstattung

Städte und Gemeinden sind die Orte, an denen mehr als anderswo Gesundheit gefährdet und häufig sogar zerstört, zugleich aber auch erhalten, gefördert und wiederhergestellt wird. Aus diesen Gründen wurde in den letzten beiden Jahrzehnten die Kommune als vorrangiger Ort öffentlicher Gesundheitsförderung und Prävention entdeckt bzw. wiederentdeckt.

Wirksames öffentliches Gesundheitshandeln setzt mindestens dreierlei voraus:

- eine über Gesundheitsfragen gut informierte Öffentlichkeit,
- eine aktive Lobby für Gesundheit
- sowie reformorientierte Kontaktstellen im etablierten System.⁹

Hinzukommen müssen selbstverständlich engagierte und kompetente Träger kommunaler Gesundheitsprogramme oder -maßnahmen, seien es Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeprojekte oder professionelle, von Experten geleitete kommunale Gesundheitsprojekte.

Um die angesprochenen Gesundheitsprogramme oder -maßnahmen durchführen zu können, bedarf es einer Darstellung der gesundheitlichen Lage. Dabei müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie ist die gesundheitliche Situation, was sind die gesundheitlichen Probleme der interessierenden Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen (Gemeindediagnose)?
- Wie hat sich die gesundheitliche Situation in den letzten Jahren verändert (Trendbeurteilung)?
- Sind die vorgesehenen Strategien und Maßnahmen geeignet, die Situation in der gewünschten Richtung zu verändern (Prozess- und Ergebnisevaluation)?

Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es relevanter, das heißt entscheidungs- und handlungsbezogener, sowie zuverlässiger Gesundheitsinformationen über die betreffende Kommune und ihre EinwohnerInnen. Diese Einsicht hat in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion und in dem vom europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten „Gesunde-Städte-Projekt“¹⁰ frühzeitig zu der Forderung nach geeigneten Gesundheits- und Gesundheitsförderungs-Indikatoren geführt, nach einer problemorientierten Gesundheitsberichterstattung und nach Programmen und Projekten auf diesem Gebiet.

Eine wichtige und häufig nicht gegebene Voraussetzung kommunaler Gesundheitsberichterstattung sind geeignete Datenquellen. Dabei sind dreierlei Quellen von Interesse:

- routinemäßig von Behörden und Institutionen des Gesundheitswesens erhobene Daten wie Sterbe- und Krankheitsdaten;
- für spezifische Zwecke erhobene Daten, z. B. Daten aus Bevölkerungsbefragungen oder aus Befragungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens;
- auf Erfahrungen und Beobachtungen basierende Fallberichte oder Fallstudien (z. B. Erfahrungsberichte über Pflegeeinrichtungen oder über kommunale Gesundheitsförderungsprogramme).¹¹

⁹ KICKBUSCH, I.: Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. Internationaler AOK-/WHO-Kongress Hamburg, 13.5. – 6.6. 1989, Gesundheit als Herausforderung. AOK Hamburg, 1989. In: THIELE, W. et al.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin, 1990.

¹⁰ WHO Healthy Cities Project, KICKBUSCH, 1989

¹¹ NOACK, H.: Gesundheitsinformation für gesunde Städte: Voraussetzung lokaler Gesundheitsberichterstattung. In: THIELE, W. et al.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin, 1990.

1.6 Bisherige Publikationen

Die Wiener Gesundheitsberichterstattung ist Teil der Wiener Gesundheitsplanung. Sie liefert die Datengrundlagen für die Bereiche Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung.

Im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes erfolgt die Herausgabe der Publikationen des Dezernates für Gesundheitsplanung ohne Unterteilung in die Fachbereiche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung. Durch das Übergreifen der Themenbereiche ist eine strikte Trennung zwischen den einzelnen Bereichen nicht immer möglich.

In den Jahren 1995–1999 wurden vom Dezernat für Gesundheitsplanung folgende Berichte veröffentlicht:

Laufende Publikationen:

- Gesundheitsbericht für Wien (jährlich): Seit dem Gesundheitsbericht für Wien 1996 werden neben den Standardmodulen (Demographie, Epidemiologie, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung) Schwerpunktthemen in die Gesundheitsberichte aufgenommen. Folgende Themenbereiche wurden bisher ausführlich dargestellt:
 - 1996: Unfälle und Gewalt
 - 1997: Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen; Arbeit und Gesundheit
 - 1998: Arzneimittelversorgung; Komplementärmedizin; Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems
- Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien (zweimal jährlich): Die bisherigen Ausgaben der Statistischen Mitteilungen zur Gesundheit in Wien hatten folgende Themen zum Inhalt:
 - Heft 1996/1–2: Die Relevanz von Gesundheitssurveys für gegenwärtige Gesellschaften
 - Heft 1997/1: Einrichtungen und Leistungen der MA 15 – Gesundheitswesen
 - Heft 1997/2: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes von SeniorInnen in Wien
 - Heft 1998/1: Einrichtungen und Leistungen der MA 15 – Gesundheitswesen
 - Heft 1998/2: Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Gesundheit
 - Heft 1999/1: Sozioökonomische Lage und Gesundheit in Wien
 - Heft 1999/2: Gesundheit der Wiener Bevölkerung im regionalen Vergleich
 - Heft 2000/1: Entwicklungsverlauf risikogeborener Kinder

Spezialberichte:

- Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996
- Ernährung älterer Menschen in Wien, 1996
- Sexualität und AIDS, 1996
- Wiener MigrantInnenbericht 1997
- Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997
- Grundlagen für einen Gesundheitsförderungsplan in Wien, 1997
- Wiener Männergesundheitsbericht 1999
- Dokumentation: Enquete Akutgeriatrie, 1999
- Wiener Kindergesundheitsbericht 2000

II.
DEMOGRAPHIE

DEMOGRAPHY

2	DEMOGRAPHIE	33
	2.1 Bevölkerungsstruktur	33
	2.1.1 Allgemeine demographische Entwicklung	33
	2.1.2 Bevölkerung nach Bezirken	35
	2.1.3 Ausländische Bevölkerung	38
	2.2 Bevölkerungsbewegung	39
	2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung	40
	2.2.1.1 Fruchtbarkeit	40
	2.2.1.2 Sterblichkeit	44
	Sterberate	44
	Sterblichkeitsentwicklung	46
	Säuglingssterblichkeit	46
	2.2.2 Wanderungen	49
	2.3 Lebenserwartung	50
	2.4 Bevölkerungsprognose	52
	2.4.1 Prognoseannahmen und EinwohnerInnenentwicklung	52
	2.4.2 Prognose der Altersverteilung	53

2 DEMOGRAPHIE

2.1 Bevölkerungsstruktur

Zusammenfassung

Laut Bestandsstatistik der Gemeinde Wien zählten am 31.12.1999 zur Wiener Wohnbevölkerung (Hauptwohnsitz) 1,608.144 Personen, davon waren 52,5 Prozent weiblichen Geschlechts.

Im Vergleich zu den 70er Jahren lässt sich eine Verjüngung der Wiener Bevölkerung erkennen. Diese ist durch das Erreichen des Reproduktionsalters der Baby-Boom-Generation, aber auch durch die verstärkte Zuwanderung (v. a. zwischen 1988 und 1993; Ursache: Ostöffnung, Kriege im ehemaligen Jugoslawien, Bedarf an billigen Arbeitskräften) bedingt. In Wien lebende AusländerInnen sind zu 75 Prozent jünger als 45 Jahre, die Wiener Gesamtbevölkerung jedoch nur zu 58 Prozent.

Nach wie vor weisen die Bezirke Donaustadt und Simmering einwohnermäßig die höchsten Zuwachsraten auf (Grund: rege Bautätigkeit und daraus resultierender Zugang junger Menschen/Familien).

Summary: Population structure

According to demographic statistics prepared for the municipality of Vienna, on December 31, 1999, 1,608,144 persons had their main residence in Vienna. Of these, 52.5 percent were female.

Since the 1970s, the population of Vienna has become noticeably younger. This is most likely due to the fact that the baby boom generation has now reached reproduction age, as well as to the inflow of migrants which was felt particularly strongly between 1988 and 1993. Main causes for the latter were the opening of our borders to the East, the wars in former Yugoslavia and the demand for cheap labour. 75 percent of the foreigners living in Vienna are below 45 years of age, compared to only 58 percent of the overall population of Vienna.

The highest population growth rates are still registered in the districts Donaustadt and Simmering, where extensive building has led to a heavy influx of young people and families.

2.1.1 Allgemeine demographische Entwicklung

Nach der Bestandsstatistik der Gemeinde Wien hatten in Wien am 31.12.1999 1,608.144 Personen ihren Hauptwohnsitz. Gegenüber dem Jahr davor hatte die EinwohnerInnenzahl somit um 1.301 Personen zugenommen.

Im **zeitlichen Verlauf** war die Bevölkerung zwischen 1974 und 1986 deutlich zurückgegangen (von rund 1,63 Millionen auf etwa 1,5 Millionen). Danach stieg sie durch die verstärkte Zuwanderung bis 1993 wieder auf ca. 1,63 Millionen an. Anschließend kam es bis 1998 zu einer kontinuierlichen leichten Abnahme der Wiener Wohnbevölkerung auf rund 1.607.000 Personen. 1999 weist die Bevölkerungsevidenz erstmals seit 1993 wieder eine – geringfügige – EinwohnerInnenzunahme aus.

Während der **Frauenanteil** an der Gesamtbevölkerung Wiens rund 52,5 Prozent beträgt, liegt er bei den älteren Personen wesentlich höher: Von den etwa 335.000 Personen über 60 Jahre sind rund 62 Prozent Frauen. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen liegt der Frauenanteil sogar bei 72 Prozent. Der Überhang der Frauen in den höheren Altersgruppen – und in der Folge in der Wiener Gesamtbevölkerung – ist in erster Linie durch die höhere Lebenserwartung der Frauen bedingt (siehe Kap. 2.3), die Folgen des 2. Weltkrieges (gefallene Soldaten der Geburtsjahrgänge vor 1928) verlieren zunehmend an Bedeutung.

Tabelle 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Alter, 1999¹⁾

Altersklassen in voll- endeten Lebensjahren	Frauen		Männer		insgesamt ²⁾	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
0 bis unter 15 Jahre	114.786	13,6	120.896	15,8	235.682	14,7
15 bis unter 30 Jahre	143.421	17,0	141.677	18,5	285.098	17,7
30 bis unter 45 Jahre	205.954	24,4	212.740	27,8	418.694	26,0
45 bis unter 60 Jahre	170.357	20,2	162.843	21,3	333.200	20,7
60 bis unter 75 Jahre	115.865	13,7	88.934	11,6	204.799	12,7
75 Jahre und älter	93.562	11,0	37.109	4,9	130.671	8,1
insgesamt	843.945	100,0	764.199	100,0	1.608.144	100,0

1) Nach der Bestandsstatistik des Magistrats Wien (MA 14/MA 62: Bevölkerungsevidenz von Wien), Rundungsdifferenzen nicht ausgeglichen.

2) Wohnbevölkerung mit Hauptwohnsitz.

Quelle: Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien (Bevölkerungsevidenz)

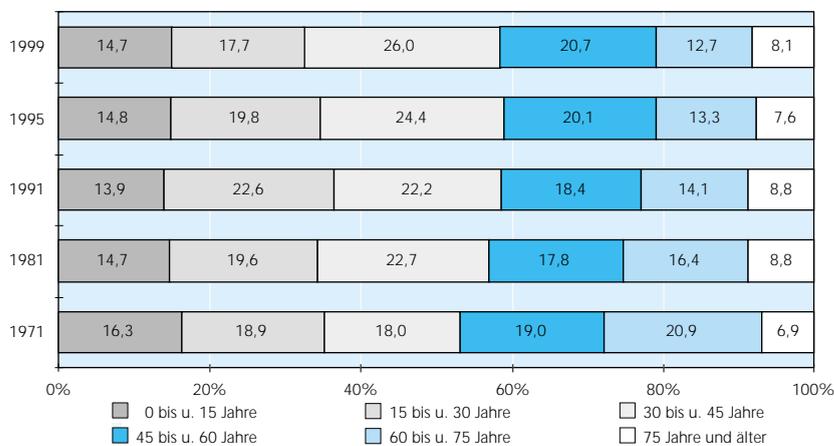
Als Folge der starken Zuwanderung in die Monarchiehauptstadt vor dem 1. Weltkrieg war Anfang der 70er Jahre mehr als ein Viertel der Wiener Bevölkerung über 60 Jahre alt. Die Überalterung der Stadt Wien erreichte zu dieser Zeit ihren Höhepunkt. Diese Alterungswelle war aber aus österreichischer Sicht ein Wiener Spezifikum. Seither ist eine leichte Verjüngung der Wiener Bevölkerung festzustellen, die durch die starken Geburtenjahrgänge der 60er Jahre (Baby-Boom-Generation) und Wanderungsüberschüsse verursacht wurde (die ausländische Bevölkerung ist zu rund drei Viertel jünger als 45 Jahre).

Insbesondere war der Anteil der Personen über 60 Jahre an der Wiener Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten rückläufig: Während dieser Anteil 1971 noch 28 Prozent betrug, liegt er derzeit bei 21 Prozent. Gegenwärtig befinden wir uns aber am Beginn eines neuerlichen Alterungsschubes, da starke Geburtenjahrgänge (ab 1939) in den nächsten Jahren das SeniorInnenalter erreichen werden.

Die Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen verzeichnete zwischen 1971 und 1999 einen deutlichen Anstieg an der Gesamtbevölkerung (von 18 Prozent auf 26 Prozent), der sowohl durch die Baby-Boom-Generation als auch durch die Zuwanderungswelle zwischen 1988 und 1993 bedingt ist. Allerdings war um 1970 der Anteil dieser Altersgruppe wegen der in den 30er Jahren (Wirtschaftskrise) extrem niedrigen Geburtenraten außergewöhnlich gering.

Der Anteil der Altersgruppe der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung nahm seit 1971 von 16,3 auf 14,7 Prozent ab (siehe Grafik 1). Hauptverantwortlich dafür ist der Rückgang der Gesamtfruchtbarkeitsrate von über 1,8 in den 60er Jahren auf 1,23 (1999).

Grafik 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Alter im zeitlichen Vergleich, Wien 1971–1999



Quelle: 1971–1991 Volkszählung, 1995 und 1999 Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien

Wien weist im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern den geringsten Anteil an Kindern an der jeweiligen Gesamtbevölkerung auf, verzeichnet aber den höchsten Anteil an über 75-Jährigen. Werden alle über 60-Jährigen berücksichtigt, befindet sich Wien im österreichischen Mittelfeld. Die Bundesländer Tirol, Vorarlberg, Salzburg und Oberösterreich haben gegenüber Wien geringere Altenanteile, die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Steiermark und Niederösterreich hingegen höhere.

Tabelle 2: Bevölkerung nach Bundesländern und Alter, 1999

Bundesland	Bevölkerung nach Alter (in %)						Bevölkerung insgesamt
	bis 14	15–29	30–44	45–59	60–74	75 +	
Burgenland	15,2	19,3	23,6	18,2	16,0	7,7	278.038
Kärnten	16,9	19,2	24,4	18,4	13,8	7,3	563.925
Niederösterreich	16,8	18,3	23,9	19,1	14,6	7,3	1.540.377
Oberösterreich	18,0	19,1	25,3	17,9	13,2	6,6	1.378.235
Salzburg	17,9	20,1	25,0	19,0	11,9	6,1	516.425
Steiermark	16,2	19,4	24,7	18,2	14,1	7,4	1.202.800
Tirol	18,4	20,4	25,4	17,8	12,0	6,0	668.348
Vorarlberg	19,2	21,1	24,7	18,0	11,8	5,3	348.578
Wien	15,0	18,1	26,2	20,4	12,4	7,9	1.605.831
Österreich	16,8	19,1	25,0	18,8	13,3	7,1	8.102.557

Quelle: Statistik Österreich: Bevölkerungsfortschreibung

2.1.2 Bevölkerung nach Bezirken

Die höchsten **EinwohnerInnenzahlen** weisen die Bezirke 10/Favoriten (159.000 EW), 22/Donaustadt (133.000 EW) und 21/Floridsdorf (131.000 EW) auf, die wenigsten EinwohnerInnen haben hingegen die Bezirke 1/Innere Stadt (19.000 EW) und 8/Josefstadt (23.000 EW).

Während in den 80er Jahren der 23. Bezirk/Liesing mit rund zwölf Prozent mit Abstand den größten Bevölkerungszuwachs, gefolgt vom 22. Bezirk/Donaustadt (+ 7 Prozent) aufwies, verlagerte sich der Schwerpunkt der Stadterweiterung in den letzten Jahren ganz deutlich auf die Bezirke 22/Donaustadt und 11/Simmering. Im 21. Bezirk/Floridsdorf verringerte sich 1999 erstmals seit Anfang der 80er Jahre die EinwohnerInnenzahl. Im 20. Bezirk/Brigittenau bedingten punktuelle größere Wohnbauprojekte zu Beginn und am Ende der 90er Jahre eine Bevölkerungszunahme. Im Bezirk 2/Leopoldstadt und Bezirk 3/Landstraße erhöhte sich die EinwohnerInnenzahl erstmals nach 1994, der 16. Bezirk/Ottakring verzeichnete vor 1999 zuletzt 1993 einen EinwohnerInnenzuwachs. Die kleinen Innenbezirke und die westlichen äußeren Bezirke, die überwiegend auch hohe Anteile ausländischer Bevölkerung aufweisen, verlieren seit 1994 fast durchwegs an EinwohnerInnen.

Die höchste Überalterung (Anteil der über 60-Jährigen an der Wohnbevölkerung ist größer als ein Viertel) weisen die Bezirke 13/Hietzing (im Wesentlichen auf Grund des Geriatriezentrums am Wienerwald, ehem. Pflegeheim Lainz), 19/Döbling (ebenfalls mehrere PensionistInnen- und Pflegeheime) und 1/Innere Stadt auf. Ein weiterer Grund für den **hohen Anteil älterer Menschen** scheint in den hohen Wohnkosten dieser Bezirke zu liegen, die für viele junge Menschen bzw. Familien unerschwinglich sind. Knapp ein Viertel über 60-Jährige gibt es in den Bezirken 4/Wieden und 18/Währing. In den nächsten Jahren wird besonders in den Stadterweiterungsgebieten der 50er und 60er Jahre die Zahl der SeniorInnen deutlich zunehmen. Besonders betroffen sind davon Teile der Bezirke 10, 19 und 21–23.

Die Ursachen für Bezirke mit einem relativ **geringen Anteil an älteren Menschen** liegen einerseits in der erhöhten Bautätigkeit der letzten Jahre und der daraus resultierenden Zuwanderung von jungen Menschen bzw. jungen Familien (11/Simmering und 22/Donaustadt), andererseits in relativ hohen AusländerInnenanteilen (5/Margareten, 6/Mariahilf, 7/Neubau und 15/Rudolfsheim-Fünfhaus) oder einem überdurchschnittlichen Anteil studentischer Population (6. bis 8. Bezirk). Auf Grund ihrer Altersstruktur führt ein hoher Anteil an AusländerInnen ebenfalls zu einer Verjüngung der Bevölkerung eines Bezirkes (Kap. 2.1.3).

Tabelle 3: EinwohnerInnenzahlen nach Bezirken, Veränderungen von 1981–1999

Bezirk	Einwohnerzahlen				Veränderung in %		
	1981	1991	1998	1999	1981/91	1991/99	1998/99
1.	19.537	18.002	19.272	19.039	- 7,9	+ 5,8	- 1,2
2.	95.892	93.542	89.659	89.989	- 2,5	- 3,8	+ 0,4
3.	86.054	84.500	84.937	85.231	- 1,8	+ 0,9	+ 0,3
4.	31.800	31.410	30.126	30.109	- 1,2	- 4,1	- 0,1
5.	52.436	51.521	53.680	53.295	- 1,7	+ 3,4	- 0,7
6.	28.771	30.298	30.580	30.344	+ 5,3	+ 0,2	- 0,8
7.	29.490	30.396	30.681	30.301	+ 3,1	- 0,3	- 1,2
8.	24.769	23.850	23.465	23.216	- 3,7	- 2,7	- 1,1
9.	45.314	40.416	41.410	40.790	- 10,8	+ 0,9	- 1,5
10.	147.101	147.636	158.677	158.101	+ 0,4	+ 7,1	- 0,4
11.	65.859	66.881	74.584	76.293	+ 1,6	+ 14,1	+ 2,3
12.	79.408	79.592	81.150	81.003	+ 0,2	+ 1,8	- 0,2
13.	55.331	54.909	54.188	53.513	- 0,8	- 2,5	- 1,2
14.	78.996	80.822	82.480	81.743	+ 2,3	+ 1,1	- 0,9
15.	70.066	69.309	72.054	70.823	- 1,1	+ 2,2	- 1,7
16.	88.587	88.931	89.845	90.041	+ 0,4	+ 1,2	+ 0,2
17.	49.337	50.944	51.874	51.486	+ 3,3	+ 1,1	- 0,7
18.	52.548	49.761	47.328	47.061	- 5,3	- 5,4	- 0,6
19.	67.522	67.377	68.268	67.681	- 0,2	+ 0,5	- 0,9
20.	73.696	71.876	76.341	77.746	- 2,5	+ 8,2	+ 1,8
21.	116.033	119.415	130.589	130.271	+ 2,9	+ 9,1	- 0,2
22.	99.801	106.589	132.803	136.421	+ 6,8	+ 28,0	+ 2,7
23.	72.998	81.871	82.852	83.647	+ 12,2	+ 2,2	+ 1,0
insges.	1.531.346	1.539.848	1.606.843	1.608.144	+ 0,6	+ 4,4	+ 0,1

Quelle: 1981 und 1991: Volkszählungen; 1998 und 1999: Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien

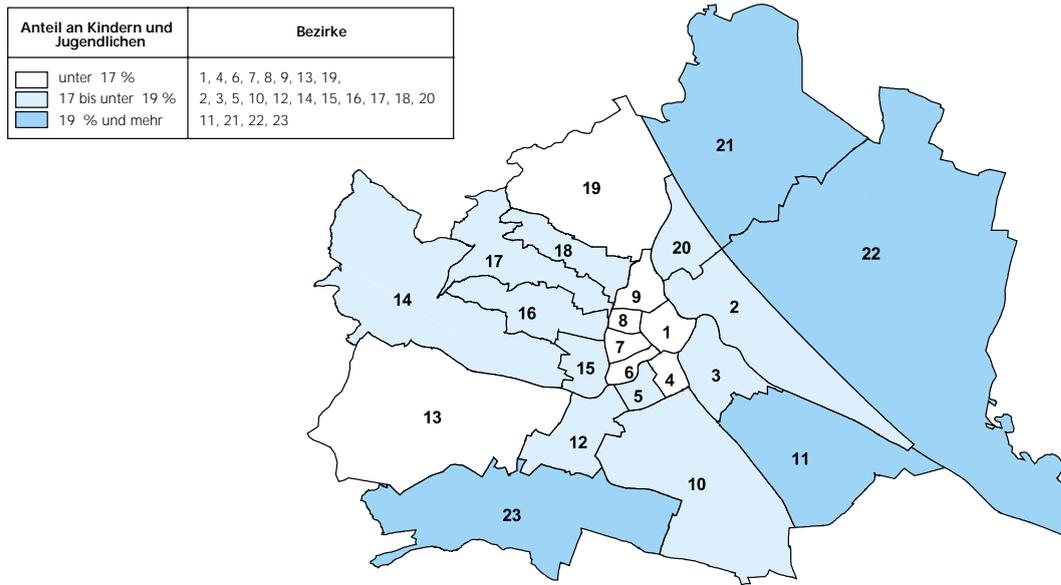
Tabelle 4: Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und AusländerInnenanteil nach Bezirken, 1999

Bezirk	Alter in Jahren						AusländerInnenanteil	
	unter 19		19 bis unter 60		60 und älter		insgesamt	in %
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	
1.	2.527	13,3	11.458	60,2	5.054	26,5	19.039	18,3
2.	16.538	18,4	54.259	60,3	19.192	21,3	89.989	24,4
3.	14.535	17,1	52.343	61,4	18.353	21,5	85.231	20,1
4.	4.679	15,5	18.382	61,1	7.048	23,4	30.109	17,4
5.	9.285	17,4	33.978	63,8	10.032	18,8	53.295	27,1
6.	4.963	16,4	19.899	65,6	5.482	18,1	30.344	22,2
7.	4.833	15,9	20.057	66,2	5.411	17,9	30.301	23,1
8.	3.593	15,5	15.089	65,0	4.534	19,5	23.216	18,1
9.	6.404	15,7	25.952	63,6	8.434	20,7	40.790	20,9
10.	29.376	18,6	94.787	60,0	33.938	21,5	158.101	18,2
11.	15.914	20,9	46.873	61,4	13.506	17,7	76.293	12,8
12.	15.165	18,7	48.571	60,0	17.276	21,3	81.003	17,2
13.	8.505	15,9	28.494	53,2	16.514	30,9	53.513	9,2
14.	14.547	17,8	48.448	59,3	18.748	22,9	81.743	14,6
15.	13.319	18,8	44.739	63,2	12.765	18,0	70.823	33,0
16.	16.770	18,6	55.059	61,1	18.212	20,2	90.041	26,0
17.	9.547	18,5	31.590	61,4	10.349	20,1	51.486	26,5
18.	8.109	17,2	27.635	58,7	11.317	24,0	47.061	18,6
19.	11.188	16,5	38.204	56,4	18.289	27,0	67.681	13,9
20.	13.801	17,8	47.958	61,7	15.987	20,6	77.746	25,5
21.	26.928	20,7	77.758	59,7	25.585	19,6	130.271	8,5
22.	30.586	22,4	84.256	61,8	21.579	15,8	136.421	8,0
23.	16.335	19,5	49.438	59,1	17.874	21,4	83.647	7,2
insges.	297.447	18,5	975.227	60,6	335.470	20,9	1.608.144	17,7

Quelle: Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien

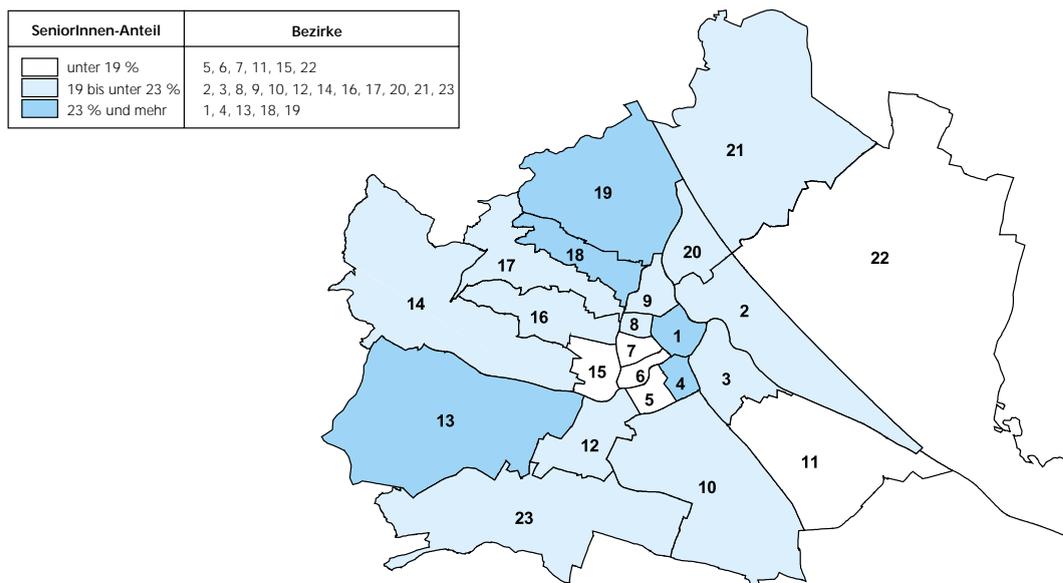
Die Bezirke 22/Donaustadt, 11/Simmering, 21/Floridsdorf und 23/Liesing stellen mit rund einem Fünftel die höchsten **Anteile an Kindern und Jugendlichen** (bis 19 Jahre). Vor allem jene Bezirke mit der höchsten Bevölkerungszunahme im letzten Jahrzehnt – 22/Donaustadt, 11/Simmering und 21/Floridsdorf – haben auch die höchsten Anteile an Kindern und Jugendlichen und relativ niedrige Anteile an älteren Menschen. Dies dürfte – wie schon angesprochen – mit der regen Bautätigkeit und dem Zuzug von v. a. jungen Familien zusammenhängen.

Grafik 2: Anteil der unter 19-Jährigen an der Wiener Wohnbevölkerung, 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 3: Anteil der 60-jährigen und älteren Personen an der Wiener Wohnbevölkerung, 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

2.1.3 Ausländische Bevölkerung

In Wien lebten Ende 1999 rund 284.700 Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft. Dies entspricht einem AusländerInnenanteil von 17,7 Prozent. Im Gegensatz zur Wiener Gesamtbevölkerung überwiegt bei nichtösterreichischen StaatsbürgerInnen das männliche **Geschlecht** (Frauen: 45 Prozent, Männer: 55 Prozent). Dieses ungleiche Geschlechterverhältnis wird durch einen Überhang der Männer bei den 30- bis 60-Jährigen verursacht, der daher rührt, dass bis zur Mitte der 90er Jahre fast durchwegs deutlich mehr Männer als Frauen nichtösterreichischer Staatsangehörigkeit nach Wien zuzogen. Seither ist durch die Schwerpunktsetzung auf Familienzusammenführung im Aufenthaltsrecht das Verhältnis weitgehend ausgeglichen, in manchen Jahren überwogen auch die Frauen. In den jüngeren Altersgruppen ist das Geschlechterverhältnis in der ausländischen Bevölkerung daher nahezu ausgeglichen. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den Anteilen der ausländischen Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht an der Wiener Gesamtbevölkerung wider (Tabelle 5).

Wird die **Altersverteilung** der AusländerInnen mit jener der Wiener Gesamtbevölkerung verglichen, zeigt sich, dass die ausländische Bevölkerung auf Grund ihrer Altersstruktur zu einer Verjüngung der Gesamtbevölkerung beiträgt: AusländerInnen sind zu 75 Prozent jünger als 45 Jahre, die Gesamtbevölkerung (inklusive AusländerInnen) jedoch nur zu 58 Prozent. Daher ist auch der Anteil der über 60-Jährigen bei der nichtösterreichischen Bevölkerung bedeutend niedriger als jener bei der österreichischen: Österreichische StaatsbürgerInnen sind zu fast 24 Prozent älter als 60 Jahre, nichtösterreichische aber nur zu knapp sieben Prozent.

Tabelle 5: Ausländische Wohnbevölkerung in Wien, 1999

Alter	Ausländische Wohnbevölkerung				Anteil an der Gesamtbevölkerung		
	weiblich	männlich	insgesamt		weiblich	männlich	insgesamt
	absolut		absolut	in %	in %		
0 – 14 Jahre	22.951	24.581	47.532	16,7	20,0	20,3	20,2
15 – 29 Jahre	34.598	33.701	68.299	24,0	24,1	23,8	24,0
30 – 44 Jahre	40.339	56.537	96.876	34,0	19,6	26,6	23,1
45 – 59 Jahre	21.088	31.589	52.677	18,5	12,4	19,4	15,8
60 Jahre und älter	9.582	9.725	19.307	6,8	4,6	7,7	5,8
insgesamt	128.558	156.133	284.691	100,0	15,2	20,4	17,7

Quelle: Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien (Bevölkerungsevidenz)

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Wiener Wohnbevölkerung blieb seit 1993 relativ konstant (1993: 17,9 Prozent, 1998: 17,6 Prozent, 1999: 17,7 Prozent). Zuvor, d. h. zwischen 1988 und 1993 kam es – u. a. auf Grund der Ostöffnung und der Kriege im ehemaligen Jugoslawien – zu einer Einwanderungswelle. 1987 betrug der AusländerInnenanteil noch 8,4 Prozent.

Die in Wien lebenden AusländerInnen stammen fast zur Hälfte aus dem ehemaligen Jugoslawien (43,5 Prozent), zu 15 Prozent aus der Türkei, zu neun Prozent aus EU-Mitgliedsstaaten, zu sechs Prozent aus Polen und zu 26 Prozent aus sonstigen Staaten.

Die höchsten AusländerInnenanteile weisen die Bezirke 15/Rudolfsheim-Fünfhaus, 5/Margareten, 16/Ottakring, 17/Hernals, 20/Brigittenau und 2/Leopoldstadt auf, die niedrigsten die Bezirke 23/Liesing, 22/Donaustadt, 21/Floridsdorf und 13/Hietzing.

2.2 Bevölkerungsbewegung

Zusammenfassung

Im Jahr 1999 verstarben in Wien 17.983 Personen. Von diesen waren 85 Prozent über 60 Jahre bzw. 63 Prozent über 75 Jahre alt. Wie in den vorhergehenden Jahren und Jahrzehnten reduzierte sich auch 1999 die Sterblichkeit. Die altersstandardisierte Mortalität betrug 1999 in Wien 748,2 (1998: 757,9).

Den angeführten Sterbefällen standen 15.157 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von - 2.826 ergibt. Damit bleibt seit dem Beginn der 90er Jahre das Geburtendefizit weitgehend stabil.

Die Fruchtbarkeit der weiblichen Bevölkerung Wiens lag 1999 bei 42,7 Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15–45 Jahre, bzw. bei 1,23 Lebendgeburten pro Frau in ihrer Fertilitätsphase. Das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter betrug 28,0 Jahre.

Die Säuglingssterblichkeit von 5,1 (pro 1.000 Lebendgeborenen) bedeutete für Wien den zweitniedrigsten bisher je erzielten Wert.

Durch die Zunahme der Zuwanderung nach Wien, die sich aus allen Regionen (dem Wiener Umland, dem übrigen Österreich und dem Ausland) um 10–15 Prozent erhöhte, während die Wegzüge aus Wien nur um 1,5 Prozent anstiegen, erhöhte sich der Wanderungsüberschuss 1999 auf ca. 9.800 Personen.

Summary: Population movement

In 1999, 17,983 people died in Vienna. Of these, 85 percent were above 60 years, 63 percent were above 75 years of age. As in the past years and decades, in 1999, mortality dropped further. The refined death rate for Vienna was 748.2, compared to 757.9 in 1998.

In the same year, 15,157 viable births were registered, resulting in a birth rate of - 2,826. Thus, the birth deficit has remained relatively stable since the early 1990s.

The fertility rate of Vienna's female population in 1999 was 42.7 births per 1,000 women aged 15 to 45, i.e. 1.23 viable births per woman during her fertile years. The average age of fertility was 28.0 years.

Infant mortality was down to 5.1 per 1,000 viable births, the second lowest ever registered in Vienna.

Migration to Vienna from the surrounding areas, from other parts of Austria, as well as from abroad went up by 10 to 15 percent, compared to a mere 1.5 percent increase in people moving away. Thus, in 1999, the migration surplus was up to approximately 9,800 persons.

Die **Bevölkerungsentwicklung** wird durch zwei Einflussfaktoren bestimmt: die natürliche Bevölkerungsbewegung und die (Zu- und Ab-)Wanderungen.

Die **natürliche Bevölkerungsbewegung** (Geburten, Sterbefälle) kann relativ zuverlässig vorausgeschätzt werden. Zwar ergeben sich Änderungen auf Grund veränderter Lebensführung (z. B. Werthaltungen gegenüber Ehe und Familie), jedoch verlaufen diese Änderungen meist kontinuierlich, wodurch Schätzungen über künftige Entwicklungen möglich sind.

Anders verhält es sich mit **Wanderungen**, insbesondere Zuwanderungen aus dem Ausland, da diese größtenteils von den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Heimatländer sowie der jeweiligen Migrationspolitik der Zielländer abhängen. Das Ausmaß der Zuwanderung im Zuwanderungsland ist deshalb nur zum Teil prognostizierbar.

Tabelle 6: Bevölkerungsbewegung in Wien

Bevölkerungsbewegung	absolut		auf 1.000 EinwohnerInnen	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
Eheschließungen	9.022	9.104	5,6	5,7
Ehescheidungen	5.200	5.469	3,3	3,4
Gesamtscheidungsrate ¹⁾	49,5	53,6		
Lebendgeborene	15.661	15.157	9,8	9,5
Gestorbene	18.627	17.983	11,7	11,2
Geburtenbilanz	- 2.966	- 2.826	- 1,9	- 1,8
Zuwanderung	45.684	53.313	28,6	33,3
Abwanderung	40.353	43.505	25,2	27,1
Wanderungssaldo	+ 5.331	+ 9.808	+ 3,3	+ 6,1

1) Summe der einjährigen ehedauerspezifischen Scheidungsraten (in Prozent).

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien (Raten bezogen auf Statistik Österreich – Fortschreibung)

2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung

1999 verstarben 17.983 Personen der Wiener Wohnbevölkerung, davon waren 85 Prozent über 60 Jahre bzw. 63 Prozent über 75 Jahre alt. Diesen **Sterbefällen** standen 15.157 **Lebendgeborene** gegenüber, was eine **Geburtenbilanz** von - 2.826 ergibt. Damit ist das Geburtendefizit seit Beginn der 90er Jahre weitgehend stabil: Betrug Mitte der 80er Jahre die Geburtenbilanz noch - 9.000, reduzierte sie sich bis 1990 bereits auf die Hälfte (- 4.500) und schwankte seither mit einer Bandbreite von +/- 500 um den Wert von - 3.000. Ursache für die sinkenden Geborenen- und Gestorbenenanzahlen ist der Rückgang der Reproduktionsrate und der Anstieg der Lebenserwartung im gleichen Zeitraum.

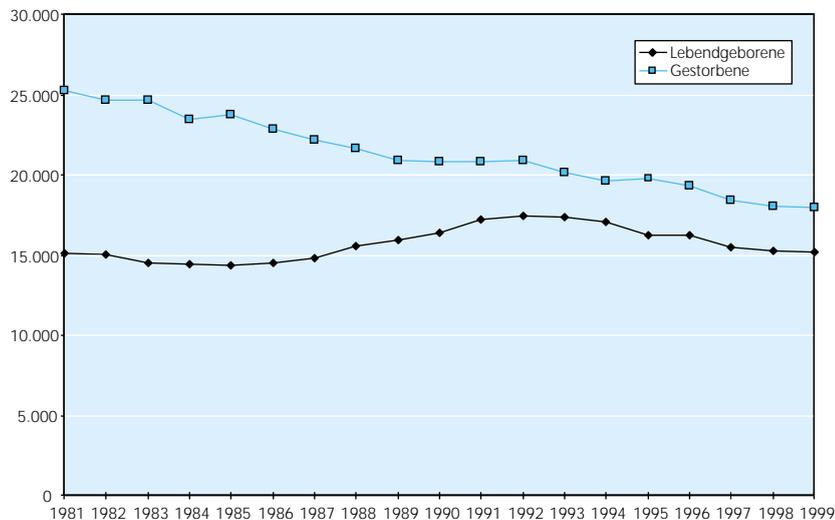
Seit Anfang der 90er Jahre tendenziell rückläufig ist sowohl die Zahl der Eheschließungen als auch die Zahl der Ehescheidungen. 1999 wurden pro 1.000 EinwohnerInnen 5,7 Ehen geschlossen, 3,4 Ehen pro 1.000 EinwohnerInnen geschieden.¹² Damit erreichten die Eheschließungen – mit Ausnahme des etwas niedrigeren Vorjahreswertes (5,4) – in etwa die Werte der vorhergehenden Jahre. Die Gesamtscheidungsrate stieg 1999 – gegenüber den letzten Jahren – deutlich an und überschritt die 50-Prozent-Marke (54 Prozent), d. h. unter der Annahme einer konstanten ehedauerspezifischen Scheidungsrate wird mehr als die Hälfte aller Ehen wieder geschieden. Insgesamt wurden in diesem Jahr in Wien 9.104 Eheschließungen und 5.469 Ehescheidungen registriert (Tabelle 6).

2.2.1.1 Fruchtbarkeit

Die **allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ)**, d. h. die Zahl der Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, betrug 1999 in Wien 42,7. Dieser Wert entspricht in etwa jenem des Jahres 1998.¹³ Überdurchschnittlich hoch war die AFZ im 2. und 11. Bezirk (49,5 bzw. 49,8 Geburten je 1.000 Frauen), ebenso im 4., 16., 20. und 22. Bezirk (zwischen 46,3 und 47,3 Geburten je 1.000 Frauen). Die hohe Geburtenrate in diesen Bezirken ist einerseits mit der Altersstruktur, d. h. hohe Anteile junger Familien, wegen der hohen Bautätigkeit (z. B. Bezirke 11 und 22), andererseits mit relativ hohen Anteilen von Ausländerinnen zu erklären (Bezirke 2, 16, 20).

¹² Zum Vergleich 1991: Eheschließungen 6,6 pro 1.000 EW, Ehescheidungen 3,5.

¹³ 1996: 46,0; 1997: 43,7, 1998: 43,0

Grafik 4: Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–1999

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Ebenso ist die **Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR)**, also die Anzahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens – unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres – lebend zur Welt bringen würde, im Vergleich zu 1998 nahezu gleich geblieben (1998: 1,22; 1999: 1,23). Gebar eine Frau in Wien 1961 noch durchschnittlich 1,83 Kinder, so reduzierte sich dieser Wert in den darauf folgenden Jahrzehnten um nahezu ein Drittel.

Wien ist das einzige Bundesland, in dem sich die Gesamtfruchtbarkeitsrate in den letzten beiden Jahren erhöht hat, in den übrigen Bundesländern ging sie weiterhin großteils deutlich zurück (Österreich 1997: 1,36; 1998: 1,34, 1999: 1,31).

Eine bezirksspezifische Aufschlüsselung ergibt, dass die meisten Geburten (bezogen auf die Gesamtfruchtbarkeitsrate) im 2. und 11. Bezirk registriert wurden, gefolgt von den Bezirken 16, 20 und 22. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate ist am niedrigsten in Bezirken mit hohem StudentInnenanteil, am höchsten bei hohem Anteil an jungen Familien (Ursache: rege Bautätigkeit in einzelnen Bezirken, z. B. Bezirke 20 und 22) sowie an Ausländerinnen.

Die Anzahl der **Lebendgeborenen** blieb 1999 – verglichen mit dem Vorjahr – nahezu unverändert (1998: 15.235; 1999: 15.157).

Der Rückgang der **Fertilitätsrate** seit 1961 ist vor allem auf das veränderte Fertilitätsverhalten der unter 25-jährigen Frauen zurückzuführen. Jenes hat sich in diesem Zeitraum in etwa halbiert, aber auch bei den 25- bis 30-Jährigen kam es zu einem Rückgang von rund einem Drittel. Nahezu gleich geblieben sind die Fertilitätsraten der über 30-jährigen Frauen (leichter Rückgang).

Die Darstellung der Entwicklung der Gesamtfruchtbarkeitsrate bei Ausländerinnen lässt erkennen, dass diese bei Neuzuwanderung – wie in ihrem Herkunftsland – eine hohe Fruchtbarkeit aufwiesen, sich aber im letzten Jahrzehnt in ihrem Fruchtbarkeitsverhalten an die Gegebenheiten des Einwanderungslandes anpassten. Diese Annäherung des Fertilitätsverhaltens ausländischer Frauen an jenes österreichischer Frauen lässt sich aus Grafik 6 (Entwicklung seit 1981) ersehen.

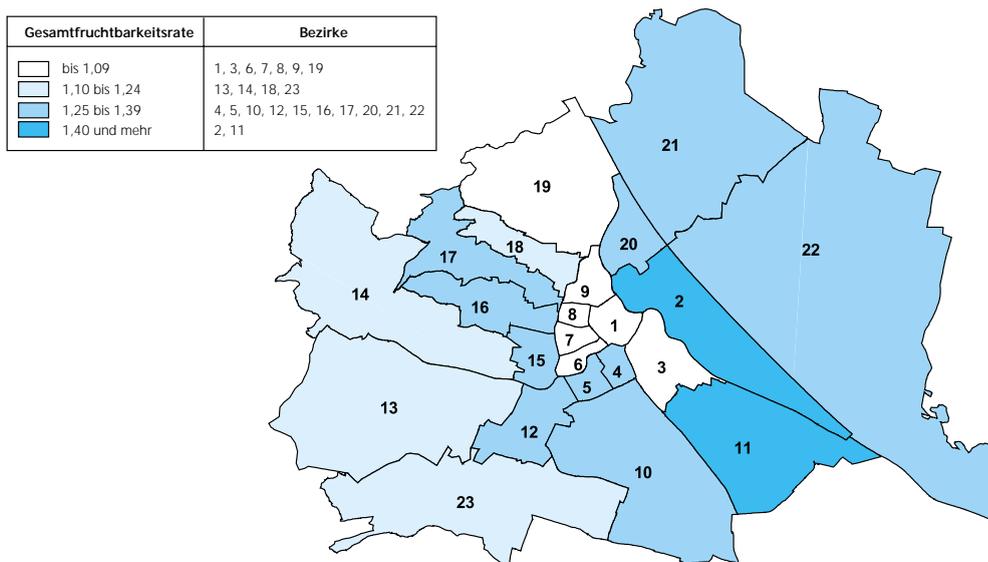
Tabelle 7: Lebendgeborene und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer nach Bezirken, Wien 1999

Bezirk	Lebendgeborene			AFZ ¹⁾	GFR ²⁾
	weiblich	männlich	insgesamt		
1.	62	77	139	38,6	1,08
2.	480	461	941	49,5	1,49
3.	363	354	717	37,6	1,09
4.	161	139	300	46,3	1,26
5.	267	279	546	44,6	1,26
6.	160	107	267	37,3	1,05
7.	132	147	279	37,9	1,03
8.	101	111	212	39,1	1,05
9.	172	180	352	37,0	1,00
10.	670	746	1.416	42,9	1,28
11.	436	417	853	49,8	1,46
12.	389	369	758	43,7	1,29
13.	209	225	434	43,4	1,16
14.	355	348	703	40,8	1,17
15.	326	390	716	45,5	1,33
16.	466	457	923	46,6	1,38
17.	223	247	470	41,8	1,25
18.	203	233	436	42,6	1,19
19.	248	286	534	39,7	1,09
20.	372	418	790	47,3	1,38
21.	596	642	1.238	43,9	1,30
22.	761	735	1.496	46,8	1,36
23.	328	309	637	36,6	1,12
insges. ³⁾	7.480	7.677	15.157	42,7	1,23

- 1) Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ): Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren.
- 2) Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR): Anzahl der Kinder, die eine Frau in ihrer Fertilitätsphase unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres lebend zur Welt bringen würde. (Berechnet auf Basis der Bestandsstatistik.)
- 3) Durch Differenzen in der Altersstruktur zwischen der Bestandsstatistik der Stadt Wien und der Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT, die nicht auf Bezirksebene vorliegt, weichen die AFZ und die GFR für Wien von den vom ÖSTAT publizierten Werten ab.

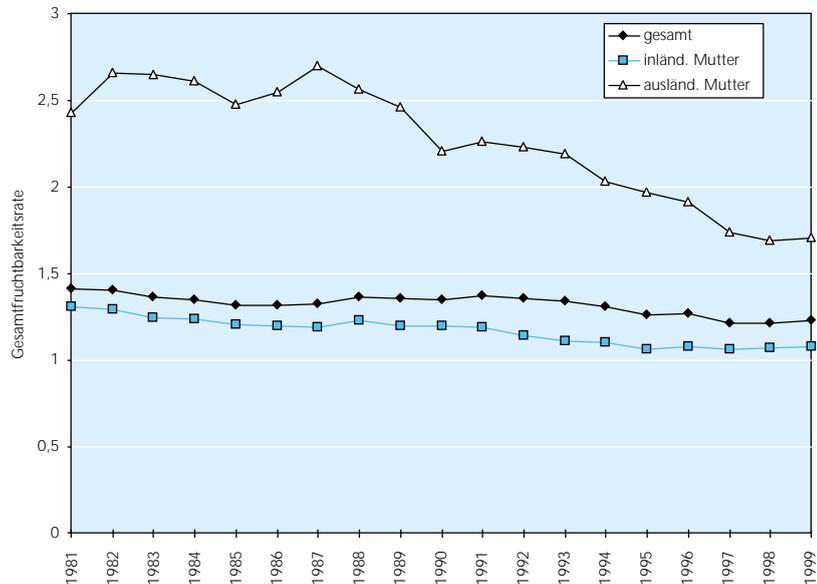
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 5: Gesamtfruchtbarkeitsrate nach Bezirken, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 6: Entwicklung der Gesamtfruchtbarkeitsrate, Wien 1981 bis 1999



Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

Tabelle 8: Altersspezifische Fertilitätsraten¹⁾ in Wien

Jahr	Altersgruppen					
	15 – < 20	20 – < 25	25 – < 30	30 – < 35	35 – < 40	40 – < 45
1961	45,66	114,34	107,49	63,39	26,81	7,25
1971	57,40	106,95	80,57	51,39	20,89	5,29
1981	30,28	99,58	89,06	45,23	15,05	3,00
1991	31,42	75,39	89,01	56,64	23,24	3,08
1996	21,76	68,18	75,67	59,78	25,25	5,01
1997	19,96	61,67	75,26	57,26	25,37	5,19
1998	20,44	62,11	74,55	58,27	24,83	4,81
1999	19,30	64,14	72,88	58,25	26,90	5,87

1) Lebendgeborene auf 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

Gleichzeitig ist im selben Zeitraum (1961 bis 1999) auch das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt ihrer Kinder (**Fruchtbarkeitsalter**) von 26,7 auf 28,0 Jahre gestiegen. Bis Anfang der 70er Jahre zeigt sich vorerst allerdings ein Rückgang des Erstgeburtalters, während danach ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Seit 1997 blieb dieser Wert nahezu konstant.

Als Hauptgründe für den Anstieg des Fruchtbarkeitsalters können die längeren Ausbildungszeiten – sowohl von Männern als auch von Frauen – sowie die berufliche Etablierung von Frauen vor der Geburt ihrer Kinder angeführt werden.

Grafik 7: Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter¹⁾, Wien 1961–1999

1) Fruchtbarkeitsalter: Alter von Frauen zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder.

Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

2.2.1.2 Sterblichkeit

2.2.1.2.1 Sterberate

Naturgemäß ist ein Anstieg der **Sterberate** mit dem fortschreitenden Lebensalter verbunden, bzw. ist die Höhe der Lebenserwartung eine Folge der jeweiligen Sterberaten.

Allerdings ergibt sich für Männer dabei ein ungünstigeres Bild: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit – pro 1.000 Personen weiblichen bzw. männlichen Geschlechts – zeigen sich in allen Altersgruppen, sind aber bei den 20- bis 25-Jährigen besonders hoch ausgeprägt. Deren erhöhte Sterblichkeit kann durch die risikoreichere Lebensweise der jungen Männer erklärt werden (Unfälle, Selbstmord, etc.). Diese spielt aber auch bei älteren Männern als Folge ungesunder Ernährung, vermehrtem Rauchen, etc. eine nicht unerhebliche Rolle (siehe Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

Werden die **Verstorbenen** nach deren Altersstruktur betrachtet, so zeigt sich auch bei ihnen, dass die männliche Bevölkerung bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als die weibliche verstarb:

Rund sieben Prozent der 1999 verstorbenen Wiener Männer waren jünger als 45 Jahre, fast ein Viertel befand sich im Alter von 45–64 Jahren. Nahezu die Hälfte der verstorbenen Männer war 65–84 Jahre alt, und nur rund ein Fünftel erreichte ein höheres Alter.

Hingegen waren die verstorbenen Wiener Frauen nur zu drei Prozent jünger als 45 Jahre und lediglich zu neun Prozent im Alter zwischen 45 und 64 Jahren, jedoch zu 44 Prozent in der Altersklasse 65–84 Jahre. Beträchtliche 46 Prozent der verstorbenen Wienerinnen waren 85 Jahre und älter (siehe auch Kap. 4.6 Todesursachen).

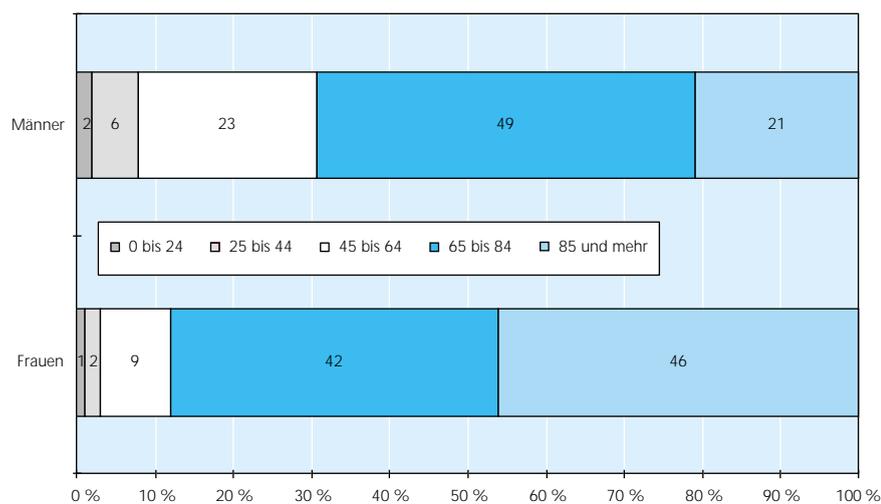
Tabelle 9: Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 1999

Alter in Jahren	Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾
0 – u. 1 ²⁾	35	4,68	42	5,47	77	5,08
1 – u. 5	5	0,16	11	0,34	16	0,26
5 – u. 10	2	0,05	4	0,09	6	0,07
10 – u. 15	5	0,13	6	0,15	11	0,14
15 – u. 20	14	0,37	19	0,47	33	0,42
20 – u. 25	12	0,26	34	0,78	46	0,53
25 – u. 30	20	0,32	51	0,83	71	0,59
30 – u. 35	52	0,67	87	1,12	139	0,92
35 – u. 40	66	0,94	136	1,84	202	1,39
40 – u. 45	88	1,52	157	2,66	245	2,01
45 – u. 50	132	2,52	207	4,08	339	3,23
50 – u. 55	209	3,83	366	6,94	575	5,29
55 – u. 60	342	5,48	627	10,82	969	8,09
60 – u. 65	259	7,29	536	16,92	795	10,62
65 – u. 70	453	12,67	727	26,49	1.180	18,61
70 – u. 75	937	22,87	1.004	40,14	1.941	29,19
75 – u. 80	1.554	37,51	1.175	61,47	2.729	43,24
80 – u. 85	1.456	67,79	849	97,56	2.305	78,87
85 – u. 90	2.451	118,93	975	149,58	3.426	131,95
90 – u. 95	1.726	218,62	492	235,92	2.218	219,73
95 u. dar.	567	310,68	93	206,67	660	290,11
insgesamt	10.385	12,31	7.598	9,94	17.983	11,18

- 1) Altersspezifische Sterbeziffer auf 1.000 EinwohnerInnen in der jeweiligen Altersgruppe.
- 2) Berechnet auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Statistik Österreich

Grafik 8: Verstorbene WienerInnen nach Alter, Wien 1999



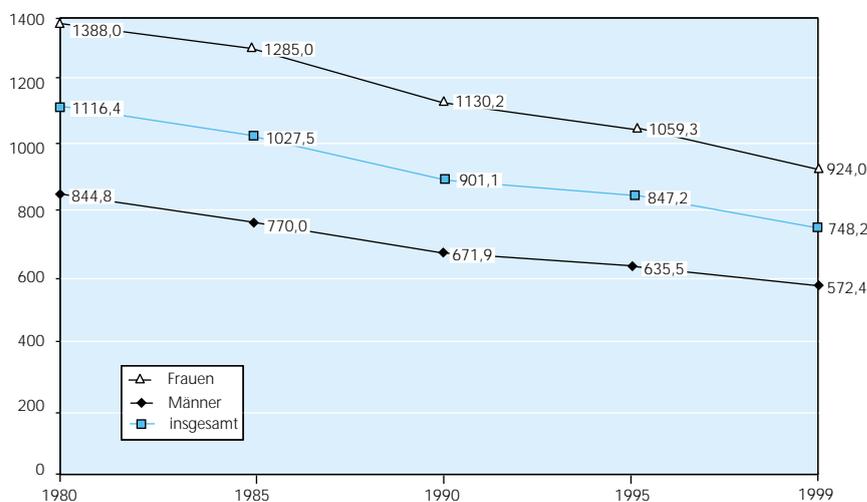
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Statistik Österreich

2.2.1.2.2 Sterblichkeitsentwicklung

Die Mortalität ist in Wien zwischen 1980 und 1999 deutlich gesunken. Dies wird an den altersstandardisierten Sterbeziffern (Gestorbene auf – fiktive – 100.000 der jeweiligen Altersgruppe, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu erzielen) ersichtlich. Dieser Wert lag im Jahr 1980 noch bei 1.116,4 und betrug im Jahr 1999 nur noch 748,2. Damit kam es im angegebenen Zeitraum zu einem **Rückgang der Gesamtmortalität** um ein Drittel. Diese positive Entwicklung zeigt sich sowohl bei den Wiener Frauen als auch bei den Wiener Männern.

Gegenüber 1998 verringerte sich die Gesamtmortalität ebenso (altersstandardisierte Mortalität: 1998: 757,9; 1999: 748,2). Allerdings zeigt die geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten, dass dieser Rückgang durch eine deutliche Abnahme der alterstandardisierten Mortalität bei den Wiener Männern verursacht wird. Bei Frauen stieg dieser Wert – erstmals seit vielen Jahren – geringfügig an (siehe auch Kapitel 4.6 Todesursachen).

Grafik 9: Mortalitätsentwicklung (altersstandardisiert¹⁾), Wien 1980–1999



1) Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf WHO-Old European Standard Population).

Quelle: Statistik Österreich; Berechnungen: Statistisches Amt der Stadt Wien

2.2.1.2.3 Säuglingssterblichkeit

Seit den frühen 70er Jahren reduzierte sich die Säuglingssterblichkeitsrate (= im ersten Lebensjahr Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) in Wien kontinuierlich. Zwischen 1978 und 1999 nahm diese um 70 Prozent ab. Im Jahr 1999 betrug die Säuglingssterblichkeit in Wien 5,1. Dieser – auch international sehr günstige Wert – entspricht in etwa jenen des Jahres 1996 und 1997. Der etwas höhere Wert des Jahres 1998 (7,0) erscheint nach dem Vorliegen der neuen Daten eher als Ausnahme denn als beginnende Trendumkehr.

Die Wiener Säuglingssterblichkeit ist zwar etwas höher als der österreichische Durchschnitt von 4,36 Promille, aber nach 1997 der zweitniedrigste in Wien je verzeichnete Wert. Die überdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit (in den letzten 30 Jahren war sie in Wien nur 1970, 1974, 1994 und 1997 niedriger als in Österreich) ist in der auch international feststellbaren höheren Frühgeburtenhäufigkeit in großstädtischen Regionen begründet.

Wie im Großteil der vorangegangenen Jahre ist die **Säuglingssterblichkeit** bei Knaben auch 1999 geringfügig höher als jene der Mädchen (weiblich: 4,7; männlich: 5,5; vgl. Kap. 5.1.3).

Tabelle 10: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978 bis 1999

Jahr	gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene ¹⁾			Totgeborene	
	weiblich	männlich	insgesamt	insgesamt ²⁾	auf 1.000 Lebendgeborene
1978	15,1	18,4	16,8	99	7,4
1979	18,2	18,9	18,5	90	6,6
1980	13,7	16,2	15,0	101	7,0
1981	12,3	15,7	14,1	82	5,4
1982	11,8	18,0	14,9	75	5,0
1983	12,7	16,8	14,8	89	6,1
1984	12,5	15,0	13,8	83	5,7
1985	8,6	14,3	11,5	76	5,3
1986	8,7	11,9	10,4	81	5,6
1987	10,9	12,3	11,6	53	3,6
1988	8,3	10,4	9,4	58	3,7
1989	9,7	10,3	10,0	74	4,6
1990	8,7	8,6	8,7	60	3,7
1991	7,9	9,0	8,5	62	3,6
1992	8,4	11,4	9,9	65	3,7
1993	7,6	8,6	8,1	64	3,7
1994	5,8	6,0	5,9	73	4,3
1995	6,4	8,9	7,7	68	4,2
1996	5,1	5,6	5,4	83	5,1
1997	5,7	3,5	4,6	80	5,2
1998	6,9	7,0	7,0	74	4,9
1999	4,7	5,5	5,1	82	5,4

- 1) Säuglingssterblichkeitsrate: Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Jahres (und desselben Geschlechts).
2) Ab 1995 weiter gefasste Definition der Totgeborenen.

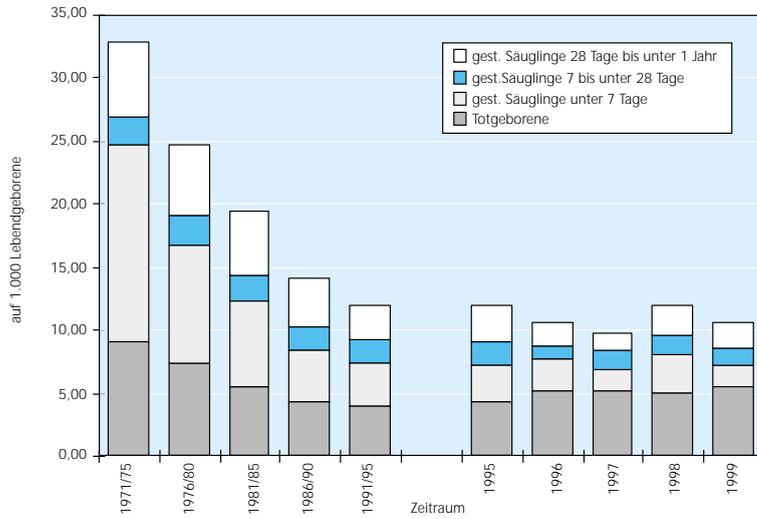
Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

So wie die Säuglingssterblichkeit blieb auch die Rate der **Totgeburten** 1999 in etwa auf dem Niveau der letzten Jahre (5,4 Totgeborene von 1.000 Lebendgeborenen). Insgesamt wurden im Berichtsjahr 82 Totgeburten verzeichnet.

Unter Berücksichtigung der Definitionsänderung ab 1995 ist die Häufigkeit der Totgeburten seit 1994 vermutlich annähernd stabil.¹⁴ Die seit 1.1.1995 geltende neue Definition nach WHO-Richtlinien sieht eine weitere Fassung des Begriffes „Totgeburt“ vor: Wurden bis 1994 alle tot geborenen Säuglinge unter einer Länge von 35 cm als Totgeburt bezeichnet, so müssen diese ab 1995 mindestens 500 g und keines der Merkmale von Lebendgeburten aufweisen. Somit wurde die Grenze zwischen einer Fehlgeburt und einer Totgeburt deutlich verschoben, was in der Folge zu einem „Anstieg“ der Totgeburten um etwa ein Drittel führte (vgl. Kap. 5.1.3).

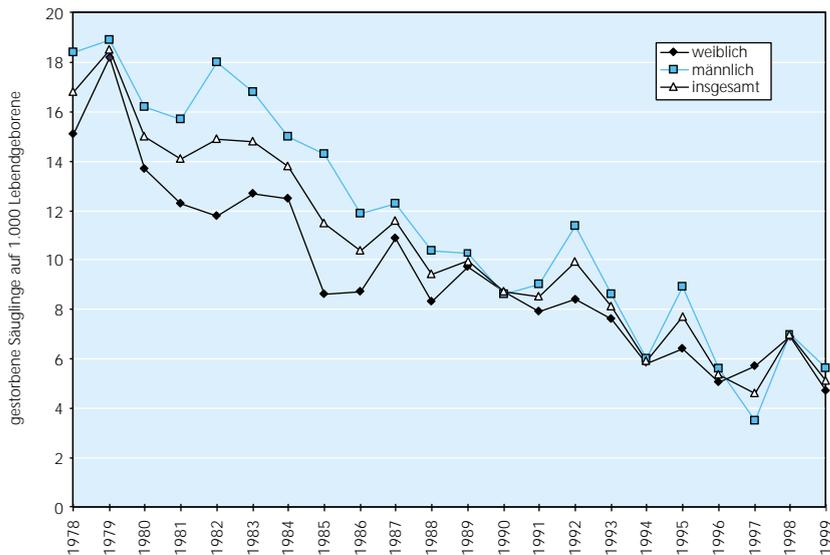
¹⁴ Abgesehen von dem Wert 1995, der nach alter Definition sogar unter dem Niveau der Jahre 1987–1993 liegen müsste.

Grafik 10: Entwicklung: Totgeborene und Säuglingssterblichkeit in Wien



Quelle: MA 66 und Statistik Österreich – Bevölkerungsstatistik

Grafik 11: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, 1978 bis 1999



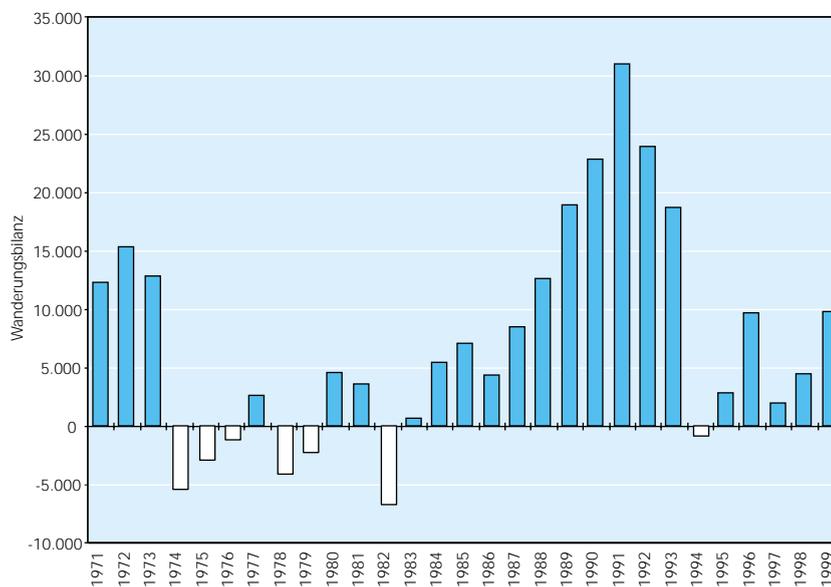
Quelle: Statistik Österreich, Statistisches Amt der Stadt Wien

2.2.2 Wanderungen

Zwischen 1988 und 1993 wies Wien – v. a. auf Grund des Krieges in Jugoslawien sowie der Ostöffnung und dem erhöhten Bedarf an billigen Arbeitskräften – jährliche Wanderungsgewinne von rund 20.000 Personen auf. Der Höhepunkt wurde dabei 1991 mit einem Wanderungssaldo von plus 31.000 Personen erreicht.

1994 kam es zu einem geringfügigen Wanderungsverlust, in den darauf folgenden Jahren war die Wanderungsbilanz positiv und schwankte zwischen 2.000 und 10.000 Personen. 1999 betrug der Wanderungssaldo plus 9.800 Personen. Dieser gegenüber 1998 erhöhte Wanderungsüberschuss wurde durch die Zunahme der Zuwanderung nach Wien, die sich aus allen Regionen (dem Wiener Umland, dem übrigen Österreich und dem Ausland) um zehn bis 15 Prozent erhöhte, während die Wegzüge aus Wien nur um 1,5 Prozent anstiegen, verursacht.

Grafik 12: Wanderungsbilanz 1971 bis 1999



Quelle: Bestandsstatistik des Magistrats der Stadt Wien

2.3 Lebenserwartung

Zusammenfassung

Die Lebenserwartung lag 1999 in Wien für Frauen bei 80,1 Jahren, für Männer bei 74,3 Jahren.

Mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres können Frauen damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 23,2 Jahre zu leben, Männer jedoch nur mehr weitere 19,1 Jahre. 80-jährige Frauen leben im statistischen Durchschnitt noch weitere 8,5 Jahre, gleichaltrige Männer noch weitere 7,2 Jahre.

Summary: Life expectancy

Life expectancy in Vienna in 1999 was 80.1 years for women and 74.3 years for men.

As women reach the age of 60, they can expect to live another 23.2 years on average, for men that span of life is calculated at 19.1 years only.

An 80 year old woman will live – statistically – another 8.5 years, a man of the same age will live another 7.2 years only.

Seit 1961 hat die Lebenserwartung (bei Geburt) sowohl bei Frauen als auch bei Männern um rund sieben Jahre zugenommen und ist nach wie vor im Steigen begriffen. Als Hauptursache der verlängerten Lebensspanne wird der Rückgang der Mortalität im Erwachsenenalter angesehen. Die Mortalität im Säuglings- und Kleinkindalter, hat – wie in allen westlichen Industriestaaten – seit den 90er Jahren bereits ein so niedriges Niveau erreicht, dass diese die Lebenserwartung kaum mehr beeinflusst.

1999 betrug in Wien die Lebenserwartung von Frauen 80,1 Jahre, diejenige von Männern 74,3 Jahre. Die geringere Lebenserwartung von Männern ist nicht nur genetisch bedingt, sondern auch auf deren risikoreichere Lebensweise zurückzuführen. Diese äußert sich in einer vermehrten Unfallhäufigkeit (inkl. Selbstmord), ungesunden Verhaltensweisen wie häufigeres Rauchen und vermehrtem Alkoholkonsum, zeigt sich aber auch bei der medizinischen Gesundheitsvorsorge (siehe Wiener Männergesundheitsbericht 1999). Eine gegenüber Frauen besonders hohe Sterblichkeit weisen die 20- bis 25-jährigen Männer auf („kritische Phase“).

Die gegenüber dem Vorjahr relativ stark gestiegene Lebenserwartung bei Knaben sowie der leichte Rückgang bei Frauen ist eher auf die relativ hohen (bei Frauen) bzw. niedrigen (bei Männern) Vorjahreswerte zurückzuführen. Langfristig bestätigen die Daten für 1999 den Trend zu einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung.

Mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres können Frauen damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 23,2 Jahre zu leben, Männer jedoch nur mehr weitere 19,1 Jahre. Damit ist die fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren seit 1961 sowohl für Frauen als auch für Männer um rund vier Jahre gestiegen.

Somit kann – unter den heutigen Sterblichkeitsverhältnissen – für einen 1999 geborenen **weiblichen** Säugling von einer Lebenserwartung von 80,1 Jahren ausgegangen werden, eine Frau im Alter von 60 Jahren kann heute im Durchschnitt noch weitere 23,2 Jahre leben. Erreicht sie ein Alter von 80 Jahren, besteht die Chance, noch weitere 8,5 Jahre zu leben, und ist sie bereits 90, kann sie im statistischen Durchschnitt mit weiteren 3,9 Jahren rechnen.

Von 100.000 lebend geborenen weiblichen Säuglingen würden daher rund 92.000 das 60. Lebensjahr, rund 61.000 das 80. Lebensjahr und nahezu 23.000 das 90. Lebensjahr erreichen.

Für einen 1999 geborenen **männlichen** Säugling kann von einer Lebenserwartung von 74,3 Jahren ausgegangen werden. Ein Mann im Alter von 60 Jahren kann heute im Durchschnitt noch weitere 19,1 Jahre, mit 80 Jahren noch weitere 7,2 Jahre leben. Mit 90 Jahren beträgt die durchschnittliche weitere Lebenserwartung 4,2 Jahre.

Tabelle 11: Entwicklung der Lebenserwartung in Wien

Jahr	Lebenserwartung bei der Geburt		fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren	
	Mädchen	Knaben	Frauen	Männer
1961	73,3	66,7	19,0	15,0
1971	73,5	66,7	18,9	14,8
1981	75,7	69,2	20,2	16,0
1991	78,1	71,4	21,9	17,5
1992	78,2	71,1	21,9	17,5
1993	78,5	71,7	22,3	17,8
1994	78,9	72,4	22,4	18,0
1995	78,8	72,4	22,5	18,1
1996	79,2	73,0	22,4	18,4
1997	79,7	74,0	22,9	18,7
1998	80,3	73,7	23,3	18,8
1999	80,1	74,3	23,2	19,1

Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

Unter den Sterblichkeitsverhältnissen von 1999 würden von 100.000 lebend geborenen männlichen Säuglingen etwa 86.000 das 60. Lebensjahr, rund 41.000 das 80. Lebensjahr und mehr als 10.000 das 90. Lebensjahr erreichen. Ab dem 60. Lebensjahr ist hier ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied feststellbar.

Die angeführte Lebenserwartung der 1999 Geborenen wurde auf Grund der derzeitigen Sterblichkeitsverhältnisse berechnet. Da aber mit einem weiteren Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten zu rechnen ist, werden die 1999 Geborenen wahrscheinlich sogar deutlich älter werden als angegeben.

Tabelle 12: Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 1999

Alter in Jahren	fernere Lebenserwartung		Absterbeordnung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	80,11	74,31	100.000	100.000
1	79,48	73,72	99.532	99.453
5	75,53	69,81	99.469	99.318
10	70,55	64,84	99.445	99.272
15	65,59	59,89	99.379	99.197
20	60,71	55,02	99.195	98.966
25	55,78	50,23	99.066	98.582
30	50,87	45,42	98.905	98.176
35	46,04	40,66	98.572	97.628
40	41,24	36,01	98.111	96.731
45	36,53	31,46	97.366	95.453
50	31,97	27,06	96.145	93.521
55	27,53	22,92	94.316	90.322
60	23,23	19,06	91.760	85.541
65	18,99	15,52	88.462	78.544
70	15,06	12,38	82.998	68.677
75	11,58	9,60	73.933	55.957
80	8,45	7,24	61.069	40.747
85	5,89	5,40	42.992	24.389
90	3,89	4,19	22.826	10.848
95	2,93	5,16	6.649	2.825

Quelle: Statistik Österreich: Demographische Indikatoren für Wien

2.4 Bevölkerungsprognose

Mag. Hellmut RITTER

MA 66 (Statistisches Amt der Stadt Wien) – Dezernat für Bevölkerungsstatistik

Zusammenfassung

Die Vorausschätzung der künftigen Bevölkerungsentwicklung beruht hauptsächlich auf den Variablen Fertilität, Lebenserwartung und Wanderungssaldo.

Für die Fertilitätsentwicklung wird zunächst eine Stabilisierung und danach ein langsamer Anstieg von 1,22 (1998) auf 1,39 Kinder im Jahr 2020 je Frau erwartet. Das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter wird von 27,9 (1998) auf voraussichtlich 30 Jahre ansteigen.

Die Lebenserwartung wird im Jahr 2030 für Frauen auf 84,8 und für Männer auf 79,5 Jahre geschätzt.

Prognostiziert wird auch ein starker Alterungsschub, wobei der stärkste Anstieg zwischen 2020 und 2030 erfolgen wird. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren wird bis 2015 weiter abnehmen und sich dann bei etwa zwölf Prozent stabilisieren. Die demographische Belastungsquote (Zahl der Kinder und SeniorInnen bezogen auf Personen im Erwerbsalter) wird damit kräftig ansteigen.

Ab etwa 2008 wird wahrscheinlich der Wanderungsüberschuss das Geburtendefizit kompensieren und die EinwohnerInnenzahl Wiens wieder leicht zunehmen.

Summary: Population prognosis

Forecasts of future population development are based primarily on the variables fertility, life expectancy and migration balance.

Fertility is expected to level out to begin with and then to slowly increase from 1.22 (1998) to 1.39 children per woman by the year 2020. The average age of fertility will rise from currently 27.9 (1998) to probably 30 years in the same period of time.

Life expectancy for the year 2030 is calculated at 84.8 years for women and 79.5 years for men.

A sudden increase in ageing is also expected, which will be felt most intensively between 2020 and 2030. The proportion of children below the age of 15 will continue to drop until 2015 and will then level out at approximately 12 percent. The demographic load ratio (the number of children and senior citizens compared to the number of persons of employable age) will thus rise drastically.

From approximately 2008 onwards, the migration surplus will start to compensate for the birth deficit and Vienna will experience a gradual population growth.

2.4.1 Prognoseannahmen und EinwohnerInnenentwicklung

Für die Vorausschätzung der künftigen Bevölkerungsentwicklung werden Annahmen über die Entwicklung von Fruchtbarkeit, Lebenserwartung und des Wanderungssaldos getroffen, wobei zumeist verschiedene Varianten dieser Parameter die Bandbreite der möglichen Entwicklungen abstecken und in verschiedener Weise miteinander kombiniert werden können. In der Folge wird die Hauptvariante der Prognose des ÖSTAT, die sich aus der Kombination der jeweils mittleren Annahmen der Prognoseparameter ergibt, dargestellt.

Für die **Fertilitätsentwicklung** wird nach dem sprunghaften Rückgang der Gesamtfuchtbarkeitsrate im 2. Halbjahr 1997 und 1. Halbjahr 1998 eine Stabilisierung und danach ein langsamer Anstieg von 1,22 auf 1,39 Kinder je Frau erwartet, wobei dieses Niveau im Jahr 2020 erreicht werden sollte. Wegen der abnehmenden Zahl der Frauen im fruchtbaren Alter bedeutet das aber dennoch einen weiteren Rückgang der Geburtenzahlen bis 2008 auf etwa 13.100. Für das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter wird bis 2015 ein Anstieg von 27,9 auf 30 Jahre angenommen.

Bei der **Mortalität** wird davon ausgegangen, dass sich der in den letzten zehn Jahren sehr rasche Anstieg der Lebenserwartung nur geringfügig verlangsamt und 2030 für Frauen 84,8 und für Männer 79,5 Jahre erreicht. Im Vergleich zur Vorgängerprognose wurden diese Annahmen somit deutlich nach oben revidiert.

Die jährliche Zahl der Verstorbenen sollte um 2015 ein Minimum von etwa 16.500 erreichen, ehe sie dann wegen des dann höheren Anteils alter Menschen wieder zu steigen beginnt. Das Geburtendefizit wird demnach auch in den nächsten zwölf Jahren etwa 3.000 bis 3.500 Personen betragen.

Für die **Migration** wird bis 2007 mit nur geringen Wanderungsüberschüssen zwischen 1.000 und 2.000 Personen gerechnet, danach wird infolge des wegen der Altersstruktur der Bevölkerung sinkenden Arbeitskräfteangebotes mit einem bis 2020 auf 7.000 Personen steigenden Saldo erwartet. Damit würde ab etwa 2010 der Wanderungsüberschuss das Geburtendefizit kompensieren und die EinwohnerInnenzahl Wiens – nach einem Rückgang um ca. 19.000 Personen gegenüber dem Ausgangsniveau von 1998 – wieder leicht zunehmen. Gemäß diesen Annahmen würde der Bevölkerungsstand etwa 2017 wieder das gegenwärtige Niveau erreichen und sich bis 2030 um weitere 55.000 bis 60.000 EinwohnerInnen erhöhen.

Tabelle 13: Realisierte demographische Indikatoren und Prognoseannahmen, Wien 1999

Jahr, Variante	Gesamtfruchtbarkeitsrate	Lebenserwartung bei der Geburt				Wanderungssaldo
		Männer		Frauen		
1998 ¹⁾	1,22	73,7		80,3		+ 3.005
2000 ²⁾	1,22	73,9		80,4		+ 1.050
2005 ²⁾	1,23	74,7		81,0		+ 1.470
2010 ²⁾	1,29	75,6		81,7		+ 3.430
2020 ²⁾	1,39	77,4		83,2		+ 7.000
Langfristannahme	ab 2020	2030	2050	2030	2050	ab 2020
mittel	1,39	79,5	81,6	84,8	86,5	+ 7.000
hoch	1,67	81,5	85,6	86,3	89,5	+ 13.800
nieder	1,12	77,6	77,6	83,5	83,5	+800

1) Realisierte Werte.

2) Annahmen gemäß mittlerer Variante.

Quelle: ÖSTAT: Bevölkerungsvorausschätzung 1999–2050

2.4.2 Prognose der Altersverteilung

Unbestritten, weil von der Wahl der Prognoseannahmen innerhalb der plausiblen Bereiche unabhängig, ist der auch Wien bevorstehende **Alterungsschub** in der Zusammensetzung der Bevölkerung. Verschiedene Varianten differieren nur in der Stärke dieses Prozesses. Der Anteil der über 60-Jährigen hat 1998 sein Minimum erreicht und wird bis 2020 um ca. sieben Prozentpunkte zunehmen, der stärkste Anstieg erfolgt jedoch zwischen 2020 und 2030. Auch der Anteil der älteren SeniorInnen über 75 Jahre, der bereits seit 1996 wieder leicht zunimmt, wird nach einer Periode der annähernden Konstanz zwischen 2000 und 2005 bis 2013 nochmals auf 7,3 Prozent zurückgehen, danach setzt ein starker Anstieg ein.

Auch bei der Bevölkerung im **Erwerbsalter** kommt es zu einer Verlagerung in den oberen Bereich, da sich die am stärksten besetzten Jahrgänge derzeit im Alter zwischen 28 und 40 Jahren befinden.

Hingegen wird der Anteil der **Kinder** unter 15 Jahren bis 2015 abnehmen und sich dann bei etwa zwölf Prozent stabilisieren.

Somit wird es bis 2020 zu einem moderaten, in den folgenden zehn Jahren zu einem kräftigen Anstieg der **demographischen Belastungsquote** (Zahl der Kinder und SeniorInnen bezogen auf Personen im Erwerbsalter) kommen.

Tabelle 14: Prognose der demographischen Belastungsquoten, Wien bis 2050

Jahr	insgesamt absolut	Alter in Jahren						Belastungs- quote ¹⁾
		bis u. 15		15 bis u. 60		60 und älter		
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
1998	1.598.897	240.374	15,0	1.039.463	65,0	319.060	20,0	53,8
2000	1.598.661	238.336	14,9	1.030.038	64,4	330.287	20,7	55,2
2005	1.587.348	222.396	14,0	1.003.708	63,2	361.244	22,8	58,1
2010	1.580.889	197.123	12,5	1.001.507	63,4	382.259	24,2	57,9
2020	1.613.258	191.486	11,9	990.295	61,4	431.477	26,7	62,9
2030	1.655.515	204.538	12,4	913.230	55,2	537.747	32,5	81,3
2040	1.668.421	195.269	11,7	917.576	55,0	555.576	33,3	81,8
2050	1.665.040	191.591	11,5	915.550	55,0	557.899	33,5	81,9

1) Unter 15-Jährige + über 60-Jährige auf 100 15- bis unter 60-Jährige.

Quelle: ÖSTAT (1999): Bevölkerungsvorausschätzung 1999–2050 Wien (mittlere Variante)

Tabelle 15: Prognose der Altersentwicklung der Wiener Bevölkerung nach Geschlecht bis 2050

	0 – unter 15		15 – unter 30		30 – unter 45		45 – unter 60		60 – unter 75		75 und älter		insgesamt
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
1998	240.374	15,0	300.801	18,8	407.921	25,5	330.741	20,7	193.582	12,1	125.478	7,8	1.598.897
Frauen	117.189	13,9	153.016	18,1	201.345	23,9	169.420	20,1	112.174	13,3	90.179	10,7	843.323
Männer	123.185	16,3	147.785	19,6	206.576	27,3	161.321	21,4	81.408	10,8	35.299	4,7	755.574
2000	238.336	14,9	283.199	17,7	422.855	26,5	323.984	20,3	202.237	12,7	128.050	8,0	1.598.661
Frauen	116.240	13,8	143.659	17,1	209.245	24,9	165.883	19,7	113.629	13,5	91.863	10,9	840.519
Männer	122.096	16,1	139.540	18,4	213.610	28,2	158.101	20,9	88.608	11,7	36.187	4,8	758.142
2005	222.396	14,0	266.161	16,8	416.816	26,3	320.731	20,2	234.300	14,8	126.944	8,0	1.587.348
Frauen	108.672	13,1	132.663	16,0	209.176	25,2	162.610	19,6	127.391	15,4	88.335	10,7	828.847
Männer	113.724	15,0	133.498	17,6	207.640	27,4	158.121	20,8	106.909	14,1	38.609	5,1	758.501
2010	197.123	12,5	279.117	17,7	367.829	23,3	354.561	22,4	262.750	16,6	119.509	7,6	1.580.889
Frauen	96.126	11,7	138.793	16,9	186.311	22,7	177.504	21,6	141.408	17,2	80.783	9,8	820.925
Männer	100.997	13,3	140.324	18,5	181.518	23,9	177.057	23,3	121.342	16,0	38.726	5,1	759.964
2020	191.486	11,9	272.419	16,9	320.047	19,8	397.829	24,7	275.676	17,1	155.801	9,7	1.613.258
Frauen	93.227	11,2	136.199	16,4	157.765	19,0	201.408	24,3	145.410	17,5	95.984	11,6	829.993
Männer	98.259	12,5	136.220	17,4	162.282	20,7	196.421	25,1	130.266	16,6	59.817	7,6	783.265
2030	204.538	12,4	243.332	14,7	350.858	21,2	319.040	19,3	356.252	21,5	181.495	11,0	1.655.515
Frauen	99.454	11,7	121.695	14,4	172.673	20,4	160.529	18,9	183.693	21,7	109.667	12,9	847.711
Männer	105.084	13,0	121.637	15,1	178.185	22,1	158.511	19,6	172.559	21,4	71.828	8,9	807.804
2040	195.269	11,7	256.370	15,4	322.198	19,3	339.008	20,3	321.441	19,3	234.135	14,0	1.668.421
Frauen	94.924	11,2	127.892	15,0	158.758	18,7	166.518	19,6	167.799	19,7	134.862	15,9	850.753
Männer	100.345	12,3	128.478	15,7	163.440	20,0	172.490	21,1	153.642	18,8	99.273	12,1	817.668
2050	191.591	11,5	258.202	15,5	318.607	19,1	338.741	20,3	288.487	17,3	269.412	16,2	1.665.040
Frauen	93.128	11,0	128.722	15,2	156.746	18,5	166.881	19,7	144.876	17,1	156.595	18,5	846.948
Männer	98.463	12,0	129.480	15,8	161.861	19,8	171.860	21,0	143.611	17,6	112.817	13,8	818.092

Quelle: ÖSTAT (1999): Bevölkerungsvorausschätzung 1999–2050 Wien (mittlere Variante)

III.
SOZIOÖKONOMISCHE
LAGE

*SOCIO-ECONOMIC
SITUATION*

3	SOZIOÖKONOMISCHE LAGE	59
	3.1 Bildungshöhe	60
	3.2 Erwerbsstatus	63
	3.2.1 Arbeitslosigkeit	63
	3.3 Berufliche Stellung	65
	3.4 Einkommenshöhe	65
	3.5 Wohnverhältnisse	65
	3.6 Sozioökonomische Lage und Gesundheit	66

3 SOZIOÖKONOMISCHE LAGE

Zusammenfassung

Eine Vielzahl von Studien weist darauf hin, dass die soziale Lage von Personen die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und die Sterblichkeit beeinflussen.

Vor allem die Bildungshöhe ist ein bedeutender Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Nahezu ein Drittel der Wiener Bevölkerung hat einen über die Matura hinausgehenden Bildungsabschluss (AHS/BHS oder höher), zehn Prozent haben eine berufsbildende mittlere Schule absolviert, ein knappes Drittel einen Lehrabschluss und rund ein Viertel eine Pflichtschulausbildung. Das Bildungsniveau der Männer ist höher als jenes der Frauen, jedoch gleicht sich dieses in den jüngeren Altersgruppen an. Zwischen 1971 und 1998 stieg das Bildungsniveau der Wiener Bevölkerung stark an: So nahmen die höchsten Bildungsabschlüsse (Matura und höher) von 14 auf 32 Prozent zu.

Auch sind Arbeitslosigkeit und Gesundheit eng miteinander verknüpft. Die Arbeitslosenquote betrug 1999 in Wien 8,1 Prozent (Männer: 8,8 Prozent; Frauen: 7,4 Prozent) nach österreichischer Berechnung. Dies entspricht einer Arbeitslosenrate von 5,3 Prozent (Männer: 6,2 Prozent; Frauen: 4,1 Prozent) nach der EU-Berechnung. Die Arbeitslosenrate nimmt mit fortschreitendem Alter zu.

Summary: Socio-economic situation

There is ample proof from statistics that a person's social standing has a bearing on how they contract and overcome diseases, how they make use of health care services, as well as on their mortality.

The degree of education in particular is a reliable indicator of a country's state of health. Almost one third of the Viennese have passed matriculation (= university entry) exams, i.e. they have completed secondary academic schools, secondary vocational colleges or even higher education, 10 percent have completed vocational schools, roughly one third have done an apprenticeship, and about one quarter have compulsory schooling only. The level of education is higher for men than for women, this gap, however, is disappearing. Between 1971 and 1998, there was a marked increase in the level of education of the Viennese population. The number of educational diplomas of the highest degree (matriculation and up) rose from 14 to 32 percent.

Unemployment and health are also strongly interlinked. In 1999, the unemployment rate for Vienna was 8.1 percent, 8.8 percent for men and 7.4 percent for women, using Austrian standards. By EU standards the unemployment rate was 5.3 percent, 6.2 percent for men and 4.1 percent for women. Unemployment is more widespread among older people.

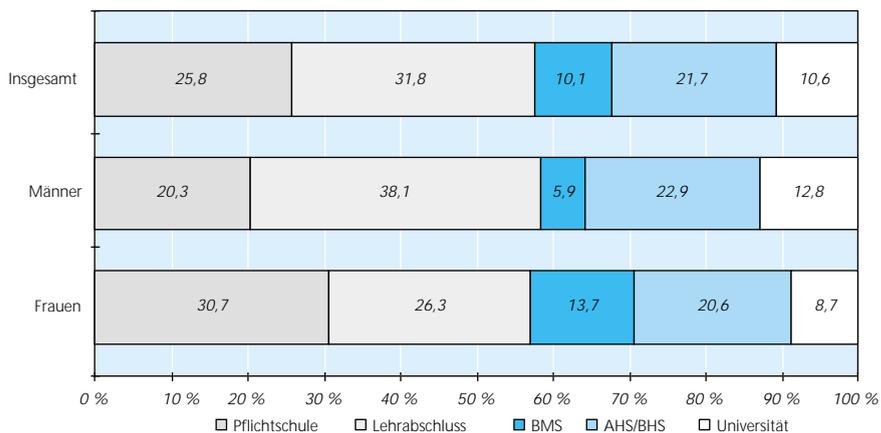
Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass die soziale Lage von Personen die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und die Sterblichkeit beeinflussen.¹⁵ Auch die Bereitschaft und die ökonomischen Möglichkeiten, Gesundheitsleistungen zu finanzieren, werden durch die soziale Lage mitbestimmt. Somit liefert die Beschreibung der sozialen Lage sowie ihrer Veränderung im zeitlichen Verlauf wichtige Rahmendaten für das Gesundheitswesen. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Komponenten Bildungshöhe, Erwerbsbeteiligung inklusive Arbeitslosigkeit, beruflicher Status, Einkommenshöhe und Wohnverhältnisse der Wiener Bevölkerung. Ein abschließender Beitrag des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen behandelt den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit in Wien (Kap. 3.5).

¹⁵ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998.
MA-L/Gesundheitsplanung: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1999/1 (Sozioökonomische Lage und Gesundheit in Wien) und 1999/2 (Gesundheit der Wiener Bevölkerung im regionalen Vergleich), Wien 1999.

3.1 Bildungshöhe

Internationale, aber auch nationale Studien¹⁶ weisen darauf hin, dass vor allem die Bildungshöhe ein bedeutender Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist. Laut Mikrozensus 1998¹⁷ hat nahezu ein Drittel der Wiener Bevölkerung einen über die Matura hinausgehenden Bildungsabschluss (AHS-/BHS-, Universitäts-/Hochschulabschluss bzw. Abschluss hochschulverwandter Lehranstalten), zehn Prozent haben eine berufsbildende mittlere Schule absolviert, ein knappes Drittel einen Lehrabschluss und rund ein Viertel eine Pflichtschulausbildung.

Grafik 1: Bildungshöhe nach Geschlecht und insgesamt, Wien 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

Aus den Daten lässt sich ersehen, dass die Bildungshöhe der Männer in der Gesamtbevölkerung höher ist als jene der Frauen. Diese **Geschlechterunterschiede** sind jedoch in höheren **Altersgruppen** stärker ausgeprägt als in niedrigeren. So haben die über 60-jährigen Männer zu 30 Prozent eine AHS, BHS, Universität oder eine hochschulverwandte Lehranstalt absolviert, gleichaltrige Frauen aber nur zu 17 Prozent. Dieser Unterschied beträgt in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen nur mehr vier Prozentpunkte (AHS-/BHS- oder Universitätsabschluss: Männer: 43 Prozent; Frauen: 39 Prozent). Somit kommt es bei den 30- bis 44-jährigen Wienerinnen und Wienern nahezu zu einer Angleichung bei den höheren Bildungsabschlüssen. Die Daten über die Bildungshöhe der 15- bis 29-Jährigen werden zwar der Vollständigkeit wegen wiedergegeben, sind aber nicht sehr aussagekräftig, da ein Teil dieser Altersgruppe noch in Ausbildung steht.

Tabelle 1: Bildungshöhe nach Alter und Geschlecht, Wien 1998

Bildungshöhe	Alter							
	15–29 Jahre		30–44 Jahre		45–59 Jahre		60 + Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	<i>in %</i>							
Pflichtschule	35,3	33,6	13,9	21,0	18,3	28,7	15,1	39,8
Lehrabschluss	23,2	17,5	36,7	25,5	46,5	33,2	48,2	27,8
BMS	4,1	9,1	6,9	14,5	5,6	14,5	7,1	15,7
AHS/BHS	31,9	34,4	25,5	23,2	15,0	14,6	17,6	12,8
Universität/hochschulverwandte Lehranstalt	5,5	5,4	17,0	15,8	14,6	9,0	12,0	3,9

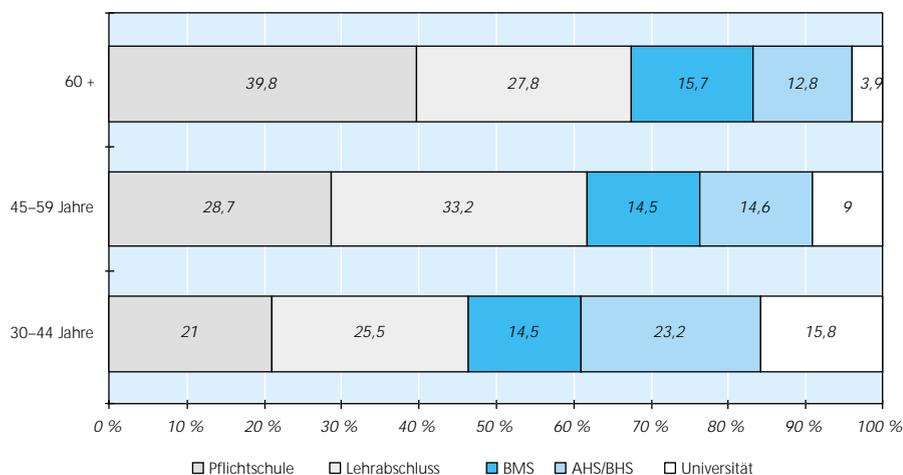
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

¹⁶ DOBLHAMMER-REITER, G.: Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. In: Demographische Informationen, Wien 1995/96.

¹⁷ Neuere Daten sind derzeit nicht verfügbar.

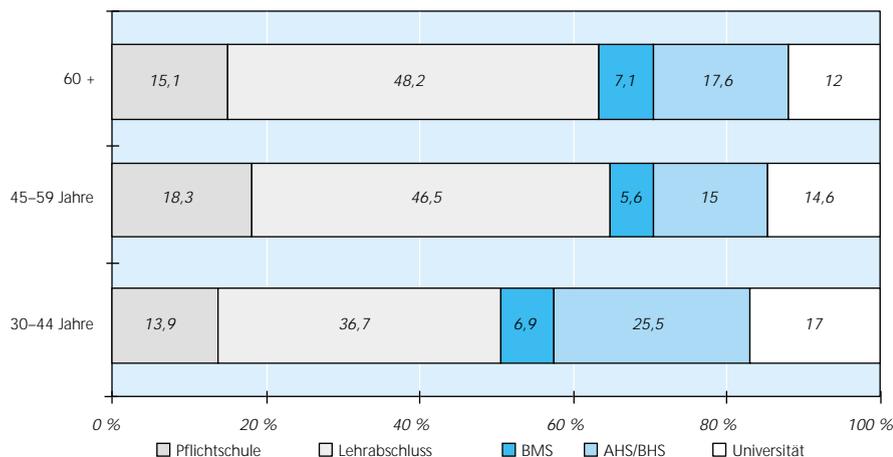
Da die jüngeren Jahrgänge – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – ein bedeutend höheres Bildungsniveau aufweisen als die älteren, kann davon ausgegangen werden, dass die Bildungsoffensive der letzten Jahrzehnte gegriffen hat und das Bildungsniveau der Wiener Gesamtbevölkerung gestiegen ist (Tab. 1). Dieser Anstieg nimmt bei Frauen ein bedeutend höheres Ausmaß an als bei Männern, allerdings hatten Frauen auch einen höheren Aufholbedarf: Vergleicht man die Bildungshöhe der über 60-jährigen Wienerinnen mit jener der 30- bis 44-jährigen, lässt sich ersehen, dass sich die hohen Bildungsabschlüsse bei Frauen mehr als verdoppelt haben (AHS-/BHS-, Universitätsabschluss oder universitätsverwandte Ausbildung: 30-bis 44-Jährige: 39 Prozent; über 60-Jährige: 17 Prozent), jene der Männer ist zwar auch stark angestiegen, aber in einem bedeutend geringeren Ausmaß als bei Frauen (AHS-/BHS-, Universitätsabschluss oder universitätsverwandte Ausbildung: 30-bis 44-Jährige: 43 Prozent; über 60-Jährige: 30 Prozent). In den beiden nachfolgenden Grafiken wurden die Daten der 15- bis 30-Jährigen ausgeblendet, da in dieser Altersgruppe – wie schon oben angesprochen – noch viele Personen in Ausbildung stehen. Diese Zahlen können aber der Tabelle 1 entnommen werden.

Grafik 2: Bildungshöhe der Wiener Frauen nach Alter, 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

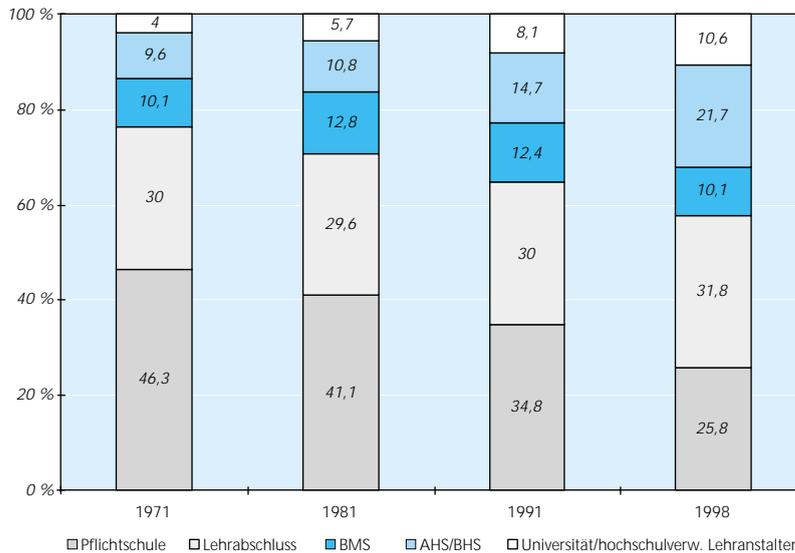
Grafik 3: Bildungshöhe der Wiener Männer nach Alter, 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

Die Steigerung des Bildungsniveaus der Wiener Bevölkerung lässt sich auch aus der Entwicklung der Bildungshöhe im **zeitlichen Verlauf** entnehmen: So hatte 1971 fast die Hälfte der WienerInnen nur eine Pflichtschule absolviert, der Vergleichswert für 1998 beträgt lediglich 26 Prozent. Als Folge dieser Entwicklung stiegen die höchsten Bildungsabschlüsse (AHS/BHS, Universität oder hochschulverwandte Lehranstalt) von 14 Prozent im Jahr 1971 auf 32 Prozent im Jahr 1998.

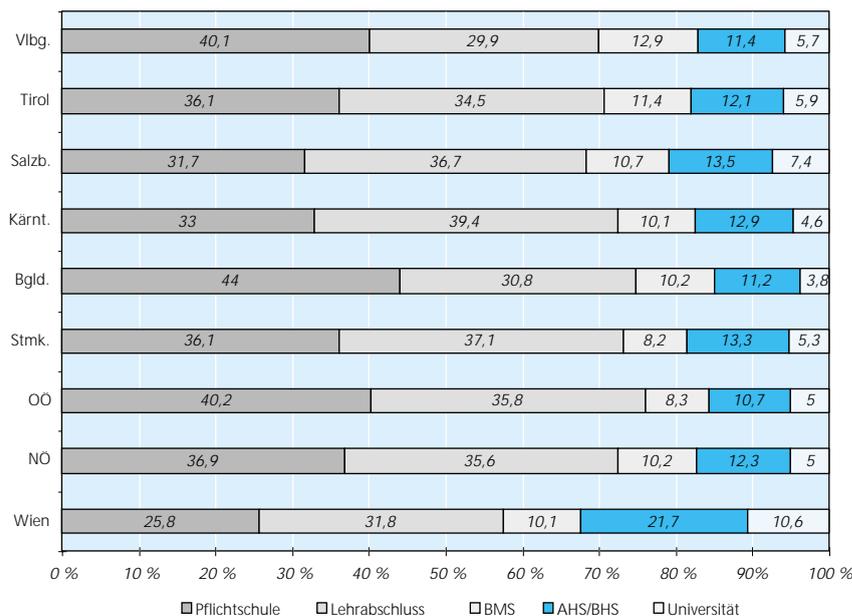
Grafik 4: Bildungshöhe der WienerInnen im zeitlichen Verlauf, 1971 bis 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

Der Bundesländervergleich zeigt, dass das Bildungsniveau in Wien weit über jenem der anderen österreichischen Bundesländer liegt. Die niedrigste Bildungshöhe weist das Burgenland auf.

Grafik 5: Bildungshöhe nach Bundesländern, 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Volkszählungen 1971–1991; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998 – Jahresdurchschnitt

3.2 Erwerbsstatus

Laut Mikrozensus nahmen 1998¹⁸ im Durchschnitt rund 739.000 Personen in Wien am Erwerbsleben teil. Von diesen entfallen rund 55 Prozent auf Männer und 45 Prozent auf Frauen. Rund 67.000 WienerInnen waren 1998 im Jahresdurchschnitt arbeitslos (Männer: 59 Prozent, Frauen: 41 Prozent), 361.000 PensionistInnen (Männer: 37 Prozent; Frauen: 63 Prozent), 83.000 nur im Haushalt arbeitende Personen (Männer: zwei Prozent; Frauen: 98 Prozent), 230.700 SchülerInnen oder StudentInnen (männlich und weiblich: je 50 Prozent) und 10.700 sonstige erhaltene Personen (männlich: 53 Prozent, weiblich: 47 Prozent).

Tabelle 2: Teilnahme am Erwerbsleben der über 15-jährigen WienerInnen, 1998

Erwerbsstatus	insgesamt	Männer	Frauen
	absolut		
Beschäftigte	738.700	403.200	335.500
Arbeitslose	67.300	39.600	27.700
PensionistInnen	360.800	133.500	227.300
Hausfrauen/-männer	83.000	1.800	81.200
StudentInnen, SchülerInnen	230.700	116.300	114.400
sonst. erhaltene Personen	10.700	5.700	5.000

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998 – Jahresdurchschnitt

Nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Statistischen Amtes der Stadt Wien gab es 1999 in Wien im Jahresdurchschnitt rund 39.000 **geringfügig Beschäftigte**, nahezu zwei Drittel von diesen entfallen auf Frauen (rd. 24.500).

3.2.1 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind vielfältig miteinander verknüpft: Gesundheitlich eingeschränkte und erwerbsgeminderte Arbeitnehmer sind u. a. auf Grund betrieblicher Entlassungs- und Einstellungspraktiken besonders von Arbeitslosigkeit betroffen. Sie tragen ein höheres Risiko, entlassen zu werden, bleiben überdurchschnittlich lange arbeitslos und haben geringere Chancen der beruflichen Wiedereingliederung (Selektionseffekt). Der Verlust des Arbeitsplatzes und fortdauernde Arbeitslosigkeit können gesundheitsbezogenes Verhalten negativ beeinflussen und die Verstärkung sowie Entstehung gesundheitlicher Probleme, sowohl psychosozialer als auch physischer Art bewirken (Kausaleffekt).¹⁹

1999 waren im Jahresdurchschnitt rund 68.400 Wienerinnen und Wiener von **Arbeitslosigkeit** betroffen. Von diesen entfielen 39.700 auf Männer (58 Prozent) und 28.700 auf Frauen (42 Prozent); 41 Prozent (28.100) aller Arbeitslosen waren Langzeitarbeitslose (Arbeitslosigkeit > 6 Monate).

Tabelle 3: Arbeitslose im Jahresdurchschnitt, Wien 1999

Arbeitslose nach Dauer	Männer	Frauen
	absolut	
Arbeitslosigkeit < 6 Monate	23.194	17.095
Arbeitslosigkeit > 6 Monate	16.461	11.636
insgesamt	39.655	28.731

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Arbeitsmarktservice Wien

¹⁸ Daten für 1999 sind derzeit noch nicht verfügbar.

¹⁹ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden 1998.

1999 waren nach **österreichischer Berechnung** (Anteil der Arbeitslosen an den unselbstständig Beschäftigten) 8,8 Prozent der Wiener Männer arbeitslos, der Anteil der Frauen lag etwas niedriger, und zwar bei 7,4 Prozent. Insgesamt betrug die Arbeitslosenquote 1999 in Wien 8,1 Prozent. Wird die Berechnung der **EU** (Anteil der Arbeitslosen an allen Beschäftigten) für die Ermittlung der Arbeitslosenrate herangezogen, ergeben sich folgende Werte: insgesamt: 5,3 Prozent, Männer: 6,2 Prozent; Frauen: 4,1 Prozent.

Tabelle 4: Arbeitslosenrate in Wien im Jahresdurchschnitt, 1999

Arbeitslosenrate	österr. Berechnung ¹	EU-Berechnung ²
	in %	
Männer	8,8	6,2
Frauen	7,4	4,1
insgesamt	8,1	5,3

1) Anteil der Arbeitslosen an den unselbstständig Beschäftigten.

2) Anteil der Arbeitslosen an allen Beschäftigten. Stichtag: Ende September; vorläufige Zahlen.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; ArbeitsMarktservice Wien; Statistik Österreich.

Die Arbeitslosenrate beträgt bei Jugendlichen 6,2 Prozent (15- bis 18-Jährige: 3,9 Prozent) nach österreichischer Berechnung und nimmt mit fortschreitendem **Alter** zu. So beträgt die Arbeitslosenquote in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen schon 15,7 Prozent. Dieser Anstieg mit dem Alter zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Dass ein Teil der über 55-jährigen Frauen und der über 60-jährigen Männer schon einen Pensionsanspruch haben, erklärt die niedrigeren Werte in diesen Altersgruppen.

Tabelle 5: Arbeitslosenquote nach Alter und Geschlecht, Wien 1999

Arbeitslosigkeit nach Alter	15–24	25–29	30–39	40–49	50–54	55–59	60 +
	in %						
Männer	7,4	6,9	7,1	8,1	11,6	18,1	10,3
Frauen	5,0	6,6	7,1	6,7	12,9	10,1	5,9
insgesamt	6,2	6,8	7,1	7,4	12,2	15,7	8,8

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; ArbeitsMarktservice Wien

Die Arbeitslosenrate der **ausländischen Bevölkerung** in Wien liegt mit 9,1 Prozent etwas über jener der österreichischen Bevölkerung (8,0 Prozent). Dieser Unterschied wird durch die höhere Arbeitslosenquote der ausländischen Männer (10,9 Prozent), die höher ist als jene der österreichischen Männer (8,4 Prozent), bedingt. Bei ausländischen Frauen (6,8 Prozent) ist der Anteil der Arbeitslosen niedriger als bei österreichischen Frauen (7,4 Prozent).

3.3 Berufliche Stellung

Rund 61 Prozent der Wienerinnen und Wiener waren 1998²⁰ Angestellte oder öffentlich Bedienstete, 31 Prozent ArbeiterInnen und acht Prozent freischaffend oder selbstständig tätig. Aus der Tabelle 6 lässt sich ersehen, dass die Werte der Frauen bei den Angestellten bzw. öffentlich Bediensteten über jenen der Männer liegen, bei den ArbeiterInnen und Freischaffenden/Selbstständigen aber darunter.

Tabelle 6: Berufliche Stellung der WienerInnen im Jahresdurchschnitt, 1998

Berufliche Stellung	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen	insges.
	absolut			in %		
Freischaffende, Selbstständige	42.800	21.500	64.300	9,7	5,9	8,0
Angestellte/öffentl. Bedienst.	237.100	252.900	490.000	53,5	69,7	60,8
ArbeiterInnen	162.900	88.700	251.600	36,8	24,4	31,2

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich: Mikrozensus 1998

3.4 Einkommenshöhe

1997²⁰ betrug das durchschnittliche Brutto-Jahreseinkommen der Wiener ArbeitnehmerInnen ATS 333.431,-, jenes der PensionistInnen ATS 241.178,- (Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; STATISTIK ÖSTERREICH).

Das mittlere Brutto-Monatseinkommen lag 1998²⁰ bei den unselbstständig Beschäftigten insgesamt bei ATS 24.900,-. Dabei war das Einkommen der Männer mit ATS 28.600,- deutlich höher als jenes der Frauen mit ATS 21.124,- (Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).

3.5 Wohnverhältnisse

83,4 Prozent der Wiener Bevölkerung leben in Wohnungen der Kategorie A oder B (Bad, WC, Zentralheizung oder Einzelofenheizung), 6,5 Prozent in Wohnungen der Kategorie C (WC und Wasser) und 10,1 Prozent in Wohnungen der Kategorie D (mit oder ohne Wasser).

Die durchschnittliche Nutzfläche einer Wohnung beträgt 68 m². Ein Bewohner verfügt im Durchschnitt über einen Wohnraum von 33 m² (Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; STATISTIK ÖSTERREICH: Häuser- und Wohnungszählungen 1991).

²⁰ Daten für 1999 sind derzeit noch nicht verfügbar.

3.6 Sozioökonomische Lage und Gesundheit

Dr. Wilhelm FRANK; Dr. Gerhard FÜLÖP; DDr. Ulrike KADI; Mag. Petra OFNER
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Zusammenfassung:

Zahlreiche Untersuchungen belegen international, dass die soziale Schichtzugehörigkeit, welche sich aus formaler Ausbildung, beruflichem Status und Einkommen ergibt, Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung von Individuen hat. Für Wien liegen derzeit noch keine Survey-Ergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und Auftreten von Krankheiten vor, diese sind jedoch in Arbeit.

In diesem Kapitel wurde versucht, aus den verfügbaren Datengrundlagen eine sozioökonomische Typisierung der Wiener Gemeindebezirke herauszuarbeiten und diese den Gesundheitsindikatoren – wie Lebenserwartung und Mortalität – gegenüberzustellen.

Summary: Socio-economic situation and health

A number of international surveys have shown that the social class a person belongs to, which they have accessed based on their formal education, their professional status and their income, strongly influences their health and life expectancy. There are as yet no current results for Vienna on the connection between social class and occurrence of diseases, but a survey is in process.

Available data were used to attempt a characterisation of Vienna's municipal districts based on social and economic factors and to subsequently compare these with health indicators such as life expectancy and mortality.

Wie in der Literatur vielfach belegt, besteht ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation bzw. der sozialen Schichtzugehörigkeit und dem Gesundheitszustand von Menschen.

Gesundheit ist von einem Netz verschiedener Faktoren abhängig. Der Einzelne findet sich mit seinen biologischen, emotionalen und kognitiven Voraussetzungen eingebettet in ein kulturelles und soziales Umfeld, das seine Anfälligkeit für verschiedene Krankheiten in hohem Ausmaß mitbestimmt.

Der sozioökonomischen Lage des Individuums im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen Gefüges kommt dabei besondere Bedeutung zu. Denn nicht nur die Möglichkeit, im Sinne einer „salutogenetischen“ Perspektive²¹ gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu erlernen und die eigene Lebensführung auf solche Vorgaben einzustellen, ist abhängig von der Schichtzugehörigkeit des Menschen. Auch individuelle Copingstrategien im Umgang mit Stress werden durch die sozioökonomische Situation des Betroffenen geprägt. Zudem sind Armut und der damit verbundene Ressourcenmangel per se gesundheitsgefährdende Faktoren.

Wie SAPOLSKY nachweist, spielen ein niedriger Bildungsgrad, schlechter bezahlte manuelle Arbeit, primitivere Wohnverhältnisse und die damit verbundenen chronischen emotionalen Belastungen eine entscheidende Rolle für die Entstehung von Krankheit.²² Das individuelle Krankheitsrisiko scheint weiters auch vom Verhältnis des Einzelnen zu einer als anonym erlebten Gesellschaft abzuhängen. Sich aus bestimmten Gesellschaftsgruppen ausgeschlossen zu fühlen, kann dabei ebenso negative Folgewirkungen haben wie die Erfahrung, die sich für die Schlechterverdienenden mit großen Einkommensunterschieden innerhalb einer Kommunität verbindet.²³

²¹ ANTONOWSKI, A.: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: FRANKE, A. & BRODA, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheitsversorgung. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen 1993.

²² SAPOLSKY, R.M.: Why Zebras don't get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress-related Diseases, and Coping. New York 1998.

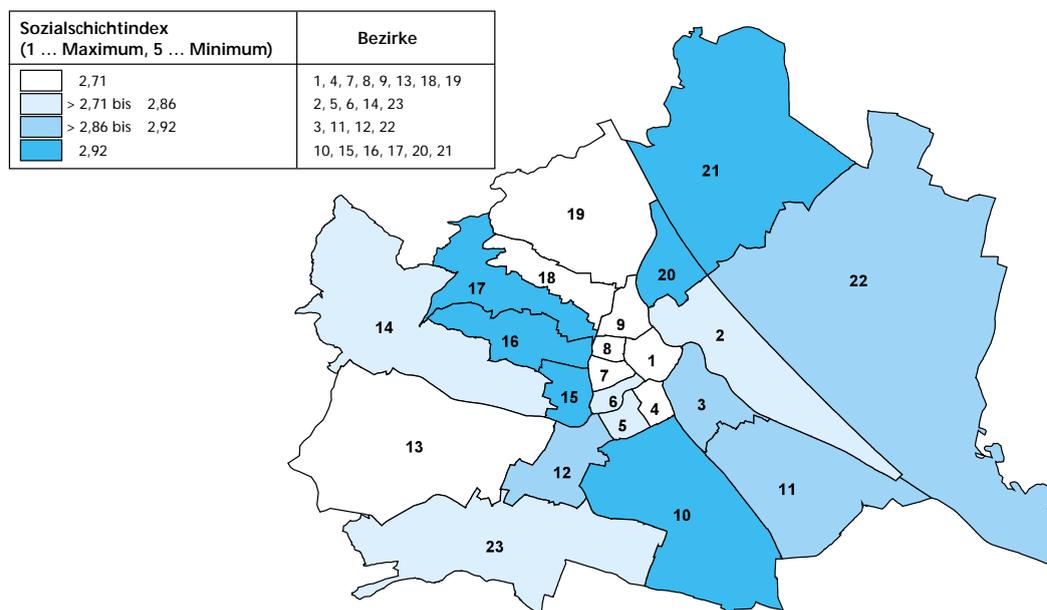
Um den Zusammenhang zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Rahmenbedingungen einerseits und gesundheitlichen Unterschieden andererseits in ihrer räumlichen Dimension für **Wien** sichtbar zu machen, wurde der Versuch unternommen, aus den verfügbaren Datengrundlagen eine sozioökonomische Typisierung der Wiener Gemeindebezirke durchzuführen und das Ergebnis den Gesundheitsindikatoren (z. B. Lebenserwartung, Mortalität) gegenüberzustellen.

Zur Darstellung der sozioökonomischen Struktur in den Bezirken wurde ein „**Sozialschichtindex**“ berechnet. Klassifiziert wurde nach dem Schulnotensystem. Ein Score von 1 bezeichnet demnach die für die Gesunderhaltung hypothetisch günstigste Voraussetzung, ein Score von 5 hingegen die hypothetisch ungünstigste Voraussetzung. Zur Berechnung des Sozialschichtindex wurden folgende Variablen herangezogen:

- höchste abgeschlossene Schulbildung der Wohnbevölkerung,
- Teilnahme am Erwerbsleben,
- Nettoeinkommen pro Person im Haushalt,
- Wohnnutzfläche pro Person.

Der Sozialschichtindex wurde als Durchschnittswert der Scores in Bezug auf die vier genannten Variablen berechnet und kartographisch analysiert (vgl. Grafik 6). Als Zonen mit hohem Anteil an Angehörigen höherer sozialer Schichten mit günstigeren sozioökonomischen Rahmenbedingungen zeichnen sich der Innenstadtbereich rund um den 1. Bezirk sowie der 13., 18. und 19. Bezirk ab. Angehörige niedrigerer sozialer Schichten mit ungünstigeren sozioökonomischen Rahmenbedingungen sind hingegen im 10., 15., 16., 17., 20. und 21. Bezirk überrepräsentiert (vgl. Grafik 6).

Grafik 6: Sozioökonomische Typisierung der Wiener Gemeindebezirke



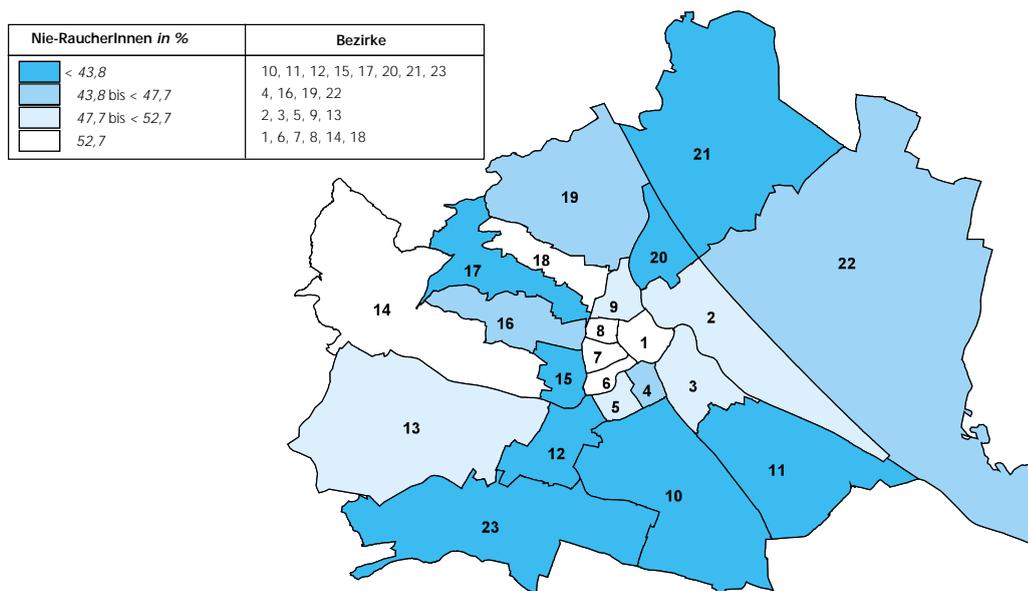
Quelle: ÖSTAT – Volkszählung 1991; IFES – Leben in Wien 1996

Der Vergleich der **Lebenserwartung** und der Ergebnisse der sozioökonomischen Typisierung führt zum Ergebnis, dass Bezirke mit ungünstiger Sozialstruktur tendenziell auch eine niedrigere Lebenserwartung aufweisen (Bezirke 10, 15, 16 und vor allem 20) und vice versa (Bezirke 1, 8, 13, 18 und 19 mit höherer Lebenserwartung).

²³ WILKINSON, R. G.: Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London 1996.

Aktivitäten der **Gesundheitsförderung und Prävention** sollten daher schwerpunktmäßig in jenen Bezirken entwickelt werden, in denen ungünstige soziale bzw. sozioökonomische Rahmenbedingungen und ein schlechter Gesundheitszustand zusammentreffen. Dies gilt auch deswegen, weil gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in den sozioökonomisch benachteiligten Bezirken häufiger zu beobachten sind als in anderen Regionen. So lässt sich etwa belegen, dass der Anteil der Personen, die niemals in ihrem Leben geraucht haben („Nie-RaucherInnen“) in den benachteiligten Bezirken deutlich niedriger ist als etwa im Innenstadtbereich oder in den westlichen Regionen Wiens (vgl. Grafiken 6 und 7). Hier eröffnet sich insofern ein besonderes Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention, als Wien den mit Abstand höchsten RaucherInnen-Anteil unter allen Bundesländern aufweist.

Grafik 7: Anteil der Nie-RaucherInnen, 1991



Quelle: ÖSTAT-Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991; ÖBIG-Berechnungen.

Die **Hypothesen** über Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht, gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen und Gesundheitszustand lassen sich nicht nur durch regionale Vergleiche, sondern auch durch aggregierte Auswertungen des ÖSTAT-Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991 überprüfen. Diese Hypothesen, wonach

- der Gesundheitszustand in niedrigeren sozialen Schichten schlechter ist als in sozioökonomisch besser gestellten Schichten,
- das gesundheitsrelevante Verhalten (insbesondere Rauchen, Ernährung, Sport und Bewegung) bei Oberschichtangehörigen günstiger ausgeprägt ist als in niedrigeren sozialen Schichten,
- der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung durch Fachärzte (nicht jedoch durch Ärzte für Allgemeinmedizin) für Unterschichtangehörige tendenziell zeitaufwändiger ist und weniger in Anspruch genommen wird als von Oberschichtangehörigen,
- Angehörige niedriger sozialer Schichten Vorsorge- und Gesundenuntersuchungen seltener in Anspruch nehmen, insgesamt weniger Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge setzen und weniger Zugang zu Gesundheitsinformation haben als Angehörige höherer sozialer Schichten,

werden durch die Auswertungsergebnisse des erwähnten Mikrozensus bestätigt (vgl. Tab. 7). Es kann daher angenommen werden, dass der schlechtere Gesundheitszustand in niedrigeren sozialen Schichten mit einer Reihe von Faktoren, die sich unter Umständen auch gegenseitig verstärken können, zu erklären ist. Diese Faktoren sollten möglichst umfassend erforscht werden, und die Erkenntnisse als Grundlage für die Entwicklung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention herangezogen werden.

Tabelle 7: Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach sozialen Schichten in Wien, 1991¹⁾

Indikator/Index	Unterschicht	untere Mittelschicht	Mittelschicht	obere Mittelschicht	Oberschicht	alle
	n = 652	n = 1.615	n = 1.105	n = 839	n = 218	n = 4.429
Indikatoren zum Gesundheitszustand						
Gesundheitszustand (1 = + +, 5 = --)	2,11	2,06	1,93	1,78	1,71	1,96
Anzahl der Erkrankungen im letzten Jahr (Durchschnitt)	0,78	0,76	0,73	0,73	0,52	0,74
regelmäßige Medikamenteneinnahme (1 = ja, 2 = nein)	1,74	1,72	1,78	1,81	1,79	1,76
Indikatoren zum Gesundheitsverhalten						
Anteil Nie-RaucherInnen (in %)	39,6	41,5	42,3	46,7	44,3	42,6
Body-Mass-Index (Durchschnitt)	25,0	24,7	24,1	23,8	23,6	24,4
Anteil mit Sport/Bewegung zur Gesunderhaltung (in %)	19,6	36,6	47,8	48,9	53,7	40,1
Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung						
Praktischer Arzt: durchschnittl. Anzahl der Besuche/Jahr	3,49	3,57	3,19	2,55	1,61	3,16
Praktischer Arzt: durchschnittl. Wartezeit in Minuten	44,9	41,6	37,1	34,5	28,7	39,1
Internist: durchschnittl. Anzahl der Besuche/Jahr	0,29	0,28	0,29	0,23	0,24	0,28
Internist: durchschnittl. Wartezeit in Minuten	46,9	45,0	40,5	28,1	33,1	39,4
sonst. Facharzt: durchschnittl. Anzahl der Besuche/Jahr	0,61	0,98	0,71	0,89	0,86	0,84
sonst. Facharzt: durchschnittl. Wartezeit in Minuten	46,4	50,3	47,3	42,7	36,5	46,4
Ambulanz, Ambulatorium: durchschnittl. Anzahl der Besuche/Jahr	0,95	1,06	0,87	0,96	0,51	0,89
Ambulanz, Ambulatorium: durchschnittl. Wartezeit	63,8	78,5	66,7	45,6	63,7	67,2
Zahnmediziner: durchschnittl. Anzahl der Besuche/Jahr	0,98	1,34	1,47	1,72	1,79	1,44
Zahnmediziner: durchschnittl. Wartezeit	33,7	32,2	29,8	26,7	22,3	29,7
Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge						
Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen (0 = nie, 3 = jährlich)	0,44	0,51	0,51	0,57	0,51	0,51
Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge (0 = keine, 1 = eine/mehrere)	0,32	0,51	0,61	0,64	0,65	0,54
Zugang zu Gesundheitsinformationen (0 = keiner, 1 = einer/mehrere)	0,42	0,54	0,63	0,64	0,62	0,57

1) Die Auswertung bezieht sich auf antwortende, in Wien wohnhafte Personen im Alter zwischen 16 und 65 Jahren (n = 4.429).

Quelle: ÖSTAT – Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991; ÖBIG-Auswertungen.

IV.
EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGY

4	EPIDEMIOLOGIE	73
4.1	Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes	73
4.2	Chronische Erkrankungen	76
4.2.1	Chronische Erkrankungen allgemein	76
4.2.2	SCHWERPUNKT ALLERGIEN I: Ursachen, Arten, Krankheitsformen, Auftretenshäufigkeit und Prävention	80
4.2.3	SCHWERPUNKT ALLERGIEN II: Langzeituntersuchung zur Dynamik von Inhalationsallergien in Wien	93
4.2.4	Rücken- und Kreuzbeschwerden	99
4.2.5	Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	102
4.3	Infektionskrankheiten	106
4.3.1	Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS	106
4.3.2	Tuberkulose	109
4.3.3	AIDS und HIV-Infektionen	114
4.3.4	Geschlechtskrankheiten	122
4.3.5	Influenza und grippale Infekte	130
4.4	Krebs	132
4.4.1	Krebsinzidenz	133
4.4.2	Krebsmortalität	136
4.5	Mentale Gesundheit/psychische Störungen	141
4.5.1	Depression	141
4.5.2	Suizid und Suizidversuch	146
4.5.3	Psychiatrische Behandlungen	153
4.5.4	Psychotherapien	157
4.5.5	Medikamentenkonsum	161
4.6	Todesursachen	165
4.6.1	Todesursachenstatistik	166
4.6.2	Todesursachen im zeitlichen Vergleich	171
4.6.3	Mortalität in Wien im regionalen Vergleich	175
4.7	Krankenstände	177
4.7.1	Krankenstandsfälle	177
4.7.2	Krankenstandsdauer	180
4.8	Spitalsentlassungsstatistik	185

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Dr. Wilhelm FRANK; Dr. Gerhard FÜLÖP; DDr. Ulrike KADI; Mag. Petra OFNER
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Gesundheit im weiteren Sinn ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als einfaches Nichtkranksein. Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Oder, kürzer: umfassendes Wohlbefinden bei hoher Lebensqualität.

Gesundheit im engeren Sinn beschreibt das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. einen Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.

28 Prozent der Wienerinnen und Wiener halten sich für „völlig gesund“, 37 Prozent empfinden „leichte Beeinträchtigungen“ und 25 Prozent „geringe Dauerbeeinträchtigungen.“ Zehn Prozent bezeichnen sich als „krank“ (davon 90 Prozent als chronisch krank).

Summary: Subjective assessment of the state of health

As per definition of the World Health Organisation (WHO), health in the wider sense is understood as being more than the state of not being ill. Rather, it is understood to describe a state of perfect physical, mental, psychological and social wellbeing. Or simply: comprehensive wellbeing and a high quality of life.

Being healthy in the narrower sense implies subjectively perceiving a lack of physical, mental or psychological disorders or changes, i.e. experiencing a state without evidence of diseases or pathological changes.

28 percent of the Viennese consider themselves "in perfect health", 37 percent experience "slight impairments", 25 percent have stated to suffer "minor but chronic impairments". 10 percent consider themselves "ill", 90 percent of whom believe they are chronically ill.

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes bildet einen wesentlichen Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen. In vielen europäischen Städten werden zu diesem Zweck „Gesundheits-Surveys“ durchgeführt, für Wien liegen derzeit nur die Ergebnisse der Mikrozensuserhebung 1991 und 1995 sowie eine von IFES in den Jahren 1994 und 1995 durchgeführte Untersuchung²⁴ vor. Dieser Untersuchung zufolge halten sich 28 Prozent aller Wienerinnen und Wiener für „völlig gesund“, 37 Prozent empfinden „leichte Beeinträchtigungen“ und 25 Prozent „geringe Dauerbeeinträchtigungen.“ Neun Prozent bezeichneten sich als „chronisch krank“ und ein Prozent als „akut erkrankt.“

In beiden Erhebungen scheinen sich Männer insgesamt gesünder zu fühlen als Frauen. Mit fortschreitendem Alter – vor allem etwa ab dem 50. Lebensjahr – wird der eigene Gesundheitszustand zunehmend schlechter beurteilt.

Zur Abbildung des Gesundheitszustands in einer Region wird zumeist versucht, diesen indirekt (nämlich über Lebenserwartung, Sterblichkeit oder Inzidenz bestimmter Krankheiten) darzustellen. Eine direktere „Messung“ kann anhand des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes erfolgen, der im Rahmen

²⁴ Leben in Wien 1996 (n = 8.000).

des ÖSTAT-Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ über die Frage nach der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes („Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“) erhoben wird.

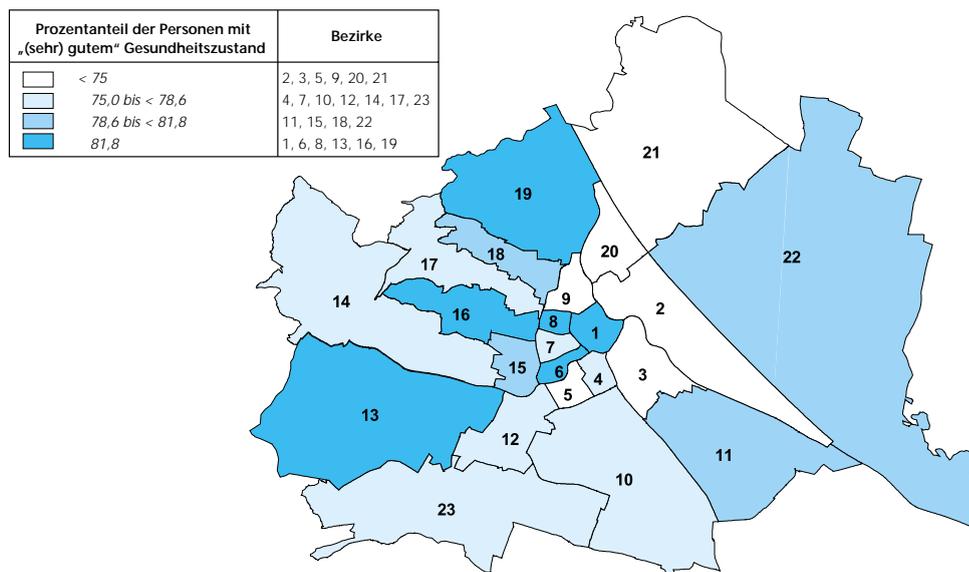
Aus der kartographischen Analyse des Anteils der Antwortenden, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen, zeigt sich für Wien, dass sich die **regionalen Unterschiede** in der Lebenserwartung zumeist auch in der subjektiven Befindlichkeit widerspiegeln.

Bei den Männern ist im 20. Bezirk (dem Bezirk mit der österreichweit niedrigsten Lebenserwartung) auch die subjektive Befindlichkeit am schlechtesten. Im 1. und 13. Bezirk hingegen, die hinsichtlich der Lebenserwartung im österreichweiten Vergleich sehr günstig liegen, ist auch die subjektive Befindlichkeit deutlich besser (vgl. Grafik 1).

Die Frauen fühlen sich im 1., 8. und 19. Bezirk relativ gesund. In diesen Bezirken wurde gleichzeitig eine – für Wiener Verhältnisse – sehr hohe Lebenserwartung der Frauen festgestellt. Im 10., 15. und 20. Bezirk hingegen ist die subjektive Befindlichkeit der Frauen wesentlich schlechter und gleichzeitig die Lebenserwartung niedriger (vgl. Grafik 2).

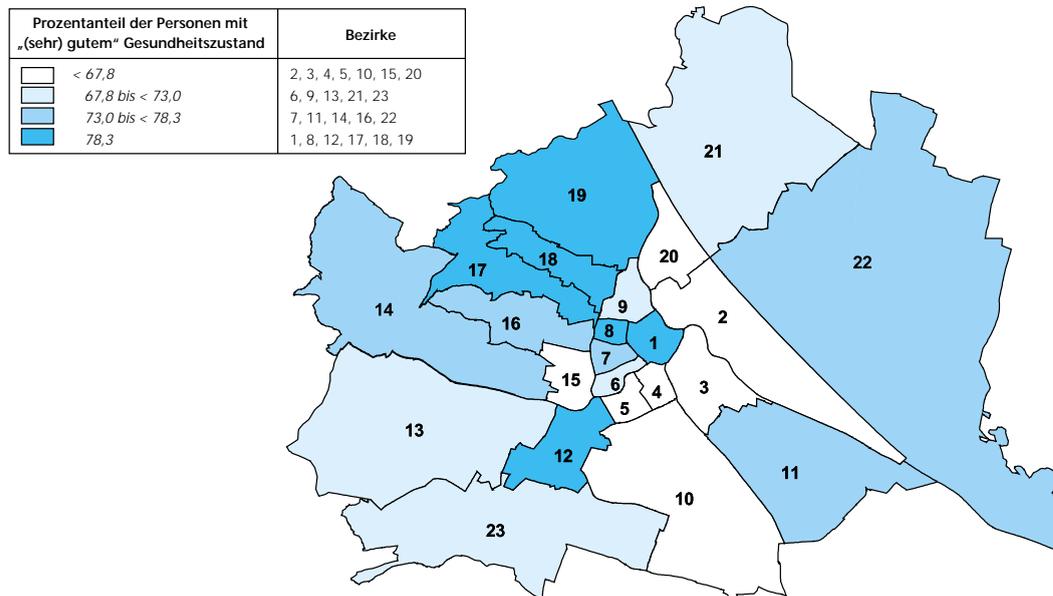
Wenngleich die „Messung“ des Gesundheitszustandes durch persönliche Befragung mit Unsicherheiten verbunden ist, ist eine gewisse Analogie von subjektiver Gesundheitsempfindung und objektivem Gesundheitszustand (hier vereinfachend durch die Lebenserwartung abgebildet) feststellbar. Im Zuge vertiefender Untersuchungen auf der Basis von Gesundheitsbefragungen sollten künftig auch gesundheitsrelevante Hintergründe (sozioökonomische Rahmenbedingungen, Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Freizeitverhalten, Stressexposition, soziale Einbindung, etc.) erhoben werden.

Grafik 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Männer, Wien 1991



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1991; ÖBIG-Berechnungen.

Grafik 2: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Frauen, Wien 1991



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1991; ÖBIG-Berechnungen.

4.2 Chronische Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 27 Prozent der Wiener Bevölkerung sind chronisch krank, d. h. von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen (Frauen: 31 Prozent; Männer: 22 Prozent). Fast ein Drittel der Krankheiten sind dabei auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückzuführen (v. a. Bluthochdruck sowie Gefäß- und Durchblutungsstörungen der Beine), etwa ein Viertel auf Schäden an der Wirbelsäule. Rheuma, Gicht und Ischias sind ebenso wie Allergien weitere häufig auftretende Erkrankungen.

Generell nehmen die chronischen Erkrankungen mit fortschreitendem Alter zu: So leiden mehr als die Hälfte der über 60-jährigen WienerInnen an mindestens einer chronischen Krankheit.

Summary: Chronic diseases

Approximately 27 percent of the Viennese are chronically ill, suffering from one or more chronic diseases. (31 percent of women, 22 percent of men). Almost one third of these diseases are due to cardiovascular disorders – such as hypertension and vascular or circulatory impairments in the legs –, and one quarter is related to spinal damages. Rheumatism, gout, sciatica, as well as allergies are other frequent diseases in this context.

Generally speaking, the number of chronic diseases increases with age. More than 50 percent of the Viennese above the age of 60 are afflicted with at least one chronic disease.

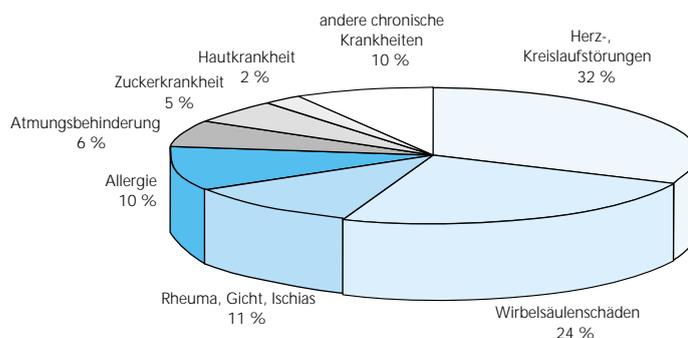
4.2.1 Chronische Erkrankungen allgemein

Chronische Krankheiten – das sind Krankheiten, die sich über einen längeren Zeitraum langsam entwickeln und einen langsamen Krankheitsverlauf aufweisen – stellen sowohl für den Einzelnen als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine enorme Belastung dar. Die Auswertung des im Juni 1995 vom Österreichischen Statistischen Zentralamt durchgeführten Mikrozensus zeigt, dass rund 370.000 Wienerinnen und Wiener (also 27 Prozent der Wiener Bevölkerung) chronisch krank, d. h. von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen sind.

Fast ein Drittel der chronischen Krankheiten sind auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückzuführen, wobei mehr als ein Drittel (35 Prozent) auf Bluthochdruck entfallen und ein Viertel (25 Prozent) auf Gefäß- bzw. Durchblutungsstörungen der Beine. Rund ein Fünftel der Herz-Kreislauf-Störungen werden durch Herzkrankheiten verursacht.

Die zweithäufigste Gruppe der chronischen Krankheiten bilden die Schäden an der Wirbelsäule (24 Prozent aller chronischen Erkrankungen).

Grafik 3: Verteilung der chronischen Krankheiten, Wien 1995

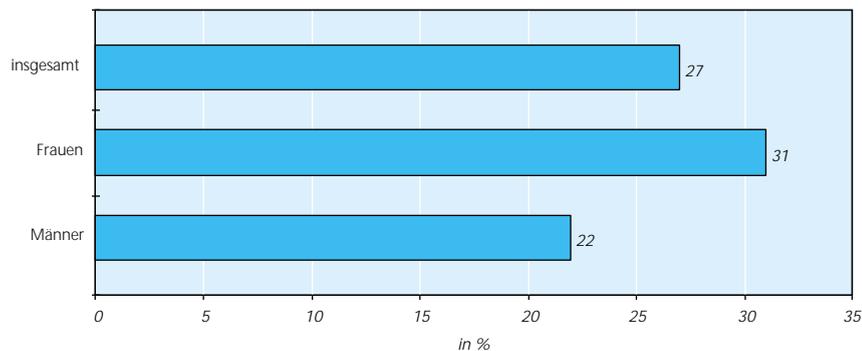


Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Chronische Krankheiten nach Geschlecht

Allerdings leiden Frauen – auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung, aber auch auf Grund einer höheren Betroffenheit (siehe chronische Krankheiten nach Alter) – häufiger an chronischen Krankheiten als Männer: 31 Prozent der Wienerinnen berichten von mindestens einer chronischen Krankheit, Wiener Männer jedoch nur zu 22 Prozent.

Grafik 4: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich grundsätzlich bei allen chronischen Krankheiten, treten aber bei Herz-Kreislauf-Störungen sowie bei Wirbelsäulenschäden und der Erkrankungsgruppe Rheuma, Gicht und Ischias am deutlichsten in Erscheinung. So leiden 15 Prozent der Wiener Frauen an mindestens einer Herz-Kreislauf-Störung, aber „nur“ neun Prozent der männlichen Wiener Bevölkerung.

Tabelle 1: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht, Wien 1995

Chronische Krankheiten	Anteil der chronisch Kranken in %		
	insgesamt	Männer	Frauen
Herzkrankheiten	3,1	2,8	3,3
hoher Blutdruck	5,5	5,0	6,0
niedriger Blutdruck	2,7	1,1	4,2
Gefäß-/Durchblutungsstörungen der Beine	4,0	2,8	5,1
Schlaganfall/Hirngefäßerkrankungen	0,7	0,6	0,7
Herz-Kreislauf-Störungen insgesamt ¹⁾	12,3	9,4	15,0
Wirbelsäulenschäden	9,5	7,9	11,0
Rheuma, Gicht, Ischias	4,5	2,8	6,0
Allergie	4,0	3,6	4,4
Atmungsbehinderung (Asthma)	2,3	2,2	2,4
Zuckerkrankheit	1,8	1,7	1,9
Hautkrankheit	0,9	0,8	1,0
andere chronische Krankheit	4,1	3,5	4,5
chronisch Kranke insgesamt ²⁾	26,6	22,1	30,7

1) Auf Grund von Mehrfachnennungen ist die Summe der einzelnen Herz-Kreislauf-Störungen höher als der Wert „Herz-Kreislauf-Störungen insgesamt“.

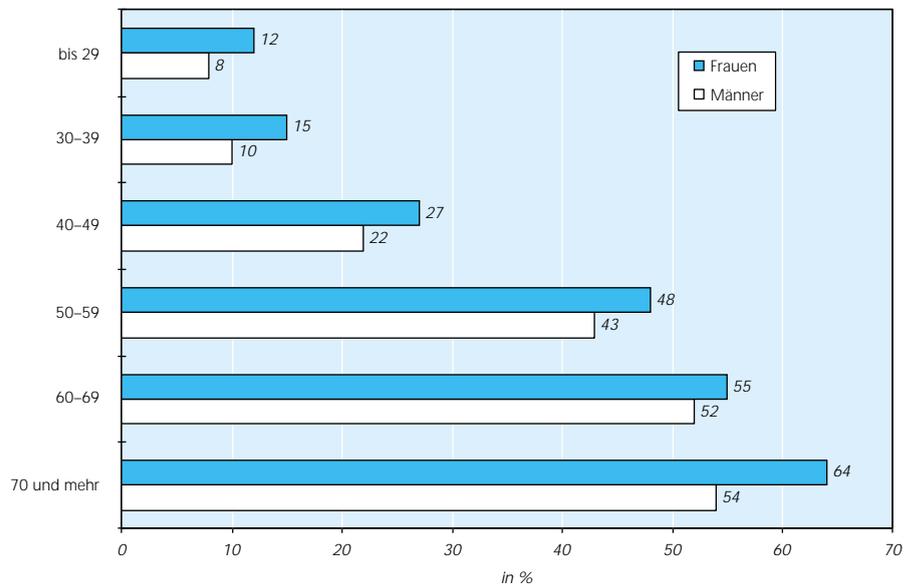
2) Auf Grund von Mehrfachnennungen ist die Summe der einzelnen chronischen Krankheiten höher als der Wert „Mindestens eine chronische Krankheit“.

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995, eigene Berechnungen

Chronische Krankheiten nach Alter

Generell nehmen die chronischen Krankheiten mit fortschreitendem Alter zu: Zum Beispiel berichtet knapp ein Viertel der 40- bis 49-jährigen Wienerinnen und Wiener von einer oder mehreren chronischen Krankheiten, bei den über 70-Jährigen sind es aber bereits mehr als 60 Prozent.

Grafik 5: Anteil chronisch Kranker nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Eine Zunahme der chronischen Krankheiten mit fortschreitendem Alter erfolgt sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Werden aber die Anteile chronisch kranker Männer mit jenen der Frauen verglichen, lässt sich ersehen, dass die Werte der Frauen in allen Alterskategorien über jenen der Männer liegen.

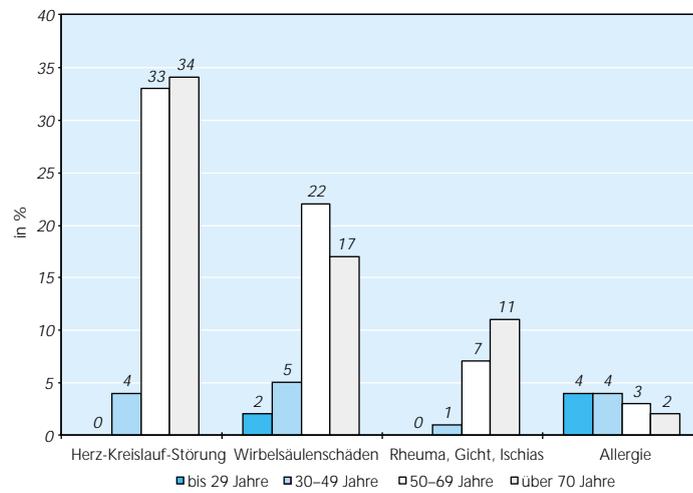
Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich auch bei den häufigsten chronischen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Wirbelsäulenschäden; Rheuma, Gicht und Ischias; Allergie). Eine Ausnahme stellt allerdings die Auftretenshäufigkeit von Herz-Kreislauf-Störungen dar, von welcher 50- bis 69-jährige Männer häufiger berichten (33 Prozent) als Frauen derselben Altersgruppe (28 Prozent). Ebenso nennen Männer dieser Altersgruppe Wirbelsäulenschäden etwas öfter als gleichaltrige Frauen (Männer: 22 Prozent; Frauen: 21 Prozent).

Tabelle 2: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1995

Alter	Anteil der chronisch Kranken in %		
	insgesamt	Männer	Frauen
bis 29	9,9	8,3	11,5
30-39	12,5	10,3	14,8
40-49	24,9	22,4	27,4
50-59	45,2	42,7	47,5
60-69	53,7	51,5	55,4
70 und mehr	61,3	54,3	64,4
insgesamt	26,6	22,1	30,7

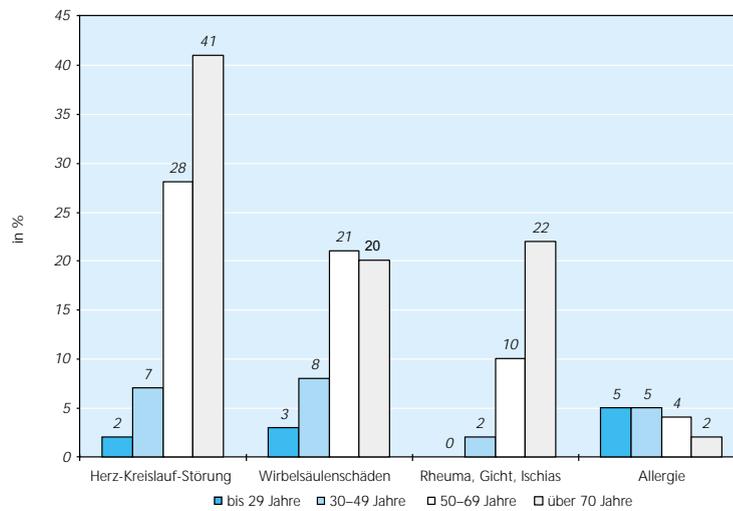
Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Grafik 6: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern nach Alter, 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Grafik 7: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Frauen nach Alter, 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

4.2.2 SCHWERPUNKT ALLERGIEN I: Ursachen, Arten, Krankheitsformen, Auftretenshäufigkeit und Prävention

Univ.Do. Dr. Reinhart JARISCH, Dr. Wolfgang HEMMER, Dr. Mag. Stefan WÖHRL
FAZ – Floridsdorfer Allergiezentrum, Wien

Zusammenfassung

Inhalative Allergien, Neurodermitis und kontaktallergische Erkrankungen sind in den letzten Jahren zweifellos im Zunehmen begriffen. Fast jede/r 5. ÖsterreicherIn bezeichnet sich selbst als allergisch. Auch ist die Prävalenz von Asthma, die in Westeuropa derzeit auf rund sieben Prozent geschätzt wird, in den letzten 20 Jahren um etwa 50 Prozent angestiegen.

Unter den Typ-1-Allergien (Soforttyp-Allergien) sind die Inhalationsallergene die häufigsten Allergieauslöser: v. a. Pollen (Birke, Gräser, Esche, Beifuß, etc.), Hausstaubmilbe, Katze, etc. Weitere, jedoch bedeutend seltener auftretende Allergien betreffen Nahrungsmittel, Insektengift, Metalle, Duftstoffe und Konservierungsmittel.

Als Ursache für die meisten Soforttyp-Allergien wird – nach derzeitigem Wissen – das Wechselspiel zwischen genetischen Prädispositionen und bestimmten Umwelteinflüssen (z. B. Zigarettenrauch) angesehen.

Eine Prävention ist u. a. durch Minimierung von Risikofaktoren wie Verzicht auf Tabak, Reduktion der Hausstaubmilbenbelastung, aber auch durch Vermeidung der Neupflanzung „hypo-allergener“ Pflanzen (z. B. Birke) möglich. Durch eine Früherkennung der Erkrankung kann mittels spezifischer Immuntherapie und medikamentöser Behandlung der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.

Die Frühaufklärung von betroffenen Personen durch frei zugängliche Medien und die verbesserte Fachinformation von ÄrztInnen ist dringend erforderlich. Zusätzlich ist eine vermehrte und verbesserte Schulung von an allergologischer Diagnostik und Therapie interessierten ÄrztInnen notwendig.

Summary: Focus on allergies I: Types, course of diseases, frequency and prevention

Inhalative allergies, neurodermitis, as well as contact allergies have no doubt been on the increase in recent years. One in five Austrians believe they are allergic to something. The prevalence of asthma, which is currently estimated at 7 percent for Western Europe, has also seen a 50 percent increase in the last 20 years.

Inhalation allergens are the most frequent triggers for type I allergies (immediate reaction allergies). These include, above all, pollen (birch, grasses, ash, mugwort, etc.), as well as house dust mite, cats and others more. Other, less frequent, allergies are caused by food, insecticides, metals, odorous substances and preserving agents.

Main causes for most immediate reaction allergies are currently believed to be the interactions between genetic dispositions and environmental influences such as cigarette smoke.

Preventive measures include minimising risk factors, i.e. avoiding tobacco or house dust mite, or taking care not to plant "hypo-allergenic" plants such as birches.

There is both a lack of publicly accessible media and sound professional information required to increase the rate of early detection. Training for doctors interested in allergologic diagnostics and therapy also needs to be improved and to become more widespread.

4.2.2.1 Arten und Krankheitsformen von Allergien

Unter Allergie versteht man immunologisch bedingte Überempfindlichkeitsreaktionen gegen an sich harmlose Umweltantigene. Auf Grund der involvierten Immunmechanismen können verschiedene Typen von Allergien unterschieden werden, unter denen die IgE-vermittelten **Typ-1-Allergien** („Soforttyp-Allergien“) und die T-zellmedierten **Typ-4-Allergien** („Allergien vom verzögerten Typ“) die bei weitem wichtigsten sind.

Während für alle echten Allergien eine entsprechende Sensibilisierungsphase Voraussetzung ist, sind pseudoallergische Reaktionen (Intoleranzen) nicht durch das Immunsystem vermittelt und können auch bei Erstkontakt mit bestimmten Stoffen auftreten. Intoleranzreaktionen haben etwa im Bereich der Nahrungsmittelunverträglichkeit einen beachtlichen Stellenwert, doch ist die objektive Diagnose von Intoleranzen vielfach schwierig.

Inhalationsallergien

Inhalationsallergien werden durch in der Luft befindliche Allergene verursacht. Die für die Allgemeinbevölkerung relevanten Inhalationsallergien sind fast ausschließlich IgE-medierte Allergien (Typ-1-Allergien), während durch IgG-Antikörper vermittelte Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. exogen-allergische Alveolitis) selten sind und meist nur bei besonderer beruflicher Exposition (z. B. landwirtschaftliche Berufe) auftreten. Inhalationsallergien können sich an Auge (Conjunctivitis allergica), Nase (Rhinitis allergica) und Lunge (allergisches Asthma bronchiale) manifestieren.

Nahrungsmittelallergien

Allergene in Nahrungsmitteln können nach oraler Aufnahme bereits im Mund- und Rachenbereich allergische Symptome im Sinne von Juckreiz und Schwellung auslösen („Orales Allergiesyndrom“). Gastrointestinale Reaktionen umfassen Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Diarrhö. Nach Allergenresorption können auch generalisierte Symptome an Haut (Juckreiz, Urticaria, Quincke Ödem), Lunge (Asthma), Augen (Conjunctivitis), Nase (Rhinitis) und Kreislaufsystem (Hypotonie, Schock) auftreten.

Insektengiftallergien

Bienen und Wespen können neben unangenehmen lokalen Reaktionen systemische und potenziell lebensbedrohende allergische Reaktionen auslösen. Milde Formen systemischer Reaktionen umfassen Urticaria, Quincke Ödem, generalisierten Juckreiz und Hautrötung. In schweren Fällen kann es zu Atemproblemen (inkl. Asthma), neurologischen Störungen, Blutdruckabfall und Kollaps kommen. Blut saugende Insekten (Stechmücken, Bremsen, u. a.) sind sehr selten Auslöser systemischer Reaktionen, können aber schwere und lange persistierende Hautläsionen verursachen.

Atopische Dermatitis (Neurodermitis)

Die atopische Dermatitis ist eine stark genetisch determinierte Erkrankung. Sie nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als sie eine chronische T-zellgetriebene Ekzemerkrankung ist, die aber mit Inhalations- und/oder Nahrungsmittelsensibilisierungen vergesellschaftet sein kann. Etwa 90 Prozent der NeurodermitikerInnen weisen stark erhöhte IgE-Spiegel auf und haben spezifische IgE-Antikörper gegen eine Vielzahl von Allergenen, deren klinische Relevanz allerdings nicht immer klar erwiesen ist. Umweltfaktoren wie geringe Sonneneinstrahlung und niedrige Luftfeuchtigkeit sind wichtige Triggerfaktoren. Demgemäß weisen nördliche Länder tendenziell höhere Prävalenzen auf als südliche. Österreich zeigt in dieser Hinsicht eine ausgeprägte Saisonalität der atopischen Dermatitis.

Kontaktallergien

Kontaktallergien i.e.S. sind die häufigsten Vertreter der Typ-4-Allergien. Sie sind nicht durch Antikörper, sondern durch Überempfindlichkeiten im zellulären Schenkel des Immunsystems (T-Zellen) begründet. Das primäre Erfolgsorgan kontaktallergischer Reaktionen ist die Haut, wo es etwa 24 bis 48 Stunden nach Allergenkontakt zu Hautläsionen im Sinne von Dermatitis und Ekzem kommt. Im Gegensatz zu allen Typ-

1-Allergien, bei denen die Allergene fast immer Proteine sind, sind die Auslöser von Kontaktallergien durchwegs kleinemolekulare Verbindungen („Haptene“), z. B. Metalle, die erst nach Bindung an körpereigene Proteine immunogen sind.

In selteneren Fällen können auch Typ-1-Allergene kontaktallergische Reaktionen im Sinne von Kontakturticaria, lokaler Schwellung und Juckreiz verursachen. Die häufigsten Auslöser kontaktallergischer Soforttyp-Reaktionen sind Latexprodukte (Handschuhe, Kondome, Luftballons, etc.) und Tierfelle.

4.2.2.2 Häufigkeit und Verteilung von Allergenen

4.2.2.2.1 Inhalationsallergien

Inhalationsallergene sind unter den Typ-1-Allergien die häufigsten Allergieauslöser. Inhalationsallergene sind fast immer natürlich vorkommende Proteine; kleinemolekulare Verbindungen (z. B. Formaldehyd) haben als Allergene kaum Bedeutung. Aus praktischen Gründen wird bei Inhalationsallergenen zwischen Outdoor- und Indoor-Allergenen unterschieden.

Outdoor-Allergene:

Die wichtigste Quelle von Outdoor-Allergenen sind **Pollen**. Im Vergleich spielen die Sporen zahlreicher **Schimmelpilzarten** eine untergeordnete Rolle. Pilzsporen stellen aber wegen ihres Vorkommens auch in Innenräumen (z. B. Schimmelbefall der Wände, Blumentopferde) gleichzeitig potenziell relevante Innenraumallergene dar. Da eine Belastung durch bestimmte Pollen bzw. Pilzsporen nur während der entsprechenden „Blütezeit“ besteht, sind allergische Symptome gewöhnlich auf bestimmte jahreszeitliche Abschnitte begrenzt (saisonale Allergie).

Die im Raum Wien mit Abstand wichtigsten allergenen Pollen sind Pollen der Pflanzenordnung Fagales (**Birke**, Hasel, Erle, Buche, Eiche, Edelkastanie, Hainbuche) als Auslöser von Frühjahrspollinosen sowie der Pflanzenfamilie Gramineae (**Gräser**) als Auslöser von Sommerpollinosen. Weitere wichtige allergene Pflanzen mit geringerer Sensibilisierungshäufigkeit, aber immunologischer Eigenständigkeit, sind Esche und Beifuß. **Eschenpollen** sind oftmals unterschätzte Auslöser einer Frühjahrspollinose. In Folge immunologischer Kreuzreaktivitäten treten Eschenpollenallergien nicht selten bei aus dem mediterranen Raum zugewanderten Personen mit einer primären Olivenpollensensibilisierung auf.

Beifuß ist das wichtigste saisonale Inhalationallergen im Spätsommer. Häufig findet sich dabei gleichzeitig eine Sensibilisierung gegenüber dem botanisch verwandten **Ragweed** (*Ambrosia spp.*). Durch die rezente Expansion von Ambrosia-Arten aus der pannonischen Ebene weist der Wiener Raum mittlerweile beträchtliche Belastungen durch Ragweedpollen auf. Der Vergleich der Hauttestergebnisse der Jahre 1994/95 und 1998/99 lässt keinen Anstieg der Sensibilisierungsinzidenz erkennen, doch haben Langzeitbeobachtungen über die letzten 15 Jahre ergeben, dass die zunehmenden Pollenbelastungen mit einem vermehrten Vorkommen Ragweed-spezifischer IgE-Antikörper bei Allergie-PatientInnen korrelieren.

Als verhältnismäßig neue Allergenquelle ist **Raps** anzusehen. Im Zuge des EU-geförderten Anbaues dieser Kulturpflanze ist es in Österreich im letzten Dezennium zu einer Vervielfachung der Anbaufläche gekommen. Rapsfelder finden sich in den Außenbezirken von Wien mitunter in unmittelbarer Nähe von Wohnsiedlungen. Obwohl die Allergenität von Rapspollen eher gering ist und nur vergleichsweise geringe Pollenmengen lange in der Luft verbleiben, sind zumindest bei Atopikern mit multiplen Sensibilisierungen kurzzeitig Beeinträchtigungen nicht auszuschließen. Allergieähnliche Symptome bei Annäherung an Rapsfelder können auch durch die zahlreichen von der Pflanze freigesetzten irritativen VOCs (volatile organic compounds) bedingt sein.

Indoor-Allergene:

Im Unterschied zu Pollen bestehen Belastungen durch Innenraumallergene meist ganzjährig (perennielle Allergie). Die hier zu Lande wichtigsten Quellen von Innenraumallergenen sind **Hausstaubmilben** und Säugetiere, wobei unter letzteren die **Katze** an erster Stelle steht, gefolgt von Hund und Pferd. Bereits jeder dritte Atopiker reagiert im Hauttest auf Katzenallergene. Allergien auf Nagetiere wie Meerschwein-

chen, Kaninchen, Hamster oder Ratte treten viel seltener auf. **Vögel** erscheinen aus allergologischer Sicht als wenig bedenklich.

Eine Sensibilisierung auf **Schimmelpilzsporen** findet sich in fünf bis zehn Prozent der atopischen Population, vielfach allerdings mit offener klinischer Relevanz.

Der Stellenwert von **Küchenschaben** und anderen Insekten (Vorratsschädlinge, Fliegen, Mücken) als Auslöser inhalativer Beschwerden ist für Österreich nicht untersucht. Erhebliche Belastungen durch Schabenallergene wurden zuletzt sowohl aus den USA als auch aus Europa berichtet. Von besonderer klinischer Bedeutung für HausstaubmilbenallergikerInnen ist in diesem Zusammenhang das Vorliegen kreuzreaktiver Allergene in Küchenschaben und Hausstaubmilben.

Ebenfalls unbekannt ist der Stellenwert von **Zimmerpflanzen**, insbesondere Gummibäumen wie Ficus benjamina. Mangels geeigneter kommerzieller Testsubstanzen liegen im untersuchten PatientInnenkollektiv derzeit nur Einzelbeobachtungen vor. Pilotuntersuchungen in anderen Ländern ergaben allerdings beachtliche Sensibilisierungsraten im Bereich von vier bis 15 Prozent.

Eine Sonderstellung innerhalb der Inhalationsallergien nimmt **Latex** ein, da hier Symptome vielfach lokal auf den Hautbereich beschränkt bleiben. Latexallergien sind vorrangig ein Problem bestimmter Berufsgruppen (ÄrztInnen, Krankenhauspersonal, Reinigungspersonal) sowie bestimmter PatientInnengruppen (z. B. Spina-bifida-PatientInnen). Im eigenen Krankengut finden sich Latexsensibilisierungen in weniger als zwei Prozent des atopischen PatientInnengutes.

Tabelle 3: Sensibilisierungsraten gegenüber verschiedenen Inhalationsallergenen im Raum Wien

positive Allergietests	1994/95		1998/99	
	n = 3.483		n = 6.875	
Allergen	% ¹⁾	% ²⁾	% ¹⁾	% ²⁾
Gräser	61,2	78,4	59,5	75,5
Birke	41,9	53,7	41,8	53,1
Beifuß	19,2	24,5	16,0	20,3
Esche	12,0	15,7	13,8	17,6
Wegerich	10,6	13,6	9,6	12,2
Ragweed	6,9	8,9	8,1	10,3
Nessel	4,7	6,0	4,7	6,0
Raps	5,2	6,7	2,9	3,7
Platane	–	–	4,1	5,2
Pollinosen gesamt	78,1	100,0	78,8	100,0
Hausstaubmilbe	32,6		30,9	
Katze	36,8	80,7	34,4	85,7
Hund	17,6	38,5	21,0	52,4
Pferd	10,1	22,4	11,3	28,1
Meerschweinchen	8,4	17,2	7,5	18,6
Tiere insgesamt	43,7	100,0	40,1	100,0
Alternaria	5,6	60,5		
Cladosporium	2,6	27,6		
Aspergillus	2,0	22,2		
Penicillium	1,4	16,0		
Mucor	1,2	13,6		
Pilze insgesamt	9,2	100,0	4,9	
Latex	–		1,4	

1) Bezogen auf positive Tests. 2) Innerhalb Allergengruppe.

Quelle: FAZ 1994/95 und 1998/99

4.2.2.2 Nahrungsmittelallergien

Nahrungsmittelallergien gegenüber Ei, Milch, Soja, Fisch und diversen Nüssen treten häufig als erste atopische Manifestation bei Kleinkindern auf, werden aber mit zunehmendem Alter bei einem Großteil der Betroffenen von Inhalationsallergien abgelöst. Persistierende Nahrungsmittelallergien bei Erwachsenen sind seltener als angenommen. Die Verdachtsdiagnose Nahrungsmittelallergie konnte im eigenen PatientInnen-gut mittels Hauttestung nur bei etwa fünf Prozent der entsprechenden PatientInnen bestätigt werden. Die häufigsten Allergene sind dabei Erdnuss, Ei, Kuhmilch, Mandel und Weizenmehl.

Weitaus häufiger als primäre Nahrungsmittelallergien sind Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten als Folge immunologischer Kreuzreaktionen mit Pollenallergenen (pollinose-assoziierte Nahrungsmittelallergie). Mehr als 25 Prozent der Birkenpollen-AllergikerInnen reagieren im Sinne eines oralen Allergiesyndroms auf Kern- und Steinobst, Nüsse, Karotten und Kiwi. Bei etwa zehn Prozent der BeifußallergikerInnen und RagweedallergikerInnen treten allergische Symptome bei Genuss von Sellerie und Gewürzen bzw. Banane, Pistazie und Melonen auf. Eine klinisch relevante Kreuzreaktivität besteht überdies zwischen Latex und Banane, Avocado, Maroni und Kiwi.

Nahrungsmittelintoleranzen machen im eigenen Krankengut etwa 50 Prozent aller anamnestischen Nahrungsmittelunverträglichkeiten aus, wobei allerdings festzuhalten ist, dass auf Grund der Spezialisierung des Ambulatoriums ein diesbezüglich stärker präselektiertes Krankengut vorliegt. Unter ihnen spielen Überempfindlichkeiten gegenüber alkoholischen Getränken und Nahrungsmitteln mit hohem Gehalt an pharmakologisch wirksamen biogenen Aminen („Histamin-Intoleranz“) die größte Rolle.

Tabelle 4: Anamnestische Nahrungsmittelunverträglichkeit bei 487 konsekutiven PatientInnen mit primärer Überweisungsdiagnose Inhalationsallergie

	n	%	% der Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten
keine Nahrungsmittelprobleme	338	69,4	–
primäre Nahrungsmittelallergien	11	2,3	7,4
Pollinose-assoziierte Nahrungsmittelallergien	60	12,3	40,3
Histamin- und Alkoholintoleranz	63	12,9	42,3
andere Intoleranzen (Histaminliberatoren, Lactoseintoleranz, u. a.)	15	3,1	10,1

Quelle: FAZ 1997

4.2.2.3 Insektengiftallergie

Schwere, IgE-medierte allergische Reaktionen auf Insekten sind fast ausnahmslos durch Stiche von **Hymenopteren (Bienen und Wespen)** verursacht. Im Vergleich zu Inhalationsallergien sind Bienen- und Wespengiftallergien etwa 20-mal seltener: Auf 7.164 Überweisungen wegen des Verdachts auf Inhalationsallergien im Jahr 1998 kamen lediglich 340 wegen des Verdachts einer Hymenopterenallergie. Fast die Hälfte dieser Fälle betraf lediglich starke lokale Reaktionen. Schwere systemische Reaktionen mit Beteiligung des Atmungs- oder Kreislaufsystems wurden in weniger als 20 Prozent gemeldet. Mittels in-vivo- und/oder in-vitro-Verfahren lässt sich in etwa 70 Prozent eine Sensibilisierung nachweisen, der tatsächliche Anteil echter allergischer Reaktionen in diesem PatientInnenkollektiv ist aber wegen diagnostisch-methodischer Einschränkungen nie eindeutig evaluierbar. Der insgesamt begrenzte quantitative Stellenwert der Insektengiftallergien unter den Soforttyp-Allergien zeigt sich auch in der Zahl der durchgeführten Hyposensibilisierungstherapien: Lediglich 1,5 Prozent der derzeit im eigenen Ambulatorium laufenden Therapien entfallen auf Bienen- und Wespengift.

Bienen- und Wespengiftallergien sind über alle Altersgruppen gleichmäßig verteilt, auch gibt es keine klare Geschlechterpräferenz. Wespen werden etwa doppelt so oft als Ursache allergischer Reaktionen genannt als Bienen.

Systemische Unverträglichkeitsreaktionen durch **Blut saugende Insekten** (Stechmücken, Bremsen u. a.) sind extrem selten. Nicht ungewöhnlich sind heftige, lang persistierende lokale Reaktionen nach Stichen von Stechmücken (Gelsen). Sie stellen ein häufiges Problem im pädiatrischen Bereich dar.

Tabelle 5: Reaktionstyp und auslösendes Insekt bei 340 konsekutiven PatientInnen (152 Männer, 188 Frauen) mit Verdacht auf Insektengiftallergie

verdächtigtes Insekt	n	lokal	Symptomatik systemisch (davon schwer)	ohne Angabe
Biene	79	34	38 (16)	7
Wespe	142	52	76 (29)	14
Biene + Wespe	14	9	3 (1)	2
unbekannt	105	30	29 (6)	46

Quelle: FAZ 1998

4.2.2.2.4 Kontaktallergien

Die Geschlechterverteilung bei Kontaktallergien ist zum weiblichen Geschlecht verschoben. Rund 80 Prozent der im eigenen Krankengut positiv befundenen Epikutantests betrifft Frauen. Positive Befunde finden sich insgesamt bei Frauen häufiger als bei Männern (53 Prozent vs. 39 Prozent). Dies ist mit dem Überwiegen der Nickelallergie bei Frauen zu erklären (siehe unten).

Kontaktsensibilisierungen treten am häufigsten in der Gruppe der 20- bis 40-Jährigen auf. Beim männlichen Geschlecht finden sich 18 Prozent in der Kategorie der 20- bis 30-Jährigen und 23 Prozent bei den 30- bis 40-Jährigen. Bei weiblichen Patienten liegen die entsprechenden Zahlen bei 25 Prozent bzw. bei 23 Prozent. Generell nehmen positive Testbefunde mit dem höheren Alter ab. Kontaktallergien bei Kindern sind selten.

Klinisch relevante Allergene:

● Metalle

Eine herausragende Stellung unter den Kontaktallergenen nehmen **Metalle** ein. Wesentlich für die klinische Relevanz eines Metallallergens ist, ob unter Normalbedingungen freie Metallionen vorliegen, die eine allergische Reaktion auslösen können. Diese Materialeigenschaft entscheidet über das allergene Potenzial von metallischen Gebrauchsgegenständen wie Schmuck oder Münzen.

Nickel ist mit 21,0 Prozent positiven Testergebnissen das wichtigste Metallallergen. Es ist in vielen Metalllegierungen enthalten. Im Gegensatz zu allen anderen Allergenen sind hier insbesondere junge Frauen betroffen. Das dürfte vor allem mit dem Tragen von Modeschmuck im Zusammenhang stehen. Als potenziell problematisch ist hier die zunehmende Mode von Piercings bei Jugendlichen anzumerken.

Reaktionen auf Palladium, Kupfer und Kobalt sind meist mit einer Nickelallergie vergesellschaftet und als Kreuzreaktion des Metalls mit Nickel zu interpretieren. **Palladium** (5,9 Prozent) wird zunehmend als Ersatz für Nickel verwendet. Es ist ein schwächeres Allergen als Nickel. Mit 3,5 Prozent positiven Testergebnissen ist **Kupfer** ebenfalls unter den häufigsten Allergenen zu finden. Es ist in vielen Legierungen enthalten. Eine alleinige, klinisch relevante Kupferallergie dürfte ein seltenes Ereignis sein. **Kobalt** (3,3 Prozent) ist auf Grund seiner ähnlichen metallurgischen Eigenschaften oft mit Nickel vergesellschaftet und manchmal auch mit diesem verunreinigt. Es gibt neuerdings Berichte über allergische Reaktionen auf Kobalt im Zusammenhang mit chromarmen Zementen.

Chrom war über lange Zeit ein bekanntes Berufsallergen bei Maurern (Chrom im Zement). Insgesamt dürfte die Chromallergie leicht rückläufig sein. Mit 2,3 Prozent der positiven Testbefunde ist Chrom im eigenen PatientInnen gut nur noch an der 10. Stelle der Häufigkeitsliste. Möglicherweise wirken bereits die jahrelangen Bemühungen um die Verwendung von z. B. chromarmen Zementen, die in Skandinavien ihren Ursprung genommen haben.

● Duftstoffe

Duftstoffallergene sind die klinisch zweitwichtigste Gruppe unter den Kontaktallergenen. Mit 9,1 Prozent gehören Reaktionen auf **Duftstoffe** (getestet als Mischung von acht Einzelkomponenten) zu den häufigsten Epikutantestbefunden. Die Allergene **Perubalsam** (5,4 Prozent) und **Propolis** (1,3 Prozent) sind natürlich vorkommende Stoffgemische mit einem hohen Anteil an Duftstoffen (z. B. Vanillin, Zimtsubstanzen). Daher erklärt sich deren hohe Kreuzreaktivität mit dem Duftstoff-Mix. Propolis findet zunehmend in so genannten „Naturprodukten“ Anwendung.

● Konservierungsstoffe

Konservierungsstoffe spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Kathon CG[®] (0,6 Prozent) ist seit den 70er Jahren als Konservierungsmittel vor allem in Kosmetika im Einsatz und wurde auf Grund steigender Sensibilisierungszahlen vielfach durch das fälschlicherweise als schwächeres Allergen eingestufte Euxyl K400[®] (1,4 Prozent) verdrängt. Parabene Mix (0,5 Prozent) ist ein Suchtest für eine Substanzgruppe, die eine weite Verbreitung in Kosmetika und topisch angewandten Medikamenten findet.

Abschließend ist zu bemerken, dass die tatsächliche klinische Relevanz der häufigen positiven Testergebnisse auf **Ethylquecksilber/Thiomersal** (12,8 Prozent bzw. 12,0 Prozent), metallisches **Quecksilber** (9,1 Prozent) und **Amalgam** (1,0 Prozent) unklar ist, und darum diese Substanzen an dieser Stelle nicht weiter abgehandelt werden. Die anderen in der Tabelle ersichtlichen Allergene sind auf Grund des relativ seltenen Auftretens nur für den jeweiligen Einzelfall bzw. für spezielle Risikogruppen von Bedeutung, z. B. Kontaktallergie auf PPD und Azofarbstoffe bei FriseurInnen.

Tabelle 6: Epikutantestergebnisse bei 2.660 PatientInnen; 49,7 Prozent mit mind. einem positiven Testergebnis

	Allergen	pos. %	pos.	neg.	klin. Relevanz	Vorkommen (Auswahl)/Kommentar
1	Nickel	21,0	559	2.101	ja	Metalgegenstände (z. B. Modeschmuck, Knöpfe, Armbanduhren), Zahnheilkunde
2	Ethylquecksilber	12,8	341	2.319	fraglich	Impfstoff/ist die aktive Komponente im Konservierungsmittel Thiomersal
3	Thiomersal	12,0	319	2.341	fraglich	Impfstoff
4	Duftstoff-Mix	9,1	243	2.417	ja	Kosmetika, Parfums/Suchtest für Duftstoffe, z. B. Eugenol, Geraniol, Zimtalkohol
5	Quecksilber	9,1	241	2.419	unbekannt	Zahnheilkunde, Thermometer
6	Palladium	5,9	157	2.503	ja	Schmuck, Zahnheilkunde
7	Perubalsam	5,4	144	2.516	ja	Kosmetika, Parfums
8	Kupfer	3,5	94	2.566	ja	Pestizide, Dünger, Münzen, Goldlegierungen, Intrauterinpassar („Spirale“)
9	Kobalt	3,3	88	2.572	ja	Tonerde, Legierungen, Farben, Zement, Tätowierungen
10	Chrom	2,3	60	2.600	ja	Zement, Farben, Lederverarbeitung, Elektronik
11	Neomycin	1,5	40	2.620	ja	Antibiotikum in medizin. Pudern und Cremes, Seifen (früher)
12	Tetramethylthiuramdisulfid	1,4	37	2.623	ja	Gummiprodukte, Pestizide (früher)
13	Euxyl K400® (Stoffgemisch)	1,4	36	2.624	ja	Konservierungsmittel in vielen Stoffen, auch in Kosmetika
14	Propolis	1,3	35	2.625	ja	Kosmetika, Medikamente
15	Kolophonium (Rosin)	1,2	32	2.628	ja	Klebebänder, Fliegenpapier, Farben, Streichinstrumente
16	PPD-Mix	1,1	28	2.632	ja	Farben (Haarfarben, Kosmetika u. a.), Gummiprodukte, Suchtest
17	Amalgam	1,0	26	2.634	fraglich	Zahnheilkunde
18	Propylenglykol	0,9	23	2.637	ja	Kosmetika, Medikamente
19	Sesquiterpenlaktone Mix	0,8	22	2.638	ja	Suchtest für Allergie auf Pflanzenallergene
20	Epoxidharz	0,7	19	2.641	ja	Kunststoffe, Kleber
21	2-Hydroxyethylmethacrylat	0,6	16	2.644	ja	künstliche Fingernägel, Zahnheilkunde
22	Kathon CG® (Stoffgemisch)	0,6	15	2.645	ja	Kosmetika
23	Ethylglycoldimethacrylat	0,5	14	2.646	ja	künstliche Fingernägel, Zahnheilkunde
24	Mercaptobenzothiazol	0,5	13	2.647	ja	Gummiprodukte
24	para-Phenylendiamin (PPD)	0,5	13	2.647	ja	Farben (auch in Haarfarben und Kosmetika), Gummiprodukte
24	Parabene Mix	0,5	13	2.647	ja	Konservierungsmittel in Lebensmitteln, Kosmetika/Suchtest
27	1,3-Diphenylguanidin	0,4	11	2.649	ja	Gummiprodukte
28	Formaldehyd	0,4	10	2.650	ja	Kosmetika, Medikamente, Industrieerzeugnisse (Gummi, Leder, Kleber, Spanplatten)
28	Benzocain	0,4	10	2.650	ja	Lokalanästhetikum in Salben, Lutschpastillen, in Externa
28	4-Hexylresorcin	0,4	10	2.650	ja	Medikamente
31	Phenylquecksilbernitrat	0,3	7	2.653	ja	Konservierungsmittel, Externa (Vaginalcremes)
32	Platin	0,2	6	2.654	unbekannt	Schmuck, Zahnheilkunde
33	Panthenol	0,2	5	2.655	ja	Kosmetika, Medikamente
34	Zinkdiethyldithiocarbamat	0,1	2	2.658	ja	Gummiprodukte

Quelle: FAZ 1997-2000

4.2.2.3 Epidemiologische Daten zur Verbreitung von allergischen Erkrankungen insgesamt

Genauere Daten zur Prävalenz und Inzidenz allergischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung oder in speziellen Personengruppen sind schwer evaluierbar. Es besteht allerdings weit gehender Konsens, dass die Zahl allergischer Erkrankungen im Steigen begriffen ist. Nach einer derzeit europaweit laufenden epidemiologischen Studie liegt die Prävalenz inhalativer Allergien in Österreich bei 18,7 Prozent, wobei das weibliche Geschlecht mit 53 Prozent leicht überwiegt. Schweizer Studien haben gezeigt, dass inhalative Allergien in den letzten Dekaden sprunghaft von sieben auf 25 Prozent zugenommen haben.

Ebenso ist die Prävalenz von Asthma, die in Westeuropa und den USA derzeit auf durchschnittlich sieben Prozent (3–20 Prozent) geschätzt wird, in den letzten 20 Jahren um 50 Prozent und mehr angestiegen. Rezente Untersuchungen an Wiener Volksschulkindern sprechen für Asthmaprävalenzen zwischen vier und sieben Prozent.

Die Prävalenz von Nahrungsmittelallergien i. w. S. ist noch viel schwieriger anzugeben. Vorsichtige Einschätzungen bewegen sich im Bereich von 1–2 Prozent. Die Prävalenz von Insektengiftallergien dürfte unter einem Prozent liegen.

4.2.2.4 Risikofaktoren (Ursachen für das Entstehen von Allergien)

Für die meisten **Soforttyp-Allergien** ergibt sich nach derzeitigem Wissen ein erhöhtes Allergierisiko aus dem Wechselspiel zwischen **genetischer Prädisposition** und bestimmten Umwelteinflüssen. Potenziell relevante **Umweltfaktoren** reichen von Schadstoffbelastungen der Luft (insbesondere Zigarettenrauch), intensiver Allergenexposition (einschließlich beruflicher Exposition) bis hin zu bestimmten viralen Infekten und selbst dem Geburtstermin. Das in den letzten Jahrzehnten sprunghafte Zunehmen allergischer Erkrankungen in industrialisierten Ländern weist auf eine besondere Bedeutung des so genannten „western style of life“, der etwa durch mannigfaltige Schadstoffbelastung und steigende Innenraumallergenexposition (vermehrter Aufenthalt in Innenräumen, geringer Luftaustausch als Folge energiesparender Baumaßnahmen, vermehrte Haustierhaltung) bei gleichzeitigem Rückgang von allergiepräventiven immunologischen Stimuli (z. B. multiple bakterielle Infekte) gekennzeichnet ist. Dementsprechend wurden hohe Geschwisterzahl, niedriger Lebensstandard und bäuerliche Lebensbedingungen mehrfach als protektive Faktoren beschrieben. Als spezielle Risikofaktoren im Zusammenhang mit Nahrungsmittelallergien wurden ungünstige Verschiebungen der intestinalen Mikroflora als Folgen veränderter Ernährungsgewohnheiten oder häufigen Antibiotikagebrauchs diskutiert.

Kontaktallergien sind nicht oder nur wenig genetisch determiniert. Obwohl der moderne westliche Lebensstil vermehrt Kontakte mit einer ständig wachsenden Zahl neu synthetisierter Substanzen einschließt, stellen „Naturstoffe“ nach wie vor den bei weitem größten Teil aller relevanten Kontaktallergene dar. Sensibilisierungen sind meist Folge intensiven individuellen Allergenkontaktes im beruflichen oder privaten Bereich. Vorschädigungen der Haut, etwa bei Neurodermitis oder als Folge übertriebener Körperpflege, sind begünstigende Faktoren. Während Präventionsstrategien vielfach zu einer Abnahme kontaktallergischer Berufsdermatosen geführt haben (z. B. Chromekzem), ist der Großteil kontaktallergischer Erkrankungen durch Exposition im privaten Bereich bedingt (Modeschmuck, Kosmetika, Naturstoffe).

4.2.2.5 Folgen hinsichtlich der Lebensqualität, Auswirkungen auf Familie und Beruf

Allergische Erkrankungen reichen von geringfügigen Befindlichkeitsstörungen bis zu schwersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Asthma bronchiale) und können in seltenen Fällen auch zum Tod führen (z. B. Insektengiftallergien, Nahrungsmittelallergien, Status asthmaticus). Auswirkungen unterschiedlichen Ausmaßes ergeben sich sowohl direkt für die Erkrankten (berufliche/schulische Leistungsfähigkeit, Berufswahl, sportliche Aktivitäten, Verzicht auf Haustiere, etc.) wie auch indirekt für Familienangehörige (z. B. Pflegeaufwand bei Neurodermitis, Änderung der Kochgewohnheiten bei Nahrungsmittelallergie, etc.).

Die Symptomatik bei **Inhalationsallergien** beschränkt sich nicht ausschließlich auf das jeweilige primäre Erfolgsorgan (z. B. Nase), sondern schließt meist Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Müdigkeit oder Konzentrationsschwäche ein. Bei adäquater Allergiediagnostik und optimaler (medikamentöser) Therapie gelingt es aber in den meisten Fällen, eine relevante Leistungsminderung im beruflichen wie im privaten Bereich weitgehend zu vermeiden. Einen Sonderfall stellen berufsbedingte Latexallergien dar (z. B. medizinisches Personal, Reinigungspersonal). Obwohl die Verwendung gepudriger Latexhandschuhe rückläufig ist und neue Produkte vielfach reduzierte Allergengehalte aufweisen, ist hier der Berufswechsel nicht immer vermeidbar.

Das Vorliegen von **Nahrungsmittelallergien** und Nahrungsmittelintoleranzen macht Umstellungen in den Ernährungsgewohnheiten notwendig und schließt fakultative Begleitmedikation ein. Bei manchen Formen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. orales Allergiesyndrom, Histamin-Intoleranz) sind PatientInnen in der Lage, die Zufuhr der jeweiligen Allergene gemäß ihrer persönlichen Toleranzgrenzen zu kontrollieren. Eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität besteht aber in schweren Fällen von Nahrungsmittelallergien, die mit potenziell lebensbedrohlicher Symptomatik verbunden sind und wo oft geringste Allergenmengen für allergische Reaktionen ausreichen (z. B. Erdnussallergie, Fischallergie). Nicht selten entstehen hierbei erhebliche chronische psychische Belastungen für die Betroffenen, zumal allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel verhältnismäßig oft durch so genannte „versteckte“, d. h. nicht-deklarierte oder nicht als solche erkennbare Allergene ausgelöst werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer präzisen Deklaration aller – und insbesondere der als Allergene identifizierten – Inhaltsstoffe in industriell gefertigten Nahrungsmittelprodukten. Vergleichbare Angstzustände können auch bei PatientInnen mit schweren anaphylaktischen Reaktionen nach **Bienen-** oder **Wespenstichen** bestehen. Hier ist es notwendig, den PatientInnen nach einer seriösen allergologischen Abklärung rasch durch eine Hyposensibilisierungstherapie (spezifische Immuntherapie) und eine entsprechende Notfallsmedikation Sicherheit zu geben.

4.2.2.6 Prävention und Früherkennung

Je nach Zeitpunkt ihres Wirkens können Präventionsstrategien in primäre (Verhinderung der Sensibilisierung), sekundäre (Verhinderung der klinischen Manifestation bei erfolgter Sensibilisierung) und tertiäre Strategien (Kontrolle der Krankheit) unterteilt werden.

Typ-1-Allergien

Da nach neuen Erkenntnissen die Weichenstellung in Richtung allergischer Erkrankung bereits im Mutterleib und unmittelbar postpartal erfolgt, versuchen **primäre Präventionsstrategien** die Wahrscheinlichkeit einer allergischen Sensibilisierung durch Minimierung von Risikofaktoren frühzeitig günstig zu beeinflussen. Derartige Präventionsstrategien sind insbesondere bei familiärer (genetischer) Vorbelastung des Kindes wichtig. Die derzeitige wissenschaftliche Diskussion über relevante Risikofaktoren ist kontrovers, sodass nur wenige vertretbare Empfehlungen ausgesprochen werden können.

Konkrete Ansatzpunkte der primären Allergenprävention könnten sein:

- Verzicht auf Tabakkonsum im Wohnbereich;
- Brustfütterung mindestens sechs Monate oder Verwendung hydrolysierter Säuglingsnahrung;
- eventuell allergenarme Ernährung der Mutter während der Laktation;
- späte Einführung fester allergenhaltiger Nahrung;
- Hausstaubmilbenwachstum beschränkende Wohnverhältnisse (z. B. Matratzenüberzüge – „Encasing“ – ; keine Spannteppiche);
- Verzicht auf Haustiere;
- keine übertriebenen „hygienischen“ Lebensbedingungen.

Sekundäre Präventionsstrategien zielen auf eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes ab. Bei Hochrisikokindern ist eine frühzeitige allergologische Abklärung sinnvoll. Durch sorgfältige Fortsetzung von Allergenreduktionsmaßnahmen (Weggabe von Haustieren, Sanierung von Pilzbefall, Hausstaubmilbenreduktion, etc.) kann das Risiko von Neusensibilisierungen und der Ausweitung einer Pollinose zum allergischen Asthma („Etagenwechsel“) reduziert werden. Ähnliche protektive Effekte wurden auch bestimmten Pharmaka zugeschrieben. Bei Kindern mit Pollinose konnte gezeigt werden, dass die frühzeitige Durchführung einer spezifischen Immuntherapie die Asthmainzidenz signifikant zu reduzieren vermag.

Präventionsmaßnahmen im öffentlichen Bereich

Die verstärkte Berücksichtigung der allergenen Potenz vieler Pflanzenarten bei der Gestaltung von **Grünflächen** und **Parkanlagen** im städtischen Bereich erscheint aus allergologischer Sicht sinnvoll und wünschenswert. Bei der Neupflanzung von Holzpflanzen ist „hypo-allergenen“ Arten, d. h. Arten mit geringem Allergiepotenzial oder geringer Pollenproduktion, der Vorzug zu geben. Auf die Belastung durch Pollen **landwirtschaftlicher Nutzpflanzen** in den städtischen Randbereichen (Getreide, Raps) ist ebenfalls Rücksicht zu nehmen.

Mögliche Ansatzpunkte liegen auch in der Kontrolle der Allergenbelastung in öffentlichen Bereichen. Insbesondere die **Verschleppung von Tierhaarallergenen** durch Tierbesitzer aus dem eigenen Wohnbereich heraus und der daraus potenziell resultierenden Allergenexposition anderer Personen, etwa in **Kindergärten, Schulen** oder öffentlichen Gebäuden, sollte verstärkt Beachtung verdienen. Eigenen Daten zufolge besteht beispielsweise kein signifikanter Zusammenhang zwischen Tierhaarallergie und aktiver Tierhaltung. Lediglich 23 Prozent der Katze-Sensibilisierten und 13,5 Prozent der Hunde-Sensibilisierten hielten nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Testung ein entsprechendes Tier. Fast 60 Prozent der Sensibilisierten hatten generell keine aktuellen regelmäßigen Kontakte zu irgendwelchen Tieren. Wenngleich diese Diskrepanz wohl teilweise auf früheren Tierbesitz zurückgeführt werden kann, scheinen insgesamt verschleppte Allergene eine unterschätzte Bedeutung im Sensibilisierungsgeschehen zu haben.

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Tierhaarsensibilisierung und Tierbesitz¹⁾

Hauttestergebnis	insgesamt n	Tierbesitz			kein Tierbesitz n (%)
		Katze n (%)	Hund n (%)	Meerschw. n (%)	
positiv Katze	142	33 (23,2)	21 (14,8)	6 (4,2)	85 (59,9)
positiv Hund	89	15 (16,9)	12 (13,5)	3 (3,4)	62 (69,7)
positiv Meerschweinchen	28	5 (17,9)	3 (10,7)	4 (14,3) ²⁾	16 (57,1)
positiv insgesamt	167	38 (22,8)	27 (16,2)	8 (4,8)	100 (59,9)
negativ insgesamt	747	149 (20,0)	98 (13,1)	33 (4,4)	501 (67,1)

1) Der Zusammenhang zwischen Tierhaarsensibilisierung und Tierbesitz wurde auf Grund von anamnestischen Angaben und Hauttestergebnissen mit Tierhaarallergenen bei 914 konsekutiven PatientInnen berechnet. Für die wichtigen Tierallergene Katze und Hund ergibt sich dabei aus dem Tierbesitz kein signifikant erhöhtes Sensibilisierungsrisiko.

2) $p < 0,05$, χ^2 -Test

Quelle: FAZ 1999

Früherkennung von allergischen Erkrankungen

Derzeit existieren keine verlässlichen Methoden, das konkrete Allergierisiko frühzeitig festzustellen. Die positive **Familienanamnese** (Eltern und/oder Geschwister sind AllergikerInnen) allein ist nicht ausreichend (Sensitivität unter 50 Prozent). Viele serologische Parameter des **Nabelschnurblutes** (Gesamt-IgE, T-Zell-Reaktivität, IFN- γ , Eosinophilie, Prostaglandine, etc.) sind bei prospektiven AtopikerInnen signifikant verändert. Dennoch sind diese Parameter wegen der geringen Sensitivität und Spezifität als Screeningverfahren ungeeignet. Ähnliches gilt für die Bestimmung von Blutparametern bei Säuglingen. Sinnvoll ist die gezielte Beobachtung des Auftretens atopischer Krankheitszeichen bei Hochrisikokindern durch den Kinderarzt und allfällige frühzeitige Überweisung zur Allergietestung.

Kontaktallergien

Präventivmaßnahmen bezüglich Kontaktallergien haben einen großen Stellenwert im Bereich der **Arbeitsplatzmedizin**. Chronische Ekzeme (insbesondere der Hände) sind häufige Ursache langfristiger Arbeitsunfähigkeit und Grund für einen Berufswechsel. Die Inzidenz beruflicher Dermatosen liegt bei etwa 0,1 Prozent. Der damit verbundene volkswirtschaftliche Schaden wurde in Deutschland schon vor zehn Jahren auf umgerechnet jährlich 3–15 Mrd. Schilling geschätzt. Bekannte Risikoberufe sind etwa Friseur-gewerbe, Baugewerbe, Reinigungsdienst, Druckindustrie, zahnärztliche Berufe, Fotografinnen und Male-rInnen.

Primäre Strategie muss die **Vermeidung** des direkten Allergenkontaktes sein. Zu bedenken ist, dass chro-nische unspezifische **Hautirritationen**, etwa durch übermäßigen Wasserkontakt oder chemische Noxen, wesentliche Wegbereiter einer Kontaktallergie sind. Wichtig ist daher die prophylaktische Verwendung von geeigneten Externa (z. B. Schutzcremes), das Tragen von geeigneter Schutzkleidung (z. B. Handschuhe) sowie die sorgfältige Reinigung und Pflege der Haut nach der Arbeit. Als letzter Ausweg bleibt der Beru-fswechsel, meist zum Schaden des Betroffenen. In manchen Fällen erscheint ein präventives allergologi-sches Berufsscreening sinnvoll.

Präventive Maßnahmen im **Privatbereich** betreffen in erster Linie Nickel und Duftstoffe. Beide Allergene haben auch bei Kindern einen großen Stellenwert. Hauptquelle von Nickelallergien sind zweifellos **Schmuck** (Ohringe!) und Jeansknöpfe. Das Verbot von Nickel in Modeschmuck ist bis dato unbefriedi-gend, zumal Nickel nach wie vor in Legierungen und Schmuckbestandteilen Verwendung findet. Das Ver-golden/Versilbern von Nickelteilen bietet langfristig keinen ausreichenden Schutz, da aus Haarrissen er-hebliche Mengen an Nickelionen an die Oberfläche gelangen können. Angesichts der überragenden Rolle von Nickel als Kontaktallergen ist die beabsichtigte Verwendung von Nickel in den zukünftigen Euro/Cent-Münzen kritisch zu beurteilen.

Duftstoffe und andere Kosmetikabestandteile sind weitere wichtige Kontaktallergene im privaten Bereich. Problematisch ist grundsätzlich die Applikation von **Kosmetika** auf irritierter oder entzündeter Haut, da hierbei das Sensibilisierungsrisiko drastisch erhöht ist. Seitens der Industrie bestehen seit langem Bemü-hungen, das Sensibilisierungspotenzial von Produkten durch Einsatz „hypoallergener“ Komponenten oder geeigneter Duftstoffmischungen („Quenching“) herabzusetzen, die allerdings nicht immer erfolg-reich waren. Obwohl Duftstoffe die häufigsten Kosmetikaallergene sind, ist ihre **Deklaration** äußerst mangelhaft. Eine eindeutige Kennzeichnung dieser oft lediglich unter „Fragrances“ deklarierten Stoffe wäre für die betroffenen PatientInnen wünschenswert.

Vorsicht geboten ist grundsätzlich bei Verwendung von Produkten, die pflanzliche Bestandteile enthalten. „**Naturprodukte**“ (z. B. Propolis, Teebaumöl) sind eine zunehmende Quelle von Kontaktallergien.

4.2.2.7 Behandlungsmöglichkeiten

Bei Tier-, Nahrungsmittel-, Latex- und Kontaktallergien ist die einfachste Behandlungsmöglichkeit das Meiden bzw. Entfernen des Allergens (**Allergenkarenz**). Bei einer Hausstaubmilben-Allergie führen Sa-nierungsmaßnahmen im Haushalt zu einer deutlichen Reduktion der allergischen Beschwerden. Massiven Pollenbelastungen kann eventuell durch gezielte Urlaube ausgewichen werden.

Das Spektrum **symptomatischer medikamentöser Behandlung** ist groß. H1-Rezeptorenblocker (Anti-histaminika) und Mastzellstabilisatoren wie Cromoglicinsäure und Nedocromil sind fester Bestandteil der Therapie von Inhalationsallergien. Die jüngste Generation der Antihistaminika zeigt hohe Wirkung bei fehlender oder nur geringer Sedierung. Lokale inhalative Steroide für Nase und Lunge haben eine hervor-ragende anti-entzündliche Wirkung und sind aus der heutigen Lokaltherapie nicht mehr wegzudenken. In der Asthmatherapie kommen zusätzlich b-Mimetika und Theophyllin zum Einsatz. Wenig Erfahrungen be-stehen derzeit noch für die neue Medikamentengruppe der Leukotrienantagonisten.

Ultima Ratio der Allergiebehandlung ist die **spezifische Immuntherapie** (Desensibilisierung, Hyposensi-bilisierung). Sie ist die derzeit einzige kausale Behandlungsform von Allergien, die überdies neben der all-ergen-spezifischen Desensibilisierung generell die allergische Disposition des Immunsystems günstig be-

einflusst. Die Immuntherapie wird derzeit bei vielen Inhalationsallergien (Pollen, Hausstaubmilbe) und Insektengiftallergien mit hoher Effizienz (Erfolgsrate > 70 Prozent) und hoher Sicherheit (systemische Nebenwirkungen bei < 0,05 Prozent) eingesetzt. Auf Grund der jüngsten Fortschritte der biomedizinischen Forschung könnten in absehbarer Zeit Desensibilisierungsverfahren noch effizienter, sicherer und schneller durchgeführt werden und auch für andere Allergene zur Verfügung stehen.

Die Wirksamkeit **komplementärmedizinischer Verfahren** in der Behandlung von Allergien ist kaum belegt. Der Akupunktur kann ein gewisser Stellenwert in der Unterdrückung von Entzündungen zugeordnet werden. Für andere alternative Methoden (Bioresonanz, Homöopathie, OPCs/oligomere Procyanidine, etc.) fehlt jeglicher Wirksamkeitsnachweis aus kontrollierten Studien.

4.2.2.8 Einrichtungen für die Behandlung von Allergien

Die Diagnose der allergischen Erkrankungen kann an speziell eingerichteten Allergieabteilungen der dermatologischen, pulmologischen, pädiatrischen oder **HNO-Kliniken** durchgeführt werden. Darüber hinaus gibt es österreichweit spezialisierte **Allergieambulatorien**, die für die Diagnose und Therapie von allergischen Erkrankungen zuständig sind. Derartige Allergieambulatorien existieren in Wien, Graz, Judenburg und Innsbruck, in anderen großen Städten fehlen entsprechende Abteilungen. Zusätzlich bieten etliche **FachärztInnen** der Dermatologie, Pulmologie und HNO Allergiediagnostik und -therapie an. Dermatologen dürfen auf Grund des Ärzteausbildungsgesetzes den Zusatz Allergologe tragen, sind aber zum Teil nicht entsprechend ausgebildet. Diesem Manko kommt die Arbeitsgemeinschaft Allergologie der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie nun durch gezielte Schulungen nach.

4.2.2.9 Gesundheitspolitische Relevanz, Ziele und Handlungsbedarf (Beratung, Behandlung, Aufklärung)

Die gesundheitspolitische Relevanz ergibt sich aus der Tatsache, dass sich europaweit fast jeder fünfte Mensch als AllergikerIn bezeichnet. Vorrangiges Ziel muss daher gezielte Informationsarbeit sein, um das Auftreten von Allergien durch Primärpräventionsstrategien im privaten, beruflichen und öffentlichen Bereich zu kontrollieren, sowie AllergikerInnen frühzeitig einer kompetenten medizinischen Betreuung zuzuführen. Hier wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Allergie und Immunologie ein Forum für klinisch tätige AllergologInnen gegründet, dessen Aufgabe es ist, kontinuierlich und gezielt ÄrztInnen über die Bedeutung allergischer Erkrankungen aufzuklären. Zusätzlich ist auch die vermehrte Verfügbarkeit allergologischer Fachinformation für betroffene PatientInnen wünschenswert. Derartige Informationen sind mittlerweile in großer Zahl über das Internet erhältlich, sollten aber im Sinne einer größeren Reichweite auch vermehrt über traditionelle Medien (z. B. Tageszeitungen) angeboten werden.

Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Allergieprävention und Verbesserung von Aufklärung und Therapie allergischer Erkrankungen:

- Aufklärungsarbeit über potenzielle Allergierisikofaktoren im privaten Bereich und im Berufsleben;
- Maßnahmen zur Früherkennung allergischer Erkrankungen (z. B. durch Kinder- und SchulärztInnen);
- Screeninguntersuchungen beim medizinischen Personal (ÄrztInnen, Pflegepersonal); Latex ist nicht nur ein Kontaktallergen für die Betroffenen, sondern auch ein Inhalationsallergen für Dritte;
- Bereitstellung von Informationen über kompetente zuständige medizinische Einrichtungen und Aufklärung über gesicherte diagnostische und therapeutische Verfahren;
- Einsatz für allergenarme Umweltbedingungen im öffentlichen Bereich, z. B.
 - Berücksichtigung der Allergenität verschiedener Pflanzen bei der Landschaftsplanung (z. B. keine Neupflanzung von Birken im Wohnbereich),
 - Kontrolle des Allergengehaltes in Kindergärten, Schulen u. Ä.,
 - Regelmäßiges Rasenmähen in Bädern (Vermeidung von Bienenstichen);

- Verbesserte Produktdeklaration (z. B. „versteckte“ Allergene, Gehalt an biogenen Aminen, Spezifizierung von Duftstoffkomponenten);
- Verstärkte allergologische Aus- bzw. Weiterbildung von ÄrztInnen;
- Förderung von klinisch sowie grundlagen-orientierter allergologischer Forschung.

4.2.3 SCHWERPUNKT ALLERGIEN II: Langzeituntersuchung zur Dynamik von Inhalationsallergien in Wien

Univ.Prof. Dr. Siegfried JÄGER

MA 15 – Gesundheitswesen; Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Wien

Zusammenfassung

In der vorliegenden, von der HNO-Universitätsklinik Wien durchgeführten Studie wird die Entwicklung der wichtigsten Inhalationsallergene (verschiedene Pollen, Pilzsporen) mit der Entwicklung der Sensibilisierungen der Wiener Bevölkerung in Beziehung gesetzt (Zeitraum: 1984–1999). Folgende Hauptergebnisse wurden dabei erzielt:

- Sensibilisierungen gegen Ragweedpollen nehmen proportional mit dem Anstieg der Pollenmengen zu.
- Sensibilisierungen gegen Gräserpollen bleiben konstant, ebenso wie das Pollenangebot.
- Die Sensibilisierungen gegen Birkenpollen nehmen zu, obwohl die Pollenzahl eher abnehmend ist.
- Nur leichte Zunahmen sind bei Beifuß-Sensibilisierungen zu sehen, die Pollenmengen bleiben konstant bzw. nehmen leicht ab.
- Sensibilisierungen gegen Pilzsporen nehmen nicht zu.

Dagegen steigt die Sensibilisierungsrate gegen Hausstaubmilben und Katzenhaar.

Summary: Focus on allergies II: Long term studies on the dynamics of inhalation allergies in Vienna

A current study carried out by the ENT university clinic in Vienna shows the correlation between the development of major inhalation allergens (various pollen, fungus spores) and the increasing sensitization of people in Vienna between 1984 and 1999. Listed below are the main results of the study.

- *Sensitization towards ragweed pollen increases in proportion to the amount of pollen.*
- *Sensitization towards grass pollen remains constant, as does the amount of pollen.*
- *Sensitization towards birch pollen is on the increase, despite reduced amounts of pollen.*
- *A slight increase has been noted in the sensitization towards mugwort, amounts of pollen are constant or slightly decreasing.*
- *Sensitization towards fungus spores has not increased.*

Sensitization towards house dust mite and cat hair is on the increase.

Im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte ist nicht nur in den Medien häufig von einer Zunahme allergischer Erkrankungen die Rede. Wirklich umfassende epidemiologische Untersuchungen stehen jedoch sowohl in Österreich, wie auch in anderen europäischen Staaten, abgesehen von einer Schweizer Studie, aus. In diesem Bericht soll die Entwicklung der Bedeutung diverser Inhalationsallergene in Wien aufgezeigt werden, wenn auch einschränkend bemerkt werden muss, dass die Anforderungen für einen hochwissenschaftlichen Bericht nicht erfüllt werden können.

4.2.3.1 Testspektrum und PatientInnenauswahl

Vorwiegend aus dem Wiener Raum wurden an der Allergieambulanz der HNO-Universitätsklinik PatientInnen getestet, die mit der Verdachtsdiagnose „Inhalationsallergie“ zugewiesen wurden. Die Fallzahlen variieren von Jahr zu Jahr, liegen aber im Mittel um die 300 per anno (Tabelle 8). Das Standard-Testspektrum umfasst die wichtigsten Inhalationsallergene in unserer Region: Gräserpollen (g3), Birkenpollen (t3), Beifußpollen (w6), Ragweedpollen (w1), Alternaria-Sporen (m6), Cladosporium-Sporen (m2), Hausstaubmilbe (*Dermatophagoides pteronyssinus*, d1), und Katzenepithelien (e1). Dieses Spektrum wurde konsequent von 1984 bis 1999 eingesetzt. Alle zugewiesenen PatientInnen wurden zumindest mit diesem Standard-Testspektrum sowohl im Prick Test (Hauttest) als auch im RAST (Bluttest) getestet. Seit 1990 wurde die RAST-Methode durch die CAP-Methode ersetzt.

Für die hier angeführten Untersuchungen kamen nur die in-vitro-Testergebnisse (also RAST bzw. CAP) zur Anwendung. Von allen getesteten Personen kamen nur jene zur Auswahl, bei denen **wenigstens ein Inhalationsallergen** als RAST-positiv zu bewerten war, also RAST Klasse 2 oder höher. Alle anderen wurden ausgeschieden. PatientInnen mit Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien sind demnach nicht in der Auswertung enthalten, selbst wenn sie RAST-positiv waren (solche Tests wurden bei Bedarf zusätzlich durchgeführt).

4.2.3.2 Statistische Auswertung

Für jedes der Jahre 1984–1999 wurde der prozentuelle Anteil an positiven RAST-Ergebnissen pro Allergen ermittelt (Tabelle 8). Diese Prozentangabe wurde als Maß für die Immunantwort in der Wiener Bevölkerung postuliert, d. h. als Nachweis der Produktion von spezifischen Antikörpern des Typs Immunglobulin E (IgE). Da neben Monosensibilisierungen auch zahlreiche Polysensibilisierungen vorkommen, nehmen erstere kaum Einfluss auf den ermittelten Prozentanteil.

Die jährlichen Prozentanteile von Sensibilisierungen wurden daraufhin mit der Jahreszahl korreliert, um Trends festzustellen. Die Korrelationen wurden als einseitige Korrelationskoeffizienten nach Pearson, Kendall tau-b und Spearman mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS) errechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf 0,1-Prozent-Genauigkeit (drei Dezimalstellen) errechnet.

Nach derselben Methode wurden Trends bei den jährlichen Pollensummen und der Vergleich der Pollensummen mit der Sensibilisierungsrate durchgeführt.

4.2.3.3 Quantifizierung des Allergenangebotes

Zur Quantifizierung der Pollen und Sporen kam eine seit 1976 am Dach des AKH (alte HNO-Klinik) installierte volumetrische Pollen- und Sporenfalle zum Einsatz. 1996 wurde dieser Standort durch den neuen Standort am Dach des Erweiterungsbaus Ost ersetzt. Der neue Standort befindet sich in gleicher Höhe (ca. 20 m über Grund) und lediglich etwa 50 Meter in nördlicher Richtung vom alten Standort entfernt. Die Pollenfalle saugt kontinuierlich zehn Liter Luft pro Minute an, die im Abstand von 0,6–0,7 mm hinter dem Ansaugschlitz auf einen mit Vaseline beschichteten transparenten Streifen, der auf einer von einem Präzisionsuhrwerk bewegten Trommel montiert ist, auftrifft. Das Uhrwerk bewegt die Trommel mit einer Geschwindigkeit von zwei mm pro Stunde am Ansaugschlitz vorbei. Damit ist es möglich, auf zwei Stunden genau das Auftreffen von Luftpartikeln zu analysieren. Nach mikroskopischer Analyse werden die Werte zunächst als Pollen pro m² Luft im Tagesmittel ausgewiesen. Die Betriebszeit der Pollenfalle ist von Jänner (Dezember) bis etwa Mitte Oktober, also von der Blüte von Erle und Hasel bis zum Ende der Blüte von Ragweed. Zur Verwendung für die vorliegende Studie kamen lediglich die Jahressummen der angefallenen Pollen und Sporen als Maß für die jährliche Veränderung im Allergenangebot in der Wiener Atemluft (Tabelle 9).

Angaben zur Veränderung des Allergenangebotes bei Hausstaubmilbenallergenen und Katzenallergenen sind – aus wohl verständlichen Gründen – nicht verfügbar.

Tabelle 8: Anzahl der jährlich getesteten Personen positiver Reaktion gegen mindestens ein Inhalationsallergen im Blut¹⁾

Jahr	Anz. Patienten	g3	% g3	t3	% t3	w6	% w6	w1	% w1	m6	% m6	m2	% m2	d1	% d1	e1	% e1
1984	260	191	73,5	107	41,2	79	30,4	56	21,5	31	11,9	14	5,4	60	23,1	76	29,3
1985	207	148	71,5	64	30,9	65	31,4	57	27,5	37	17,9	17	8,2	59	28,5	55	26,6
1986	248	140	56,5	106	42,7	71	28,6	57	23,0	35	14,1	23	9,3	63	25,4	73	29,4
1987	238	142	59,7	81	34,0	55	23,1	44	18,5	36	15,1	27	11,3	76	31,9	54	22,7
1988	247	168	68,0	86	34,8	57	23,1	49	19,8	33	13,4	15	6,1	69	27,5	65	26,3
1989	299	193	64,6	134	44,8	64	21,4	58	19,4	30	10,0	14	4,7	78	26,1	80	26,8
1990	264	158	59,9	91	34,5	62	23,5	59	22,4	35	13,3	9	3,4	71	26,9	65	24,6
1991	310	186	60,0	131	42,3	68	21,9	69	22,3	41	13,2	9	2,9	116	37,4	91	29,4
1992	203	115	56,7	77	37,9	65	32,0	59	29,1	18	8,9	9	4,4	71	35,0	61	30,1
1993	329	197	59,9	144	43,8	100	30,4	92	28,0	36	10,9	19	5,8	144	43,8	109	33,1
1994	382	261	68,3	176	46,1	140	36,7	123	32,2	44	11,5	13	3,4	155	40,6	115	30,1
1995	393	232	59,0	154	39,2	116	29,5	114	29,0	54	13,7	17	4,3	177	45,0	125	31,8
1996	400	281	70,3	175	43,8	136	34,0	133	33,3	61	15,3	25	6,3	175	43,8	128	32,0
1997	293	193	65,9	134	45,7	92	31,4	86	29,4	38	13,0	17	5,8	120	41,0	94	32,1
1998	360	255	70,8	178	49,4	127	35,3	122	33,9	39	10,8	17	4,7	149	41,4	108	30,0
1999	405	255	63,0	210	51,9	114	28,2	110	27,2	58	14,3	15	3,7	173	42,7	127	31,4
Summe	4.838	3.115		2.048		1.411		1.288		626		260		1.756		1.426	
Mittelwert	302	195	64,2	128	41,4	88	28,8	81	26,0	39	13,0	16	5,6	110	35,0	89	29,1

- 1) Die Tabelle stellt die Anzahl der jährlich getesteten PatientInnen mit wenigstens einer positiven Reaktion im Blut (erhöhte Konzentration an spezifischen Antikörpern) gegen ein Inhalationsallergen dar. Daneben stehen Anzahl und prozentueller Anteil der positiven Ergebnisse pro getestetem Allergen:
 g3 = Gräserpollenallergen (Knäuelgras, *Dactylis glomerata*); t3 = Birkenpollenallergen (Birke, *Betula verrucosa*); w6 = Beifußpollenallergen (Beifuß, *Artemisia vulgaris*); w1 = Ragweedpollenallergen (Ragweed, Traubenkraut, *Ambrosia artemisiifolia*); m6 = Alternariaallergen (Pilzsporen); m2 = Cladosporiumallergen (Pilzsporen); d1 = Hausstaubmilbenallergen (*Dermatophagoides pteronyssinus*); e1 = Katzenallergen (Katzenepithelien).

Tabelle 9: Jährliche Summen und ihre Veränderung der in der Wiener Luft angetroffenen Pollen¹⁾

Jahr	Gräser	Birke	Beifuß	Ragweed	Alternaria	Cladosporium
1984	2.314	9.556	738	181	4.432	278
1985	4.116	1.202	752	408	5.317	407
1986	2.985	5.521	771	191	5.580	298
1987	3.258	5.927	1.129	801	3.302	134
1988	2.501	2.554	504	130	3.324	164
1989	2.626	5.539	560	594	4.647	134
1990	3.022	2.956	637	388	3.544	231
1991	4.310	8.233	908	1.144	6.530	185
1992	3.381	4.328	971	1.869	7.696	192
1993	3.425	6.590	831	1.683	5.508	152
1994	6.892	11.750	841	1.088	5.293	172
1995	4.075	4.109	1.196	1.090	6.463	153
1996	-	-	828	1.135	-	-
1997	1.682	2.192	762	1.490	2.022	122
1998	1.556	4.173	615	1.688	3.268	168
1999	2.897	2.831	473	1.960	4.402	184
Summe	49.040	77.461	12.516	15.840	71.328	2.974
Mittelwert	3.269	5.164	782	990	4.755	198

- 1) Die Zahlen resultieren aus der Summierung aller entsprechenden Zählwerte der Tagesergebnisse, die in Pollen pro m² Luft im Tagesmittel ausgedrückt sind. Man könnte sie also als Mittelwert der Pollen pro 365 m² ansehen. Im Jahre 1996 gab es längere Lücken in den Monaten April bis Juni, daher sind die Werte für die während dieser Zeit blühenden Pflanzen nicht in die Auswertung einbezogen. Die Werte für die Pilzsporen sind wohl auch Summenwerte, doch sind die Zahlen für Alternaria auf 1/5 m² im Tagesmittel bezogen und Cladosporium wurde bloß klassifiziert (0-3). Der Grund liegt in der übergroßen Anzahl an Cladosporium-Sporen (bis zu 80.000/m²). Eine exakte Zählung wäre viel zu zeitaufwändig.

4.2.3.4 Resultate

Trends bei den Pollenmengen:

Leicht abnehmende Trends wurden bei Birken- und Beifußpollen festgestellt. Sie sind jedoch keineswegs signifikant. Gräserpollen zeigen praktisch keinen Trend zu höherer oder niedrigerer jährlicher Pollenbelastung. Ein hoch signifikanter Trend zu jährlich höherer Pollenbelastung durch Ragweedpollen konnte jedoch nachgewiesen werden.

Trends bei den Sporenmengen:

Während *Alternaria* einen leicht abnehmenden Trend aufweist, war bei *Cladosporium* eine leichte Zunahme im Laufe der Jahre zu erahnen. Beide Trends sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabelle 10: Trends bei den jährlichen Pollen- und Sporenmengen

Korrelation nach: Jahr/versus:	Pearson		Kendall	
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation	Signifikanz
Birke	0,1456	0,302	0,1048	0,293
Gräser	0,0357	0,450	0,0286	0,441
Beifuß	0,0572	0,417	0,0167	0,464
Ragweed	0,8293	0,000***	0,6333	0,000***
Cladosporium	0,2341	0,401	0,2105	0,276
Alternaria	0,1033	0,357	0,0476	0,402

*** höchst signifikant

Trends bei den Sensibilisierungen:

Ein Rückgang der Sensibilisierungsraten ist bei den Pilzsporen von *Cladosporium* und *Alternaria* anzunehmen, jedoch fehlt die statistische Signifikanz. Kein Trend ist bei Gräserpollensensibilisierungen ersichtlich. Zumindest nehmen die Gräserpollen-Allergien nicht zu. Dagegen sind statistisch signifikante Zunahmen der Sensibilisierungsraten gegen Birkenpollen, Ragweedpollen, Milbenallergen und Katzenallergen nachweisbar. Sensibilisierungen gegen Beifußpollen zeigen zwar ebenfalls eine leicht zunehmende Tendenz (statisch nicht signifikant), dieser Trend könnte aber auf die Kreuzreaktionen mit Ragweedpollen zurückzuführen sein.

Tabelle 11: Trends bei den jährlichen Sensibilisierungsraten

Korrelation nach: Jahr/versus:	Pearson		Kendall	
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation	Signifikanz
% t3 (Birkenallergen)	0,6974	0,001***	0,5667	0,001***
% g3 (Gräserallergen) ¹⁾	0,0182	0,473	0,0333	0,429
% w6 (Beifußallergen)	0,4279	0,049*	0,2427	0,096
% w1 (Ragweedallergen)	0,7211	0,001***	0,5167	0,003***
% m2 (Cladosporium)	0,5014	0,048*	0,2667	0,150
% m6 (Alternaria)	0,2132	0,214	0,1333	0,236
% d1 (Milbenallergen) ²⁾	0,8819	0,000***	0,6333	0,000***
% e1 (Katzenallergen)	0,6447	0,004***	0,5167	0,003***

1) Knäuelgras, *Dactylis glomerata*.

2) Hausstaubmilbe, *Dermatophagoides pteronyssinus*.

* signifikant, *** höchst signifikant

Korrelationen zwischen der Menge inhalierter Partikel und Sensibilisierungen:

Eine negative Korrelation ergibt sich bei Gräserpollen und Sporen von Alternaria. Beide haben jedoch keine statistische Signifikanz aufzuweisen. Eine Signifikanz ergibt sich hingegen bei der negativen Korrelation zwischen Menge der Cladosporium-Sporen und dem prozentuellen Anteil an RAST-positiven Befunden.

Zwischen dem Angebot an Birken- und Beifußpollen und der Sensibilisierungsrate besteht eine schwach positive, jedoch nicht signifikante Korrelation. Hoch signifikant jedoch korreliert das Angebot an Ragweedpollen mit der Produktion von spezifischen Antikörpern gegen Ragweed-Allergene in der Wiener Bevölkerung.

Tabelle 12: Korrelation zwischen Menge inhalierter Partikel und der Produktion spezifischer IgE-Antikörper im Körper von PatientInnen mit Inhalationsallergie

Korrelation nach: Allergenangebot/versus:	Pearson		Kendall	
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation	Signifikanz
Birke vs. % t3	0,2677	0,167	0,1429	0,229
Gräser vs. % g3	0,1109	0,347	0,2381	0,108
Beifuß vs. % w6	0,1189	0,330	0,1590	0,196
Ragweed vs. % w1	0,6368	0,004***	0,3833	0,019*
Cladosporium vs. % m2	0,5250	0,045*	0,4211	0,029*
Alternaria vs. % m6	0,2026	0,235	0,1238	0,260

* signifikant, *** höchst signifikant

4.2.3.5 Zusammenfassung der Trends

Sensibilisierungen gegen Ragweedpollen nehmen proportional mit dem Anstieg der Pollenmengen zu. Sensibilisierungen gegen Gräserpollen bleiben konstant, ebenso wie das Pollenangebot. Die Sensibilisierungen gegen Birkenpollen nehmen zu, obwohl die Pollenzahl eher abnehmend ist. Nur leichte Zunahmen sind bei Beifuß-Sensibilisierungen zu sehen, die Pollenmengen bleiben jedoch konstant bzw. nehmen leicht ab.

Sensibilisierungen gegen Pilzsporen nehmen nicht zu.

Dagegen steigt die Sensibilisierungsrate gegen Hausstaubmilben und Katzenhaar.

● Trends bei den Pollenmengen:

abnehmend: Birke n.s.; Beifuß n.s.

gleich bleibend: Gräser

zunehmend: **Ragweed signifikant**

● Trends bei Sporenmengen:

abnehmend: Alternaria n.s.

zunehmend: Cladosporium n.s.

● Trends bei Sensibilisierungen:

abnehmend: Cladosporium zweifelhafte Signifikanz, eher n.s.; Alternaria n.s.

gleich bleibend: Gräser

zunehmend: **Birke signifikant**; Beifuß n.s.; **Ragweed signifikant**; **Milbe signifikant**; **Katze signifikant**

- **Korrelation zwischen Menge inhalierter Partikel und Sensibilisierungen:**

negativ: Gräser n.s., Alternaria n.s.; **Cladosporium signifikant**

positiv: Birke n.s., Beifuß n.s.; **Ragweed signifikant**

Bei Katze und Milbe können keine Korrelationen berechnet werden, da die Menge der inhalieren Allergene nicht feststellbar ist.

4.2.3.6 Diskussion

Auf Grund der eindeutig zunehmenden Sensibilisierungen gegen Birkenpollen, Ragweedpollen, Hausstaubmilben- und Katzenallergene wäre eine Reaktion der Gesundheitsbehörden in Hinblick auf Allergie- und Asthmaprophylaxe zweifellos wünschenswert. Gerade der Asthmapatient ist bekanntlich sehr kostenintensiv: Etwa 40 Prozent der unbehandelten Inhalationsallergien münden nach international übereinstimmenden Meinungen in Asthma.

- Vorstellbar wären Maßnahmen wie erhöhtes Informationsangebot über das Allergierisiko in der Öffentlichkeit, aber auch gezielt in Schulen, Mütterberatungsstellen und bei praktischen ÄrztInnen.
- Der Verzicht der Pflanzung von Birken durch das Stadtgartenamt und durch Private würde vermutlich den Pollengehalt der Luft nicht entscheidend vermindern, wäre aber in seiner Medienwirksamkeit geeignet, das Allergiebewusstsein zu heben.
- Die Allergien gegen Ragweedpollen werden andernorts sehr ernst genommen: In Frankreich und Italien versucht man mit gesetzlichen Maßnahmen die Ausbreitung der Pflanzen zu verhindern, ähnlich in Ungarn, wo in den letzten Jahren zusätzlich aufwändige Aufklärungskampagnen laufen. In Wien stammt der Großteil an Ragweedpollen aus Ungarn und dem östlichen Marchfeld bzw. aus dem Burgenland und dem südlichen Wiener Becken. Im Stadtgebiet selbst konnte sich die Pflanze noch nicht nachhaltig etablieren, doch sollte das Stadtgartenamt auf die Gefahr hingewiesen werden, um das Risiko gering zu halten. Beobachtungen aus den USA und Kanada haben gezeigt, dass der Pflanze nur sehr schwer und unter Aufbringung großer Mittel beizukommen ist, sobald sie einmal Fuß gefasst hat. Im Bereich Deutsch-Wagram – Strasshof – Gänserndorf dürfte sie kaum noch loszuwerden sein, ebenso im burgenländischen Seewinkel. Praktisch aussichtslos ist die Situation im südlichen und westlichen Karpatenbecken. Nachdem die Pflanze sich rasch von Ungarn aus nach Westen ausgebreitet und bereits über Wien hinweg ins Tullnerfeld gelangt ist, ist höchste Vorsicht geboten.
- Die Expositionsprophylaxe bei Hausstaubmilbenallergien ist dagegen vergleichsweise einfach. Man kann durch physikalische Maßnahmen (milbendichte Matratzenüberzüge und Reduktion der relativen Luftfeuchte in den Schlafräumen auf ein normales Maß) in absehbarer Zeit eine allergenarme Umgebung in Schlafräumen schaffen. Der einzige Nachteil sind die relativ hohen Anschaffungskosten der Matratzenbezüge (etwa 2.000 Schilling pro Matratze).
- Die Zunahme der Tierhaarallergien, insbesondere der Katzenallergien, wird wohl kaum durch andere Maßnahmen als Aufklärung gebremst werden können.

4.2.4 Rücken- und Kreuzbeschwerden

Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
 Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Zusammenfassung

Rund zwölf Prozent der Wiener Bevölkerung leiden an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen. Allerdings zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen (13,4 Prozent) sind häufiger betroffen als Männer (10,5 Prozent). Auch nimmt der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zu: Die 45- bis 60-Jährigen berichten zu 15 Prozent, die über 60-Jährigen zu 19 Prozent von Rücken- bzw. Kreuzschmerzen. Den höchsten Wert weisen die über 60-jährigen Frauen auf (22 Prozent).

Als Risikofaktoren werden in der Fachliteratur v. a. körperliche Belastung im Beruf, andauerndes Sitzen oder Stehen, überdurchschnittliche Körpergröße, fehlende Arbeitszufriedenheit, Stress, niedrige soziale Schicht, passiv-resignative Einstellung, etc. genannt.

Summary: Backaches and lower back pains

Approximately 12 percent of the Viennese population suffer from backaches or lower back pain. Gender specific differences have been noted. Women are more frequently affected than men (13.4 percent and 10.5 percent respectively). The frequency of backaches or lower back pain increases with age. 15 percent of 45 to 60 year olds and 19 percent of people aged 60 and over are afflicted. Most affected are women aged 60 and over – 22 percent of this age group are reported to suffer.

Main risk factors mentioned in relevant literature are physical strain at work, continuous sitting or standing, above average body size, lack of contentment at work, stress, low social standing, a passively resigned attitude towards life, and many more.

Internationale Untersuchungen zeigen, dass 70 Prozent der Erwachsenen im Leben schon einmal von Kreuzschmerzen betroffen waren,²⁵ und dass sechs Prozent aller Konsultationen im ambulanten Bereich wegen Rückenschmerzen in Anspruch genommen werden.²⁶

Im Rahmen der österreichischen SERMO-Studie ergab der Vergleich der Punktprävalenz der einzelnen Erhebungsmonate, dass Rücken- und Kreuzschmerzen das Beschwerdebild der österreichischen Bevölkerung dominieren. Lediglich im April und im Mai werden diese Beschwerden – mit geringfügigem Prävalenzunterschied in der Häufigkeit des Auftretens durch Wetterempfindlichkeit vom ersten Rang abgelöst, im Juni durch Schlafstörungen. Die Punktprävalenzen rangieren, übers Jahr verteilt, für Beschwerden durch Rücken- und Kreuzschmerzen zwischen 8,4 Prozent (Mai) und 11,6 Prozent (Dezember).²⁷

4.2.4.1 Ergebnisse der SERMO-Studie in Wien

1995 gaben 12,1 Prozent der WienerInnen an, an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen zu leiden.²⁸ Der Anteil der momentan an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen Leidenden ist geringer, er beträgt 7,8 Prozent. Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei der Anteil bei Frauen größer ist als jener bei Männern. So litten 1995 13,4 Prozent der Frauen, aber nur 10,5 Prozent der Männer an Rücken- bzw. Kreuzschmer-

²⁵ KEEL, P. et al.: Chronifizierung von Rückenschmerzen. Sz Prävméd 1990, 35(2): 46–52.

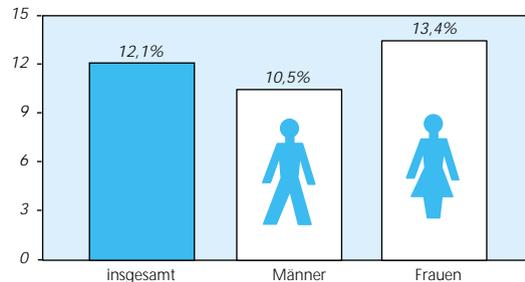
²⁶ LEHMANN, P. et al.: Les dorsalgies en médecine ambulatoire. Médecine et Hygiène. 1986, 1643: 376–381.

²⁷ SCHMEISER-RIEDER et al., 1995.

²⁸ SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N.; SCHWARZ, B.; SCHÖBERBERGER, R.; KUNZE, M.: Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Kopfschmerz. Das Gesundheitswesen 59/3, 1997.

zen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Moment-Angaben: 9,3 Prozent der Frauen, aber nur 6,0 Prozent der Männer litten zum Zeitpunkt der Befragung an Rücken- und/oder Kreuzschmerzen.

Grafik 8: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Geschlecht, Wien 1995

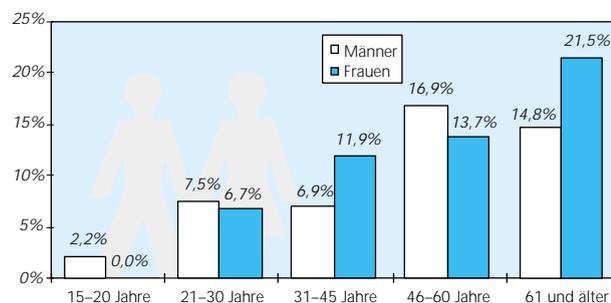


Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996; SERMO-Studie

Wirft man einen Blick auf die verschiedenen **Altersgruppen**, so zeigt sich mit zunehmendem Alter ein stetig wachsender Anteil der an Rücken- und Kreuzschmerzen Leidenden: 1995 betrug dieser bei den 15- bis 20-Jährigen nur 1,2 Prozent, bei den 21- bis 30-Jährigen bereits 7,1 und bei den 31- bis 45-Jährigen 9,4 Prozent. Bei den 45- bis 60-Jährigen steigt der Anteil der Betroffenen auf 15,2 Prozent, bei den über 60-Jährigen beträgt er sogar 19,2 Prozent.

Betrachtet man die Altersgruppen getrennt nach **Geschlecht**, so zeigen sich besonders im höheren Alter geschlechtsspezifische Unterschiede: In der Altersgruppe der über 60-Jährigen leiden Frauen zu 21,5 Prozent an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, hingegen sind es bei den Männern nur 14,8 Prozent.

Grafik 9: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Altersgruppen, Wien 1995



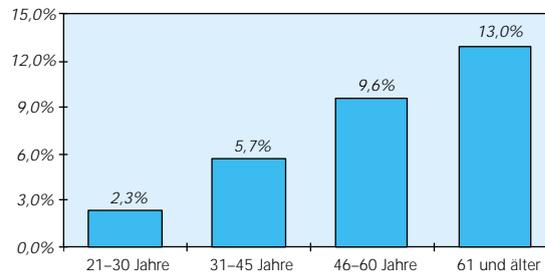
Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996; SERMO-Studie

Die Auswertung der Daten nach **bildungsspezifischen Unterschieden** zeigt eine deutliche Überlagerung der höchsten abgeschlossenen Schulbildung durch die Altersgruppen. Den höchsten Anteil an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen findet man im Jahr 1995 bei den PflichtschulabsolventInnen mit 16,6 Prozent. In dieser Gruppe sind besonders ältere Personen stärker vertreten. Weitere relativ hohe Anteile finden sich unter Uni-/HochschulabsolventInnen mit 14,4 Prozent und Personen mit Abschluss von berufsbildenden mittleren Schulen mit 13,4 Prozent. Bereits geringer sind die Anteile bei LehrabschlussabsolventInnen mit 11,4 Prozent. Über den kleinsten Anteil verfügen Personen mit Maturaabschluss (6,9 Prozent).

Einen weiteren interessanten Aspekt stellen **Schäden an der Wirbelsäule** dar. So geben 7,4 Prozent der WienerInnen zum Zeitpunkt der Befragung Schäden an der Wirbelsäule an, wobei der Anteil bei den Frauen (8,8 Prozent) wiederum größer ist als jener der Männer (5,7 Prozent). In den einzelnen Altersgruppen zeigt sich – wie bei der Auftretenshäufigkeit von Rücken- und Kreuzschmerzen – eine steigende Tendenz: So haben 2,3 Prozent der 21- bis 30-Jährigen Schäden an der Wirbelsäule, immerhin 5,7 Prozent der 31- bis 45-Jährigen und 9,6 Prozent der 46- bis 60-Jährigen. Bei den über 60-Jährigen liegt der Anteil sogar bei 13,0 Prozent. Mit steigendem Alter vergrößert sich ebenfalls der geschlechtsspezifische Unter-

schied: In der Gruppe der über 60-Jährigen leiden nur 8,7 Prozent der Männer, aber 15,3 Prozent der Frauen an Schäden der Wirbelsäule.

Grafik 10: Schäden an der Wirbelsäule nach Altersgruppen, Wien 1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996; SERMO-Studie

4.2.4.2 Risikofaktoren von Rückenschmerzen

Bei den Erwachsenen finden sich multiple, untereinander korrelierende Faktoren, welche den Verlauf von Rückenschmerzen beeinflussen. Übermäßige Belastung durch Schwerarbeit, körperliche Belastung im Beruf, andauerndes Sitzen oder Stehen, ungünstige Körperhaltung, Vibrationenexposition, aber auch psychologische Parameter wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsatmosphäre und Stress spielen eine wichtige Rolle.²⁹ Weitere wichtige Risikopotenziale finden sich in der sozioökonomischen Situation wie niedere Schicht, Gastarbeiterstatus, geringes Bildungsniveau und berufliche Qualifikation, sehr häufig aber auch im persönlichen Verhaltensmuster mit passiv-resignativer Einstellung und Kompensationswünschen, was in mehreren der oben erwähnten Studien bestätigt werden konnte.³⁰

Andere Faktoren wie überdurchschnittliche Körpergröße und Rauchen, deren ungünstiger Einfluss mehrfach nachgewiesen werden konnte, korrelieren ebenfalls mit Kreuzschmerzen.³¹

4.2.4.3 Stellenwert der Prävention

Zusammenfassend ist die volksgesundheitliche Bedeutung der Erkrankungen des Bewegungsapparates als enorm anzusehen. Auch in Wien gehört diese Gruppe zu den häufigsten Erkrankungen und Beschwerden. Sie sind mitverantwortlich für die große Zahl von Krankenständen und Frühberentungen, auch gehören die Therapien zu den kostenintensivsten.

Die steigende Prävalenz der Erkrankung mit zunehmendem Alter und der chronische Charakter der meisten dieser Krankheiten ergibt auch einen entsprechenden gesundheitspolitischen Stellenwert. Die Folge dieser Erkrankungen ist die dauernde Behinderung und letztendlich Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung mit einem steigenden Prozentsatz älterer Menschen

²⁹ KEEL, P. et al.: Multizenterstudie. Rückenrehabilitation im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26b (Chronifizierung von Rückenschmerzen). In: KEEL, P. et al., eds.: Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege (Schlußbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26b). Basel, 1996.

³⁰ KEEL, P. et al., 1996; THALI et al., 1996.

KOPP, H.G. et al.: Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten. In: KEEL, P. et al., eds.: Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege (Schlußbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26b). Basel, 1996.

³¹ BATTIE, M.C.; BIGOS, S.J.; FISHER, L.D.: A prospective study of the role of cardiovascular risk factors and fitness in industrial back pain complaints. *Spine* 1989; 14: 141-147.

DEYO, R.A.; TSUI WU, Y.J.: Functional disability due to back pain. A population-based study indicating the importance of socioeconomic factors. *Arthritis rheum* 1987; 30: 1247-1253.

LANIER, D.C.; STOCKTON, P.: Clinical predictors of outcome of acute episodes of low back pain, *J Fam Pract* 1988; 27: 483-489.

SVENSSON, H.O. et al.: Low back pain in relation to other diseases and cardiovascular risk factors. *Spine* 1983; 8: 277-285.

weist auf die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen hin. Allgemein ist die Bevölkerung zu vermehrter Bewegung zu motivieren. Auch sollten die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Prävention Berücksichtigung finden.

4.2.5 Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Barbara LEITNER, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Zusammenfassung

1999 starben in Wien 10.092 Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, davon waren 37,5 Prozent Männer und 62,5 Prozent Frauen. Nach wie vor sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die – mit Abstand – häufigste Todesursache (durch sie sind 56 Prozent aller Todesfälle bedingt).

Insgesamt waren Frauen von Herz- und Hirngefäßkrankheiten häufiger betroffen, von akutem Myokardinfarkt Männer und Frauen in etwa gleich oft.

Bei Männern tritt die Todesursache Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems schon in mittleren Jahren oft auf, bei Frauen jedoch erst im Rentenalter.

Seit 1980 zeigt sich ein abfallender Trend dieser Todesursache, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Auch ist das Alter, in dem der Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen eintritt, in diesem Zeitraum gestiegen.

Summary: Epidemiology of cardiovascular diseases

In 1999, 10,092 people in Vienna died of cardiovascular diseases, 37.5 percent of whom were men and 62.5 percent were women. Cardiovascular diseases continue to be by far the most frequent cause of death. 56 percent of all deaths are due to cardiovascular diseases.

Overall, women were more frequently afflicted with cardiac or brain diseases than men, while women and men are equally afflicted with acute myocardial infarcts.

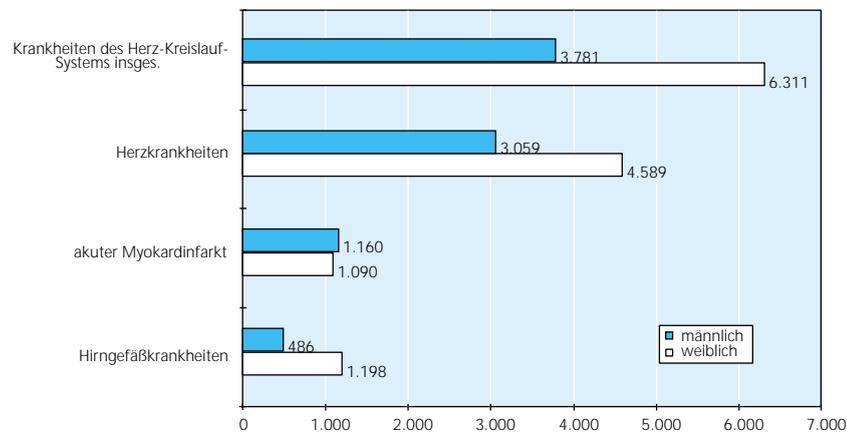
Cardiovascular diseases are frequently detected as a cause of death for middle-aged men, while women are generally affected later on in life, i.e. as pensioners.

Since 1980, the occurrence of cardiovascular diseases as a cause of death has dropped. By the same token, the average age of people who died from any of these diseases has risen.

1999 starben in Wien 10.092 Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, davon waren 37,5 Prozent Männer und 62,5 Prozent Frauen. Mengenmäßig waren von Herzkrankheiten und Hirngefäßkrankheiten Frauen häufiger betroffen, von akutem Myokardinfarkt Männer und Frauen etwa gleich viele (Grafik 11; ÖSTAT, 1999).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern die – mit Abstand – häufigste Todesursache: 56 Prozent der 1999 verstorbenen WienerInnen starben daran.

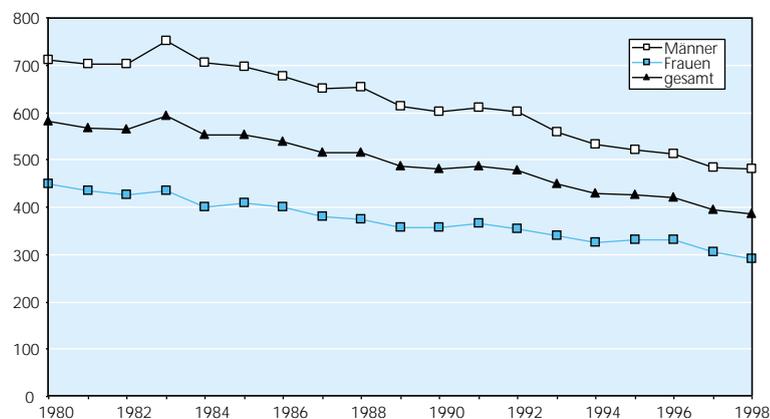
Grafik 11: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen Gestorbene nach Todesursache und Geschlecht, Wien 1999 (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

Bei Betrachtung der altersstandardisierten Sterbeziffern für die Wiener Bevölkerung zeigt sich seit 1980 ein abfallender Trend der Sterblichkeit auf Grund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies gilt für Männer gleichermaßen wie für Frauen (Grafik 12).

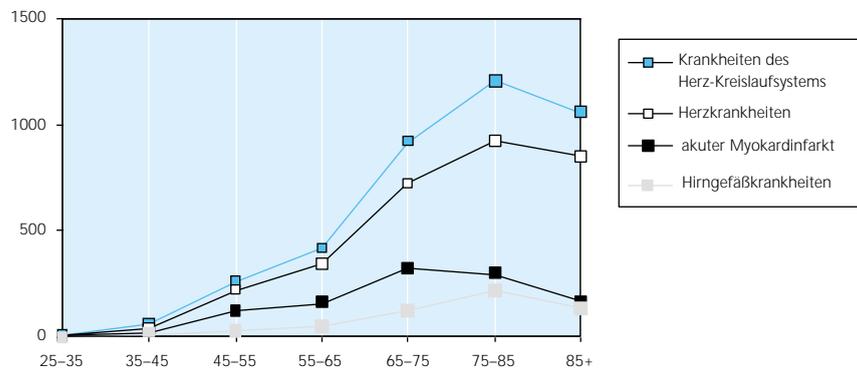
Grafik 12: Alterstandardisierte Sterbeziffern von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien (auf 100.000 EinwohnerInnen) 1980–1998



Quelle: MA 66, 2000

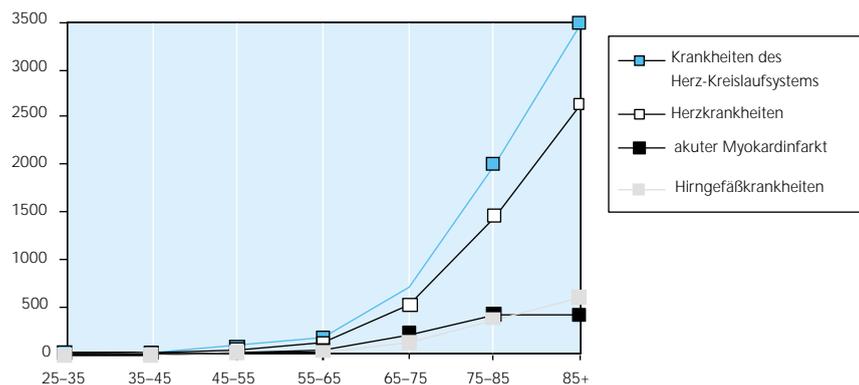
Vergleicht man Wiener Männer und Frauen nach dem Alter, in welchem der Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen eintritt, so zeigt sich erwartungsgemäß, dass diese Todesursache bei Männern schon im mittleren Alter häufig auftritt, bei Frauen jedoch erst im Rentenalter. Dies trifft auch für Herzkrankheiten, akutem Myokardinfarkt und Hirngefäßkrankheiten zu (Grafik 13 und 14).

Grafik 13: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Männer nach Todesursache und Alter, 1997 (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

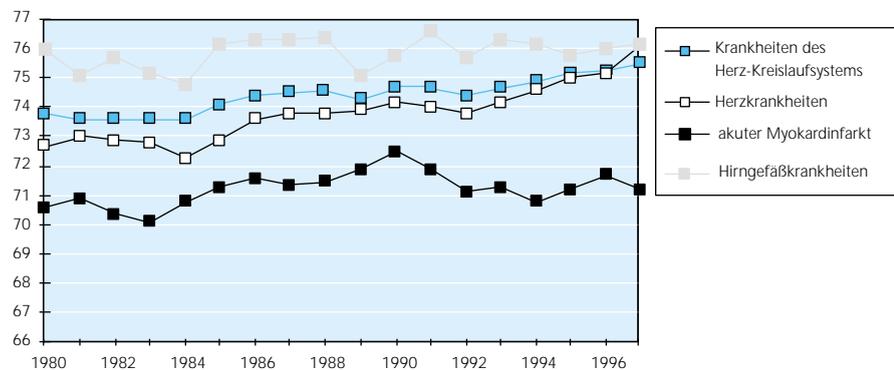
Grafik 14: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Frauen nach Todesursache und Alter, 1997 (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

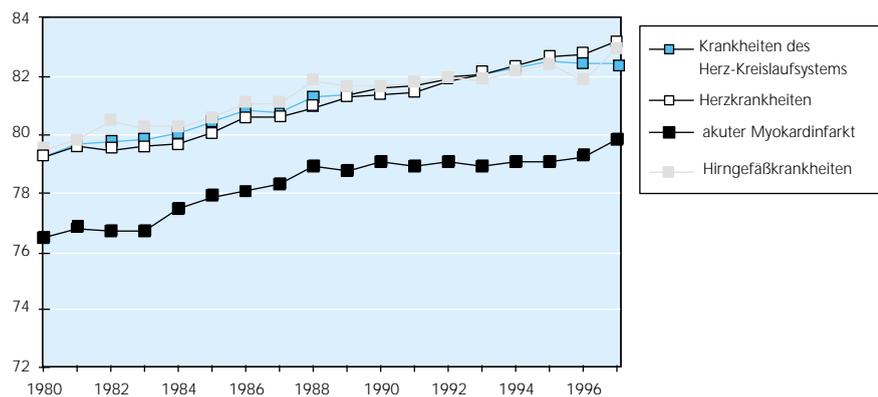
Das mittlere Sterbealter an Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt ist für Wiener Männer und Frauen seit 1980 kontinuierlich angestiegen. Allerdings hat es für Frauen bei den Herzkrankheiten um 3,9 Jahre (Männer: 3,5 Jahre), bei akutem Myokardinfarkt um 3,4 Jahre (Männer: 0,4 Jahre) und bei Hirngefäßkrankheiten um 3,5 Jahre (Männer: 0,3 Jahre) zugenommen. So lag 1997 für Frauen das mittlere Sterbealter bei Herzkrankheiten bei 83,2 Jahren (Männer: 76,2 Jahren), bei akutem Myokardinfarkt bei 79,9 Jahren (Männer: 71,2 Jahren) und bei Hirngefäßkrankheiten bei 83 Jahren (Männer: 76,2 Jahren; Grafik 15 und 16).

Grafik 15: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Männern in Wien nach Todesursache und Jahr



Quelle: ÖSTAT, 1981 bis 1999; eigene Berechnungen

Grafik 16: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Frauen in Wien nach Todesursache und Jahr



Quelle: ÖSTAT, 1981 bis 1999; eigene Berechnungen

4.3 Infektionskrankheiten

4.3.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

1999 konnte ein leichter Rückgang um fünf Prozent der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festgestellt werden. Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden in Wien 2.839 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (das sind 177 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen).

Den weitaus größten Teil (76 Prozent) nahmen wie immer die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ein, allerdings wurden erstmals die Salmonellen-Infektionen durch die Campylobacter-Infektionen vom ersten Platz verdrängt.

Die Zahl der Scharlach-Erkrankungen lag 1999 mit 361 Fällen wieder auf deutlich niedrigerem Niveau als in den beiden Jahren davor.

Bei den Hepatitis-Infektionen gab es gegenüber dem Vorjahr keine relevanten Veränderungen.

Summary: Notifiable infectious diseases, not including tuberculosis, venereal diseases or AIDS

In 1999, a slight decrease of 5 percent was noted in the number of reported notifiable infectious diseases. 2,839 cases of infectious diseases were registered in Vienna, not including tuberculosis, venereal diseases or AIDS. This corresponds to a ratio of 177 persons per 100,000 inhabitants.

Most of the above cases (76 percent) were caused by bacterial food poisoning, with campylobacter infections on top of the list, ahead of salmonella infections for the first time.

Scarlet fever cases were down to 361 in 1999, following two years of higher levels.

There were no relevant changes with hepatitis infections compared to the previous year.

Nachdem zu Beginn der 90er Jahre die Zahl der gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) kurzfristig angestiegen ist, wurde während einiger der darauf folgenden Jahre ein Abwärtstrend beobachtet. Ab 1996 war jedoch erneut eine Zunahme festzustellen, die 1999 durchbrochen wurde (1999; fünf Prozent weniger als 1998).

Im Berichtsjahr **1999** erkrankten in Wien auf 100.000 EinwohnerInnen 177 Personen (1998: 186 Personen; 1997: 179 Personen; 1996: 153 Personen) an einer der unten aufgelisteten meldepflichtigen Infektionskrankheiten.

Von den 2.839 im Jahr 1999 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** bei weitem den größten Teil ein (2.145 Fälle = 76 Prozent aller Infektionen). Von diesen stand in Wien im Berichtsjahr die **Campylobacteriose** erstmals an erster Stelle (1.030 Fälle = 48 Prozent aller Lebensmittelinfektionen), gefolgt von den **Salmonellosen** (949 Fälle = 44 Prozent). Ob dieses Ergebnis ein einmaliges Ereignis darstellt oder einen Trend einleitet, wird die Entwicklung der nächsten Jahre zeigen. Da die Campylobacteriose erst im Sommer 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz als meldepflichtige Erkrankung nach dem Epidemiegesetz³² definiert wurde, bestehen kaum Vergleichsmöglichkeiten zu den Jahren davor. Auch ist zu berücksichtigen, dass die

³² Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Offizielles Organ für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich, 101. Jahrgang/Heft 4, April 2000, S. 17–20.

Umsetzung der Meldepflicht auf Grund der Umstellungsphase in den mikrobiologischen Labors in den ersten Jahren langsamer angelaufen sein könnte. Innerhalb der letzten vier Jahre nehmen zwar Infektionskrankheiten generell zu, es lässt sich allerdings zurzeit schwer feststellen,³³ ob ein tatsächlicher Anstieg der Campylobacteriose oder eine Zunahme der Meldungen besteht.

Eine starke Steigerung gegenüber dem Vorjahr (um 75 Prozent) ist auch bei den Erkrankungen an bakterieller **Ruhr** zu verzeichnen (1999: 117 Fälle; 1998: 67 Fälle). Eine Fortsetzung des Rückwärtstrends konnte bei **Scharlach**, einer vor allem Kinder betreffenden bakteriellen Infektionskrankheit (Häufigkeitsmaximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr), beobachtet werden. 1999 wurden in Wien 361 Fälle von Scharlach registriert (29 Prozent weniger als im Vorjahr).

Bei den **viralen Infektionen** wurden mit 250 **Hepatitis**-Erkrankungen (davon endete eine tödlich) kaum Veränderungen gegenüber dem Vorjahr verzeichnet.

Bei der übertragbaren **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) ist seit 1962 keine einzige in Wien erworbene Erkrankung mehr aufgetreten, was wohl einen Erfolg der konsequent durchgeführten Impfkampagne darstellt. Im Berichtsjahr wurden drei Fälle von **Encephalitiden**, darunter eine Diagnose von **FSME**, gemeldet.

Weiters wurden 1999 26 Fälle von **Meningitis** (und damit um sechs Fälle weniger als 1998) gemeldet (davon drei mit tödlichem Ausgang). Gestiegen ist dagegen die Zahl der **Malaria**-Erkrankungen auf 37 Fälle (1998: 26 Fälle). **Amöbenruhr** wurde 1999 in keinem einzigen Fall nachgewiesen.

Infolge einer **Jakob-Creutzfeld-Erkrankung** verstarben im Berichtsjahr drei Personen. Todesfälle infolge dieser Prionen-Infektion sind seit 1. April 1996 meldepflichtig; bisher gibt es insgesamt acht nachgewiesene Todesfälle.

³³ Mündliche Mitteilung von Dr. Gebhard FEIERL, Nationale Referenzzentrale für Campylobacter, Institut für Hygiene der Karl-Franzens Universität Graz, Juni 2000.

Tabelle 15: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999

Infektionskrankheiten	Erkrankungen		Sterbefälle	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
bakterielle Infektionen				
Scharlach	433	361	0	0
Diphtherie	0	0	0	0
bakterielle Lebensmittelvergiftungen	1.958	2.145	1	1
davon: Salmonella-Infektionen	1.077	949	1	1
Campylobacter-Infektionen	770	1.030	0	0
Yersinia-Infektionen	41	42	0	0
Shigellen-Infektionen ¹⁾ (bakt. Ruhr)	68	117	0	0
andere Infektionen	2	7	0	0
Lepra	0	0	0	0
Typhus abdominalis	4	5	0	0
Paratyphus	3	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Tularaemie (Hasenpest)	2	0	0	0
Keuchhusten	14	9	0	0
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	1	0	0	0
Leptospiren-Erkrankungen	0	0	0	0
virale Infektionen				
Encephalitiden ²⁾	2	3	0	0
Poliomyelitis (übertragb. Kinderlähmung)	0	0	0	0
Hepatitis infectiosa ³⁾	304	250	4	1
übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁴⁾	29	26	4	3
Chlamydien				
Psittakose (Papageienkrankheit)	1	0	0	0
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	0	0	0	0
Protozoenerkrankungen				
Malaria	30	37	0	0
Amöbenruhr	2	0	0	0
Wurmerkrankungen				
Trichinose (importiert)	0	3	0	0
Prionen-Infektion				
Jakob-Creutzfeld-Erkrankung ⁵⁾	0	0	2 ⁶⁾	3
insgesamt	2.784	2.839	11	8

1) 34 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

2) Darunter: Ein Fall von FSME (CEE). Seit 1996 sind alle durch Viren hervorgerufenen Encephalitiden meldepflichtig.

3) Davon 146 Hepatitis A, 54 Hepatitis B, 49 Hepatitis C, eine Hepatitis D.

4) Seit 1996 sind alle durch Bakterien hervorgerufenen Meningitiden meldepflichtig. (Früher waren nur die durch Meningokokken hervorgerufenen Infektionen meldepflichtig.)

5) Seit 1. April 1996 meldepflichtig. Offizieller Überbegriff: subacute spongiforme Encephalopathien.

6) 1996: Zwei Sterbefälle infolge einer Jakob-Creutzfeld-Erkrankung; 1997: kein Sterbefall, 1998: drei Sterbefälle.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2

4.3.2 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von diesen litten 672 an aktiver Tuberkulose, knapp die Hälfte davon an offener Tuberkulose.

1999 wurden 403 Neuerkrankungen (25,1 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen) registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Rückgang bedeutet. Die größten Risikogruppen stellen sozial schwache Menschen wie AusländerInnen, AlkoholikerInnen und Obdachlose dar.

Bei den Todesfällen ist zwar seit Anfang der 80er Jahre ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, doch kann in den Jahren 1996 und 1997 ein leichter Anstieg, seither wieder ein leichter Rückgang beobachtet werden. 1999 starben 23 Personen infolge einer Tuberkulose-Erkrankung.

Summary: Tuberculosis

Approximately 1,500 persons are currently suffering from tuberculosis in Vienna, the majority being men. Of these, 672 are afflicted with active tuberculosis, roughly half of these are cases of open tuberculosis.

In 1999, 403 new cases were registered, 25.1 cases per 100,000 inhabitants, decidedly fewer than in the years before. Major risk groups are socially weak persons such as foreigners, alcoholics or homeless people.

The number of deaths caused by tuberculosis has been on the decrease since the early 1980s, with the exception of 1996 and 1997, where a slight increase was noted. In 1999, 23 persons died of tuberculosis.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung (1,7 Mrd.) den Tuberkulose-Erreger in sich trägt, dass pro Jahr weltweit acht Millionen Menschen an Tuberkulose erkranken und mehr als zwei Millionen Menschen daran sterben. Zwar hat die Tuberkulose in Mitteleuropa durch potente Mehrfachtherapien ihren ursprünglich lebensbedrohlichen Charakter verloren, doch kommt es nun erneut – durch verstärkte Migrationsbewegungen auf Grund von Kriegen und wirtschaftlichen Zusammenbrüchen, vor allem aus Ost- und Südeuropa – zu einer vermehrten Ausbreitung der Tuberkulose in den Ländern der EU.

Vor allem für die weibliche Bevölkerung der ärmeren Länder stellt die Tuberkulose die höchste Infektionsgefahr dar: Über 900 Millionen Frauen und Mädchen sind derzeit weltweit mit Tuberkulose infiziert, eine Million wird voraussichtlich daran sterben und 2,5 Millionen werden in diesem Jahr an dieser Infektion erkranken. Neun Prozent aller Todesfälle von Frauen zwischen 15 und 44 Jahren sind auf diese ansteckende Infektionskrankheit zurückzuführen (zum Vergleich: Todesfälle auf Grund von Kriegen betragen rund vier Prozent, auf Grund von HIV-Infektionen rund drei Prozent und auf Grund von Herzkrankheiten ebenfalls drei Prozent). Vor allem Frauen im Reproduktionsalter sind besonders infektionsgefährdet – und zwar sowohl hinsichtlich Tuberkulose als auch hinsichtlich der HIV-Infektion.

Die HIV-Tuberkulose-Doppelinfectionen tragen vor allem in städtischen Ballungsräumen zu einer vermehrten Ausbreitung der Infektion bei. Nachlässigkeiten sowohl auf Seiten der ÄrztInnen hinsichtlich Einhaltung der Therapieempfehlungen und Überwachungsmaßnahmen als auch auf Seiten der PatientInnen hinsichtlich korrekter Medikamenteneinnahme führen vermehrt zu Resistenzentwicklungen, Rezidiven und chronischem Ausscheiden von resistenten Mykobakterien.

In Anbetracht der dramatischen Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in den Entwicklungsländern und den ärmeren Ländern des Ostens sowie der Resistenzentwicklung des *Mycobacterium tuberculosis* gegen Standardtherapeutika spricht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits von einer „globalen Notfallsituation.“

In den westlichen Industrieländern ist hingegen die Tuberkulose in den letzten Jahrzehnten zu einer selten auftretenden Infektionskrankheit geworden. Weiters sind in den wohlhabenden Ländern – zum Unterschied von der Situation in ärmeren Ländern – überwiegend ältere Männer (über 65 Jahre) von dieser Krankheit betroffen. Die ausgezeichneten Behandlungsmöglichkeiten führten schließlich auch zu einer kontinuierlichen Verringerung der Todesfälle auf Grund einer Tuberkuloseerkrankung.

Derzeit leben in **Wien** rund **1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen** (davon 672 Personen mit aktiver Tuberkulose), die einer besonderen Betreuung sowie der Behandlung und Überwachung bei LungenspezialistInnen und der Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen noch immer die an Tuberkulose erkrankten AlkoholikerInnen, die InsassInnen von Obdachlosenheimen, Obdachlose im Allgemeinen und Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, sowie die GastarbeiterInnen und ZuwanderInnen dar.

In Zukunft sollen jedoch weiterhin statt ungezielter, großflächiger – und ineffizienter – Reihenuntersuchungen vermehrt Erkrankungsfälle in Hochrisikogruppen identifiziert und rechtzeitig behandelt werden (Zielgruppenbetreuung).

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte mit Ausnahme der Jahre 1981 und 1990 (38,3 bzw. 38,5 Fälle auf 100.000 EW) relativ konstant. Die hohe Inzidenzrate im Jahr 1990 wird auf HIV-assoziierte TBC-Fälle sowie Migrations-TBC zurückgeführt. **1999** betrug die rohe, nicht altersstandardisierte, jährliche Neuerkrankungsrate in Wien 25,1 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen, was einen deutlichen Rückgang gegenüber dem Vorjahr bzw. sogar den bisherigen Tiefststand bedeutet (Tabelle 16).

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia + Ib), der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 1999 gegenüber 1998 um 5,1 Prozent gesunken. Ebenso sank der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) um 15,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Der Anteil der AusländerInnen ist seit 1987 bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen sehr wechselnd: 1987 betrug der AusländerInnenanteil an allen Tuberkuloseerkrankungen rund 18 Prozent, schwankte in den darauf folgenden Jahren bis 1993 zwischen 15 und 35 Prozent und erreichte 1994 mit fast 39 Prozent den absoluten Höhepunkt. 1999 betrug der AusländerInnenanteil 33,5 Prozent bei allen Tuberkuloseformen, wobei die Erkrankungen an extrapulmonalen Formen mit 36,4 Prozent (Lymphknoten-TBC mit 50 Prozent) auffallend hoch waren.

Diese Zahlen weisen auf die **sozialen Ursachen** der Tuberkulose-Erkrankung hin: AusländerInnen befinden sich im Vergleich zu ÖsterreicherInnen öfters in sozial schwachen Milieus und sind dadurch einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Weiter verstärkt wird dieses Risiko noch, wenn sie aus Gebieten mit höherer TBC-Prävalenz einwandern (z. B. Osttürkei oder Kosovo). Der entscheidende Faktor ist jedoch nicht eine bestimmte geografische Region, sondern der zumeist sehr niedrige Lebensstandard im Herkunftsland.

Der erfreuliche Wandel in der Auftretenshäufigkeit der **Kindertuberkulose**, die bis 1988 stark rückläufig war, änderte sich 1989 und wies bis 1995 wieder steigende Tendenzen auf. Danach folgte erneut eine Periode des Rückgangs. **1999** ist jedoch wieder ein Anstieg der Kindertuberkulose zu verzeichnen: Es erkrankten 20 Kinder (davon neun österreichische) an Tuberkulose (1998: zwölf Kinder).

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr **Männer** als Frauen betroffen (derzeit leiden mehr als doppelt so viele Männer als Frauen an dieser Krankheit). Trotz einer in etwa gleich bleibenden Inzidenzrate kam es im Verlauf der letzten Jahre insbesondere bei Männern zur Stabilisierung der Zahl von Erkrankungen an aktiver Tuberkulose, bei den Frauen von 1998 auf 1999 zu einem gravierenden Rückgang. Eine Erklärung dafür sind die immer effektiveren Behandlungsmethoden, die zur Verkürzung der Krankheitsdauer führen und so die Prävalenz (den Bestand) verkleinern. Am Ende des Jahres 1999 litten in Wien 672 Personen an aktiver Tuberkulose (d. s. 41,8 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen), zwei Drittel davon waren Männer (Grafik 18).

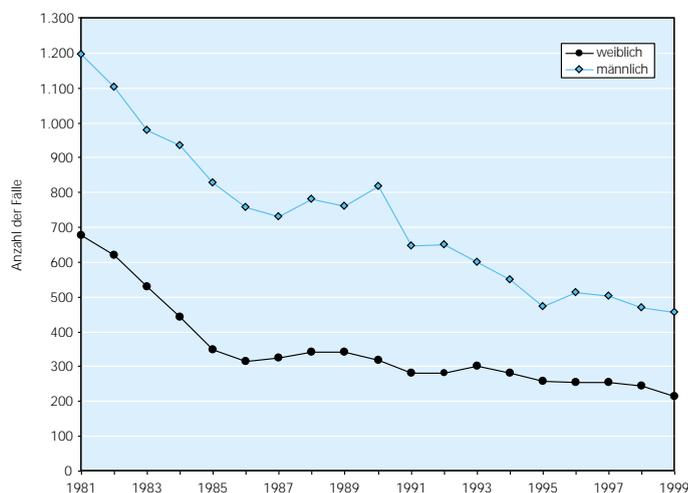
Von den 672 an aktiver Tuberkulose Erkrankten litten Ende 1999 (wie in den Jahren zuvor) knapp die Hälfte (330 Personen bzw. 49,1 Prozent) an offener Tuberkulose (davon wiederum mehr als zwei Drittel Männer).

Tabelle 16: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–1999

Jahr	Kategorie ¹⁾			insgesamt	
	la + lb	lc	ld	absolut	auf 100.000 EW
1981	278	232	90	600	38,3
1982	280	216	67	563	36,8
1983	246	186	79	511	33,5
1984	250	166	37	453	29,9
1985	233	167	52	452	29,8
1986	216	165	53	434	28,9
1987	254	156	40	450	29,9
1988	288	169	58	515	33,6
1989	282	197	49	528	34,5
1990	313	238	51	602	38,5
1991	283	186	67	536	33,7
1992	300	223	60	583	36,2
1993	293	204	62	559	34,1
1994	299	209	79	587	35,8
1995	239	186	79	504	31,8
1996	308	160	58	526	32,3
1997	266	124	63	453	28,1
1998	275	81	78	434	27,0
1999	261	76	66	403	25,1

- 1) la: ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit Bazillennachweis.
 lb: ansteckungsfähige Lungentuberkulose ohne Bazillennachweis.
 lc: aktive geschlossene Lungentuberkulose.
 ld: aktive extrapulmonale Tuberkulose.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

Grafik 18: Prävalenz der aktiven Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

Die Anzahl der an Tuberkulose **verstorbenen Personen** in Wien ist zwar seit Anfang der 80er Jahre deutlich rückläufig, doch musste in den Jahren 1996 und 1997 wieder ein leichter Anstieg der Todesfälle infolge dieser Infektionskrankheit verzeichnet werden. Verstarben Anfang der 80er Jahre pro 100.000 EinwohnerInnen noch 5–6 Personen an Tuberkulose, war es 1995 erstmals nur eine Person pro 100.000 EinwohnerInnen (insgesamt 17 Personen). In den Jahren 1996 und 1997 war jedoch mit 24 bzw. 27 Todesfällen ein leichter Anstieg zu verzeichnen. 1998 setzte erneut ein dezenter Rückwärtstrend ein. Es starben 25 Personen an den Folgen der Tuberkulose, wobei im Gegensatz zu den Frauen beim männlichen Geschlecht die Todesrate etwas höher lag als im Durchschnitt der Jahre 1993–1997.

Tabelle 17: Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–1999

Jahr	aktive Tuberkulose			davon: offene Tuberkulose ¹⁾		
	Geschlecht		insgesamt	Geschlecht		insgesamt
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	
1981	678	1.196	1.874	149	420	569
1982	621	1.102	1.723	149	399	548
1983	531	979	1.510	133	354	487
1984	443	935	1.378	122	377	499
1985	350	828	1.178	98	343	441
1986	316	757	1.073	85	309	394
1987	324	732	1.056	97	312	409
1988	341	781	1.122	109	310	419
1989	342	759	1.101	106	315	421
1990	318	816	1.134	103	332	435
1991	280	647	927	114	300	414
1992	281	651	932	103	311	414
1993	300	600	900	112	273	385
1994	281	549	830	111	250	361
1995	258	471	729	98	210	308
1996	254	512	766	113	248	361
1997	255	501	756	109	249	358
1998	245	469	714	112	213	325
1999	215	457	672	96	234	330

1) Ia- und Ib-PatientInnen (ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit und ohne Bazillennachweis).

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

1999 konnte der Rückgang der Todesursache Tuberkulose in Wien mit 23 Todesfällen fortgesetzt werden (vgl. Tabelle 18). Für Wien bedeutet dies, dass derzeit etwa 1,4 Personen je 100.000 EinwohnerInnen an dieser Krankheit sterben. Als Gefahr für einen Anstieg der Mortalität wird die Zunahme antibiotikaresistenter Bakterienstämme gesehen.

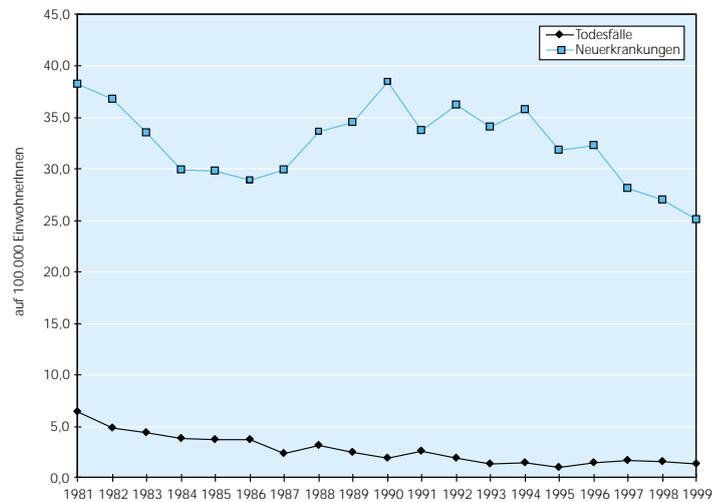
Auf Grund der zurückgegangenen Obduktionen in Wien können jedoch unbekannte Tuberkulosefälle post mortem nur begrenzt diagnostiziert werden. Von den 1989 an Tuberkulose verstorbenen Personen waren mehr als die Hälfte (57 Prozent) der Gesundheitsfürsorge nicht bekannt; 1990 betrug dieser Anteil bereits 80 Prozent. Bemerkenswert ist hier, dass sich ein Viertel der unbekannteren Todesfälle in der Altersgruppe der über 75-Jährigen befand.

Im Jahre 1900 starben 1.399 Kinder an Tuberkulose, 1930 waren es immerhin noch 168 Kinder. Zwischen 1970 und 1998 starb in Wien kein einziges Kind an Tuberkulose. 1999 war mit einem 13 Monate alten Kind, das an Miliartuberkulose verstarb, ein Todesfall zu verzeichnen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tuberkulose in Wien im Jahr 1999 statistisch zurückgegangen ist. Die Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten dürfte aber weiterhin verhältnismäßig hoch liegen. Diese Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten ist ein Umstand, der auch in Zukunft verstärkt beachtet werden muss.

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien erfassen die Tuberkulosekranken in medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung. Die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach Tuberkuloseerkrankungen in den Gesundheitsfürsorgestellen bzw. bei den niedergelassenen FachärztInnen für Lungenerkrankungen zeigen eine steigende Anzahl von Rezidiverkrankungen an Lungentuberkulose. Diese Zahlen werden aber in den Statistiken im Allgemeinen nicht erwähnt.

AlkoholikerInnen und obdachlose Personen – im Jahr 1999 wurden 5.354 Obdachlose von den Stellen des Tuberkulosereferates untersucht – sowie MigrantInnen und die in Österreich lebenden Flüchtlinge aus dem Südosten (ehemalige UdSSR, Osttürkei, ehemaliges Jugoslawien, v. a. Kosovo) stellen nach wie vor die größte Risikogruppe für eine Tuberkulose-Erkrankung dar.

Grafik 19: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3; eigene Berechnungen

Tabelle 18: Todesfälle an Tuberkulose¹⁾ 1981–1999

Jahr	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	auf 100.000 weibl. EW	absolut	auf 100.000 männl. EW	absolut	auf 100.000 EW
1981	46	5,1	58	8,1	104	6,4
1982	28	3,1	50	7,0	78	4,8
1983	22	2,6	46	6,7	68	4,4
1984	24	2,8	35	5,1	59	3,8
1985	16	1,9	40	5,9	56	3,7
1986	28	1,9	28	4,1	56	3,7
1987	11	1,3	25	3,7	36	2,4
1988	19	2,3	28	4,0	47	3,1
1989	18	2,1	20	2,9	38	2,5
1990	11	1,3	19	2,6	30	1,9
1991	9	1,1	32	4,5	41	2,6
1992	7	0,8	23	3,0	30	1,9
1993	9	1,0	15	1,9	24	1,4
1994	13	1,5	11	1,4	24	1,5
1995	3	0,4	14	1,8	17	1,0
1996	11	1,3	13	1,7	24	1,5
1997	13	1,5	14	1,8	27	1,7
1998	7	0,8	18	2,4	25	1,6
1999	7	0,8	16	2,1	23	1,4

1) Ia- und Ib-PatientInnen (ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit und ohne Bazillennachweis).

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3; eigene Berechnungen

4.3.3 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

In Österreich beläuft sich die Anzahl der HIV-Infizierten auf ca. 12.000–15.000, etwa die Hälfte davon (ca. 7.000 Personen) lebt in Wien. Bei den HIV-Neuinfektionen ist ein – durch die Zunahme der Neuinfektionen bei Heterosexuellen (v. a. bei Frauen) bedingter – leichter Anstieg zu verzeichnen.

Bei den AIDS-Neuerkrankungen (1999: 87 Fälle), ebenso bei den Todesfällen, ist in **Österreich** ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Dieser ist durch Abnahmen der AIDS-Neuerkrankungen bei Männern bedingt. Bei Frauen kam es zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Hauptinfektionsursache: heterosexuelle Kontakte). Dennoch entfallen mehr als zwei Drittel der AIDS-(Neu-)Erkrankungen auf Männer. Mittlerweile wird ein Drittel aller AIDS-Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen (bei Frauen: fast zwei Drittel), rund ein Viertel durch homo- oder bisexuelle Kontakte und rund ein Fünftel durch intravenösen Drogengebrauch.

In **Wien** wurden bis Ende 1999 insgesamt 978 AIDS-Erkrankte registriert (seit 1983), von diesen sind 615 verstorben (63 Prozent). Im Jahr 1999 erkrankten 38 Personen an AIDS, elf Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung kam es – gegenüber 1997 und 1998 – erstmals wieder zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Zunahme gegenüber 1998: + 36 Prozent). Dieser Anstieg zeigt sich bei beiden Geschlechtern, ist aber bei Männern stärker ausgeprägt.

Wien wurde 1999 bei der Neuerkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen erstmals von Tirol (geringfügig) überholt, die Werte der übrigen Bundesländer liegen aber weit darunter. Im Vergleich zu deutschen Großstädten (München, Hamburg, Berlin, etc.) ist die Inzidenzrate in Wien als günstig zu beurteilen.

Summary: AIDS and HIV infections

Between 12,000 and 15,000 persons in Austria are HIV infected, approximately half of them (7,000) are living in Vienna. A slight increase has been noted with the number of new infections, caused primarily by an increase in new infections with heterosexuals, women in particular.

*The number of new AIDS cases (1999: 87 cases) and deaths caused by AIDS in **Austria** has decreased compared to previous years. This is due to a decrease in the number of new AIDS cases with men. At the same time, an increase has been noted in the number of women infected, most of them through heterosexual contact. Still, two thirds of all new AIDS cases are registered amongst men. One third of all new AIDS cases are contracted through heterosexual contacts, two thirds of the women with AIDS have contracted the disease through heterosexual contacts. One quarter is caused by homosexual or bisexual contacts, one fifth is due to intravenous drug use.*

*By the end of 1999, a total of 978 AIDS cases was registered in **Vienna** (registration began in 1983), 615 of them have died. In 1999, 38 persons contracted AIDS, 11 persons died of the disease. Contrary to developments for all of Austria, Vienna has seen an increase in the number of new cases with both genders but men in particular since 1997 and 1998. Compared to 1998, a plus of 36 percent was registered.*

In 1999, for the first time ever, the rate of new cases per 100,000 inhabitants was marginally higher in the Tyrol than it was in Vienna. Other provinces are still well below comparable figures. Compared to major cities in Germany (Munich, Hamburg, Berlin, etc.) the incidence rate in Vienna is considered favourable.

AIDS ist eine der wenigen sich epidemisch ausbreitenden, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten, die zum heutigen Zeitpunkt – trotz guter Erfolge der Kombinationstherapie – noch unheilbar ist. Jedoch besteht bei dieser Krankheit – im Unterschied zu anderen schweren Erkrankungen – die Gefahr der sozialen Isolation (Verlust des Arbeitsplatzes, des Freundeskreises, eventuell sogar des Partners/der Partnerin oder der Familie) sowie die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ächtung des/der Betroffenen als homosexuell, drogensüchtig, aber auch als Träger einer ansteckenden Krankheit.

Die Verbreitung des Wissens um die tatsächlichen Gefahren oder Nicht-Gefahren einer Ansteckung in der Bevölkerung zählt daher ebenso zu den Aufgaben einer (sozialen) Prävention wie das Wissen um besonders gefährdete Risikogruppen, um gezielte Präventionsmaßnahmen setzen zu können.

Nach Angaben der WHO waren Ende 1999 **weltweit** bereits nahezu 34 Millionen Menschen HIV-infiziert oder bereits an AIDS erkrankt. Gegenüber 1998 nahmen die HIV-Infektionen bzw. AIDS-Erkrankungen zwar um 200.000 Fälle zu, jedoch ist dieser Anstieg bedeutend geringer als jener zwischen 1997 und 1998: In diesem Zeitraum betrug die Zunahme noch zehn Prozent. Ob damit der Trend der extrem raschen Ausbreitung gestoppt wurde, kann erst die Entwicklung in den folgenden Jahren weisen.

Tabelle 19: HIV/AIDS-Epidemie, weltweite Verbreitung 1999

1999 neu mit HIV Infizierte davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	5,6 Mio. 5 Mio. 2,3 Mio. 570.000
Anzahl der Menschen, die mit HIV/AIDS lebt davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	33,6 Mio. 32,4 Mio. 14,8 Mio. 1,2 Mio.
AIDS-Todesfälle 1999 davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	2,6 Mio. 2,1 Mio. 1,1 Mio. 470.000
AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	16,3 Mio. 12,7 Mio. 6,2 Mio. 3,6 Mio.

Quelle: UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, AIDS epidemic update: December 1999

Der Großteil der HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten (69 Prozent) lebt in Afrika südlich der Sahara (Prävalenz bei 15- bis 49-Jährigen: acht Prozent; weltweit: 1,1 Prozent), weitere 18 Prozent in Süd- oder Südostasien, großteils Länder mit äußerst geringen sozialen Standards. Zum größten Teil handelt es sich um junge Erwachsene, mitten in ihrer produktiven und reproduktiven Phase. Neben dem großen persönlichen Leid für die Betroffenen und deren Angehörige hat dies auch zahlreiche soziale und ökonomische Folgen (z. B. Anstieg der Waisen, überlastete Gesundheitssysteme, höhere Sterblichkeitsraten, niedrigere Lebenserwartung, etc.).

Laut Schätzungen von UNAIDS/WHO wurden im Jahre 1999 fast sechs Millionen Menschen auf der ganzen Welt mit HIV infiziert, ein Zehntel davon betraf **Kinder** unter 15 Jahren. Die Infektion erfolgte bei den meisten Kindern über die Mutter vor oder während der Geburt bzw. durch Stillen. Insgesamt leben 1,2 Millionen HIV-infizierte Kinder weltweit. Der Anteil der an HIV-infizierten oder bereits an AIDS erkrankten **Frauen** ist im Steigen und betrug 1999 bereits 46 Prozent (1998: 43 Prozent).

Seit dem Beginn der Epidemie in den späten 70er Jahren hat das HI-Virus nahezu 50 Millionen Menschen infiziert. Wenngleich dieses Virus erst nach langer Zeit zu einer schweren Erkrankung bzw. zum Tod führen kann (rund zehn Jahre oder mehr), hat HIV bisher mehr als 16 Millionen Erwachsenen und Kindern das Leben gekostet. Schätzungsweise 2,6 Millionen dieser Todesfälle erfolgten 1999, mehr als jemals zuvor in einem einzigen Jahr.

In **Westeuropa** zeigt die Ausbreitungsgeschwindigkeit dieser Krankheit – auf Grund einer anderen Problemlage in Südeuropa – ein deutliches Süd-Nord-Gefälle. In Italien und Spanien etwa setzte der Beginn der HIV-Infektionen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten zwar erst viel später und langsamer ein, zurzeit ist aber gerade in diesen Ländern die höchste Zuwachsrate an HIV-Infektionen zu beobachten. Als Grund wird die hohe Drogenrate unter den AIDS-Fällen angeführt (angeblich sind 50 Prozent der AIDS-PatientInnen süchtig).

In **Österreich** beläuft sich die Anzahl der **HIV-infizierten** Personen derzeit auf ca. 12.000–15.000, etwa die Hälfte davon (ca. 7.000 Personen) lebt in Wien. Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen in Österreich dazu.

Trotz verstärkter Anstrengungen durch aktive Präventionstätigkeit, Ersatzdrogenprogramme, Spritzen-tausch und dem Einsatz der Kombinationstherapie ist in Österreich bei der Zahl der HIV-Neuinfektionen ein – wenn auch nicht signifikanter – Anstieg zu verzeichnen. Der Trend weist in die Richtung, dass die Neuinfektionen bei Heterosexuellen zunehmen, Frauen aber von dieser Tendenz stärker betroffen sind als Männer (vgl. www.aids.at/daten_fakten).

Bis Ende 1999 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 1.979 Erkrankungen an **AIDS** gemeldet, davon sind bereits 1.216 Personen verstorben (60 Prozent).

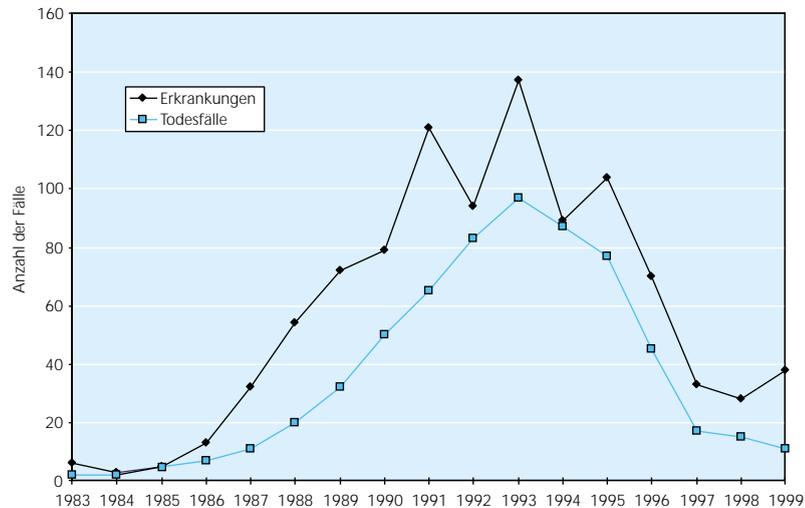
Durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist 1999 – wie in den Jahren davor – bei den **AIDS-Neuerkrankungen**, aber auch bei den Todesfällen ein Rückgang feststellbar. Die Gesamtabnahme der Neuerkrankungen wird v. a. durch Rückgänge bei Homosexuellen und i. v.-Drogenkonsumenten bedingt. Bei Heterosexuellen – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – lässt sich in den letzten Jahren der Trend einer Zunahme erkennen. Mittlerweile wird ein Drittel der Neuerkrankungen in Österreich durch heterosexuelle Kontakte verursacht (mehr als die Hälfte davon sind Frauen), rund ein Viertel durch homosexuelle Kontakte und rund ein Fünftel durch i. v.-Drogengebrauch. Bei Frauen wurden 1999 schon 60 Prozent der Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Im Gegensatz zu Männern zeigt sich bei Frauen gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme der Neuerkrankungen.

Im Jahr 1999 sind in Österreich 87 Personen an AIDS erkrankt, 32 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Im Vergleich zum Jahre 1995 bedeutet dies eine Abnahme der Sterberate um 79 Prozent und eine Senkung der Neuerkrankungsrate um mehr als die Hälfte.

Insgesamt ist in der AIDS-Entwicklung eine rückläufige Tendenz zu konstatieren: 1999 wurde in etwa wieder der Stand von 1987 erreicht. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern können.

In **Wien** wurden bis Ende 1999 insgesamt 978 AIDS-Erkrankte registriert (seit 1983), von diesen sind 615 verstorben (63 Prozent).

Im Jahr 1999 erkrankten in Wien 38 Personen an AIDS, elf Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung kam es – gegenüber 1997 und 1998 – erstmals wieder zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Zunahme gegenüber 1998: + 36 Prozent). Allerdings setzte sich bei den Todesfällen der Rückgang der letzten Jahre fort und dies trotz einer kontinuierlichen Zunahme der Gesamtanzahl der AIDS-Kranken. Als Ursache für die Abnahme der Todesfälle kann der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden.

Grafik 20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–1999

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2

Tabelle 20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–1999

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	2	10	4
1984	3	2	9	4
1985	5	5	28	11
1986	13	7	25	17
1987	32	11	89	46
1988	54	20	107	43
1989	72	32	144	71
1990	79	50	164	81
1991	121	65	199	118
1992	94	83	191	159
1993	137	97	233	155
1994	89	87	165	161
1995	104	77	204	152
1996	70	45	137	81
1997	33	17	93	36
1998	28	15	94	45
1999	38	11	87	32
insgesamt	978	615	1.979	1.216

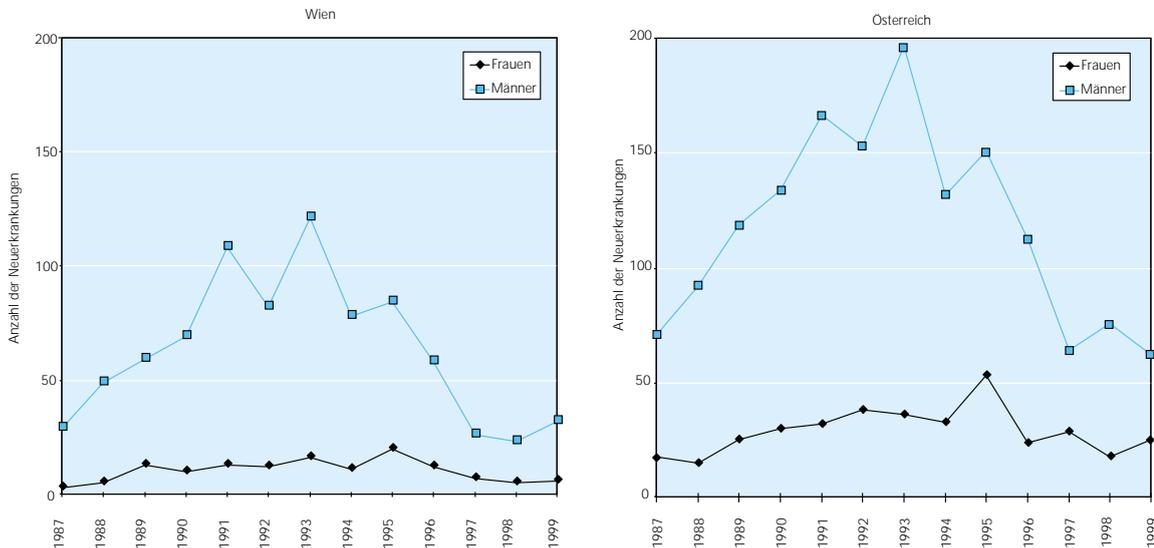
Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2. (Stand: 31.12.1999)

4.3.3.1 Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen

Für **Österreich** zeigt sich 1999 bei den Männern (nach den vorangegangenen Spitzenwerten zwischen 1991 und 1993) – wie in den Jahren davor – eine Abnahme der AIDS-Erkrankungsrate. Hingegen nahmen die Neuerkrankungen bei den Frauen zu. Nach wie vor liegen aber die Werte der Frauen deutlich unter jenen der Männer (Frauen: 25 Fälle, Männer: 62 Fälle). Der Anstieg bei den Frauen liegt – wie schon angesprochen – in der vermehrten Infektion durch heterosexuelle Kontakte begründet.

In **Wien** nahmen die Neuerkrankungen an AIDS bei beiden Geschlechtern zu, jedoch ist dieser Anstieg bei Männern bedeutend stärker ausgeprägt als bei Frauen. Wie im gesamten Bundesgebiet ist auch in Wien die Neuerkrankungsrate bei Männern viel höher als bei Frauen (Frauen: sechs Fälle; Männer: 32 Fälle).

Grafik 21: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–1999 (Österreich und Wien)



Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2

Tabelle 21: Neuerkrankungen an AIDS in Wien nach Geschlecht, 1987–1999

Jahr	Anzahl der Neuerkrankungen an AIDS	davon	
		Frauen	Männer
1987	32	3	29
1988	54	5	49
1989	72	13	59
1990	79	10	69
1991	121	13	108
1992	94	12	82
1993	137	16	121
1994	89	11	78
1995	104	20	84
1996	70	12	58
1997	33	7	26
1998	28	5	23
1999	38	6	32

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2. (Stand: 31.12.1999)

4.3.3.2 Vergleich Wiens mit den Bundesländern und deutschen Städten

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien bei den **absoluten Fällen** mit Abstand an der Spitze der AIDS-Erkrankungen (sowohl Neuerkrankungen als auch kumulative Fälle seit 1983) steht. Werden aber die Neuerkrankungsraten **pro 100.000 EinwohnerInnen** berechnet, lässt sich erkennen, dass Wien im Jahr 1999 erstmals von Tirol überholt wurde (Wien: 2,38 Fälle/100.000 EW.; Tirol: 2,56 Fälle/100.000 EW.). Die Vergleichswerte der anderen Bundesländer liegen weit unter diesen Werten (unter 1,0), die geringste Rate wies 1999 Niederösterreich auf (0,13).

Tabelle 22: Neuerkrankungen an AIDS in Österreich nach Geschlecht, 1987–1999

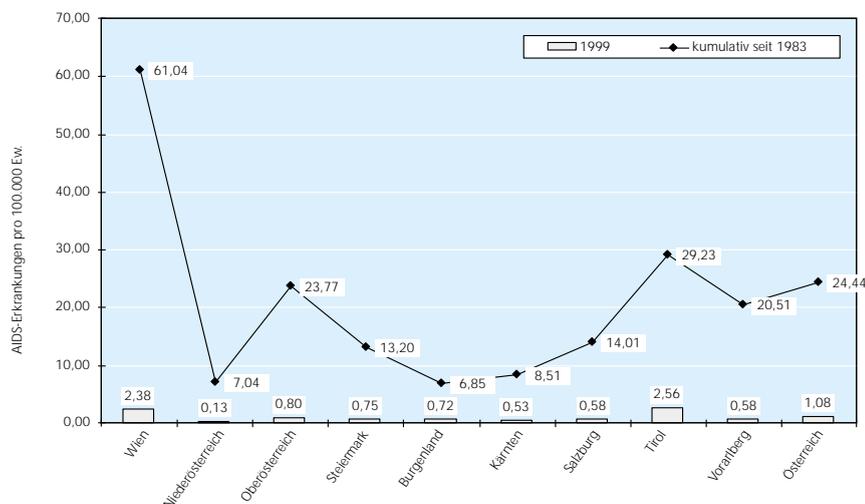
Jahr	AIDS-Erkrankungen		davon			
	neu	gesamt ¹⁾	Frauen		Männer	
			neu	insgesamt ¹⁾	neu	insgesamt ¹⁾
1987	89	161	18	25	71	136
1988	107	268	15	40	92	228
1989	144	412	25	65	119	347
1990	164	576	30	95	134	481
1991	199	775	32	127	167	648
1992	191	966	38	165	153	801
1993	233	1.199	36	201	197	998
1994	165	1.364	33	234	132	1.130
1995	204	1.568	53	287	151	1.281
1996	137	1.705	24	311	113	1.394
1997	93	1.798	29	340	64	1.458
1998	94	1.892	18	358	76	1.534
1999	87	1.979	25	383	62	1.596

1) Seit 1983 kumulativ.

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

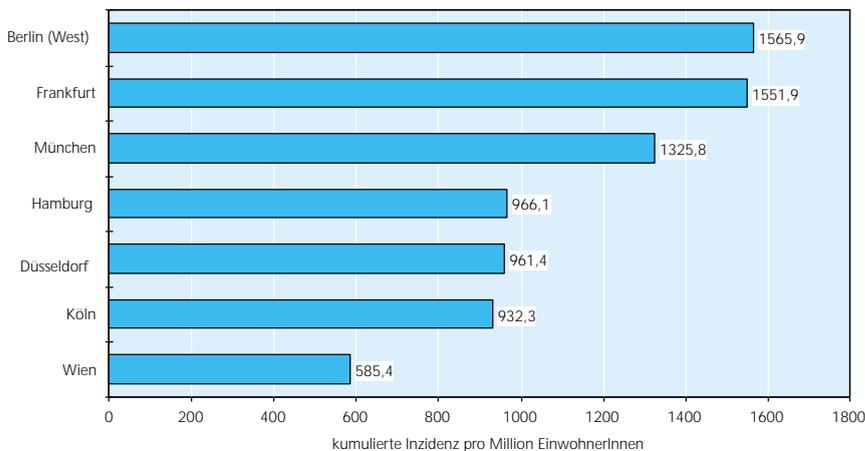
Bei der kumulativen Erkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen (seit 1983) weisen neben Wien (61,0) noch die Bundesländer Tirol (29,2) Oberösterreich (23,8) und Vorarlberg (20,5) relativ viele AIDS-Fälle auf. Die Ursache für die hohen Erkrankungsraten in diesen Bundesländern dürfte im i. v.-Drogenkonsum liegen, v. a. Linz (Oberösterreich), Innsbruck (Tirol) und das 3-Länder-Eck (Vorarlberg) gelten als „Drogenhochburgen“.

Wien schneidet im Vergleich mit den anderen Bundesländern bei der AIDS-Erkrankungsrate eher ungünstig ab (Ausnahme: die Neuerkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen ist in Tirol mittlerweile etwas höher als in Wien), für eine Standortbestimmung Wiens muss aber der „Großstadteffekt“ berücksichtigt werden. Aussagekräftiger als der Bundesländervergleich, bei welchem eine Großstadt großteils ländlichen Gebieten gegenübergestellt wird, ist der Vergleich Wiens mit anderen Großstädten: Gegenüber deutschen Ballungszentren liegt der Wiener Wert (kumulierte Inzidenz pro Million EinwohnerInnen, 1998) unter jenem von Köln, Düsseldorf und Hamburg, und ist weitaus niedriger als die Vergleichswerte von München, Frankfurt und (West)Berlin.

Grafik 22: AIDS-Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen in den einzelnen Bundesländern, 1999 und kumulativ seit 1983

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999); Bevölkerungszahlen von 1998, ÖSTAT; Statistisches Amt der Stadt Wien (EinwohnerInnenzahlen); eigene Berechnungen

Grafik 23: AIDS-Inzidenz: Vergleich Wiens mit deutschen Großstädten, 1998



Quelle: AIDS/HIV-Quartalsbericht IV/1998, Robert Koch Institut, Deutschland. In: Österreichische Ärztezeitung 9/99, Wien 1999

Tabelle 23: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 1999 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Erkrankungen absolut						
Bundesland	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen 1999		
	Jänner 1999 – Dezember 1999			kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	6	32	38	135	843	978
Niederösterreich	0	2	2	14	95	109
Oberösterreich	4	7	11	108	219	327
Steiermark	4	5	9	29	130	159
Burgenland	1	1	2	4	15	19
Kärnten	1	2	3	6	42	48
Salzburg	0	3	3	12	60	72
Tirol	8	9	17	55	139	194
Vorarlberg	1	1	2	20	53	73
Österreich	25	62	87	383	1.596	1.979
Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen ¹⁾						
Bundesland	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen 1999		
	Jänner 1999 – Dezember 1999			kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	0,71	4,24	2,38	15,89	111,44	61,04
Niederösterreich	0,00	0,27	0,13	1,66	12,64	7,04
Oberösterreich	0,57	1,04	0,80	15,42	32,45	23,77
Steiermark	0,65	0,85	0,75	4,69	22,19	13,20
Burgenland	0,70	0,74	0,72	2,82	11,08	6,85
Kärnten	0,34	0,73	0,53	2,06	15,38	8,51
Salzburg	0,00	1,21	0,58	4,52	24,15	14,01
Tirol	2,35	2,78	2,56	16,19	42,91	29,23
Vorarlberg	0,57	0,58	0,58	11,45	29,75	20,51
Österreich	0,60	1,58	1,08	9,16	40,64	24,44

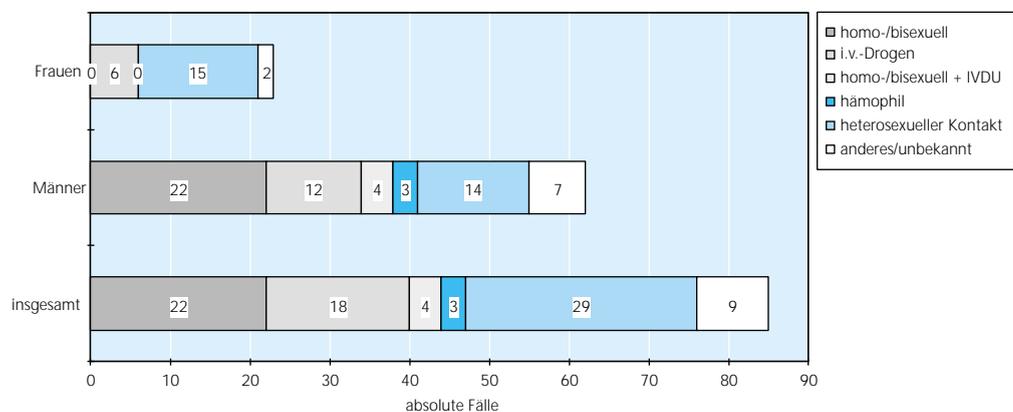
1) Berechnungen beziehen sich auf die EinwohnerInnenzahl 1998 im Jahresdurchschnitt; Daten für 1999 sind noch nicht verfügbar.

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999); Bevölkerungszahlen von 1998, ÖSTAT; Statistisches Amt der Stadt Wien (EinwohnerInnenzahlen); eigene Berechnungen

4.3.3.3 Hauptbetroffenengruppen

Wenngleich nach wie vor homo- bzw. bisexuelle Männer sowie Personen mit intravenösem Drogenkonsum in den westlichen Industriestaaten die Hauptrisikogruppen – bzw. dem neuen Präventionsverständnis zufolge die Hauptbetroffenengruppen oder Hauptzielgruppen – für eine HIV-Infektion bilden (50 Prozent aller AIDS-Neuerkrankungen 1999 entfallen auf diese Gruppen), so lässt sich in den letzten Jahren doch ein neuer Trend feststellen: Bei DrogengebraucherInnen gehen (nicht zuletzt durch Spritzentausch, Methadon- und Mundidolprogramm) die Neuinfektionen zurück. Bei bi- und homosexuellen Männern nehmen die Werte seit ca. vier Jahren – nach deutlichen Rückgängen in den Jahren davor – wieder leicht zu. Bei Heterosexuellen und Nicht-Drogenabhängigen – und hier insbesondere bei Frauen – erfolgte in den letzten Jahren jedoch ein massiver Anstieg. Bei einem Drittel aller AIDS-Neuerkrankungen erfolgt mittlerweile die Infektion durch heterosexuelle Kontakte, bei Frauen werden sogar 60 Prozent der Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Die Präventionsarbeit im Bereich HIV/AIDS sollte daher – neben den i. v.-Drogenkonsumenten sowie Homo- und Bisexuellen – die Zielgruppe der Heterosexuellen, v. a. der heterosexuellen Frauen, vermehrt ins Auge fassen.

Grafik 24: AIDS-Risikogruppen, Österreich 1999



Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

Tabelle 24: AIDS-Risikogruppen in Österreich, 1999

Risikogruppen	Anzahl der Neuerkrankungen					
	insgesamt		Männer		Frauen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
homo-/bisexuell	22	25,3	22	35,5	0	0,0
i. v.-Drogen	18	20,7	12	19,4	6	24,0
homo-/bisexuell + IVDU	4	4,6	4	6,5	0	0,0
hämophil	3	3,4	3	4,8	0	0,0
Transfusionsempfänger	2	2,3	0	0,0	2	8,0
heterosexueller Kontakt	29	33,3	14	22,6	15	60,0
Mutter zu Kind	0	0,0	0	0,0	0	0,0
anderes/unbekannt	9	10,3	7	11,3	2	8,0
insgesamt	87	100,0	62	100,0	25	100

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

4.3.4 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Bei den anzeigepflichtigen Geschlechtskrankheiten (v. a. Gonorrhoe und Lues) ist in den letzten Jahren – wohl auf Grund der vermehrten Prävention wegen AIDS – insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen. Dieser war bis zum Vorjahr hauptsächlich durch eine Abnahme der häufigsten meldepflichtigen Geschlechtskrankheit, nämlich der Gonorrhoe („Tripper“) zurückzuführen, während die Lues (Syphilis) seit 1991 einen deutlichen Anstieg erfuhr. 1999 war der Trend der beiden Geschlechtskrankheiten genau umgekehrt: Die Gonorrhoe stieg gegenüber 1998 um elf Prozent auf 311 gemeldete Fälle an, die Lues ging um 28 Prozent auf 130 Fälle zurück.

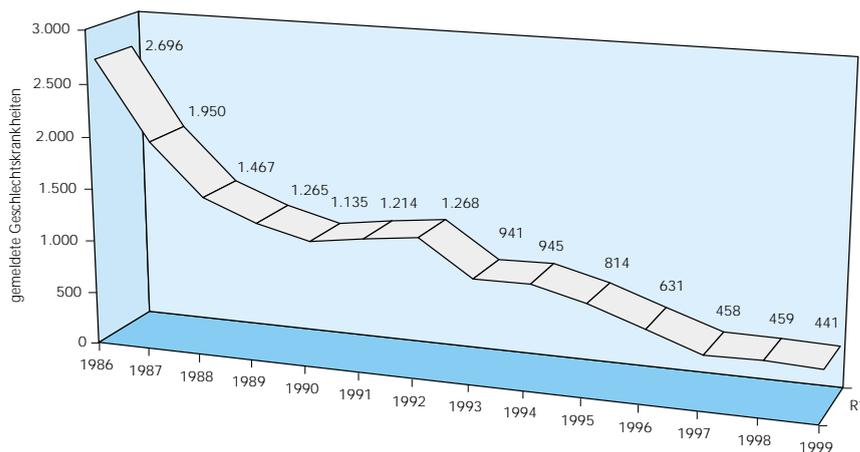
Summary: Venereal diseases

Overall, recent years have seen a decrease in the number of notifiable venereal diseases, gonorrhea and lues in particular, the most likely cause for which is improved AIDS prevention. Up until last year, this decrease was particularly pronounced with the most common notifiable venereal disease gonorrhea, aka. tripper, while the number of lues or syphilis cases had been on the rise since 1991. In 1999, a reverse trend was noted for these venereal diseases: compared to 1998, the number of gonorrhea cases went up to 311 registered cases (11 percent increase) while the number of lues cases went down to 130, a drop of 28 percent.

Die Häufigkeit neu aufgetretener, anzeigepflichtiger Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Lues, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle) ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.

1999 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 441. Dies entspricht einem Rückgang von 84 Prozent gegenüber 1986 sowie von vier Prozent gegenüber 1998.

Grafik 25: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–1999



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Tabelle 25: Geschlechtskrankheiten in Wien, 1999

angezeigte Neuerkrankungen	insgesamt in Wien		festgestellt in der STD ¹⁾ -Ambulanz	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
Gonorrhoe	339	311	46	46
Männer	227	222	15	13
Frauen	112	89	31	33
Lues	176	130	21	20
Männer	102	67	16	11
Frauen	74	63	21	9
insgesamt ²⁾	516	441	67	66

1) STD = Sexually Transmitted Diseases.

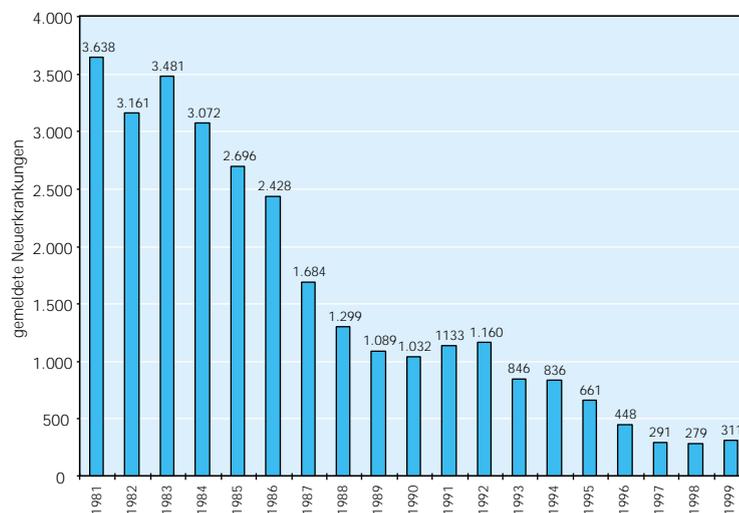
2) Im Jahre 1999 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle gemeldet.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

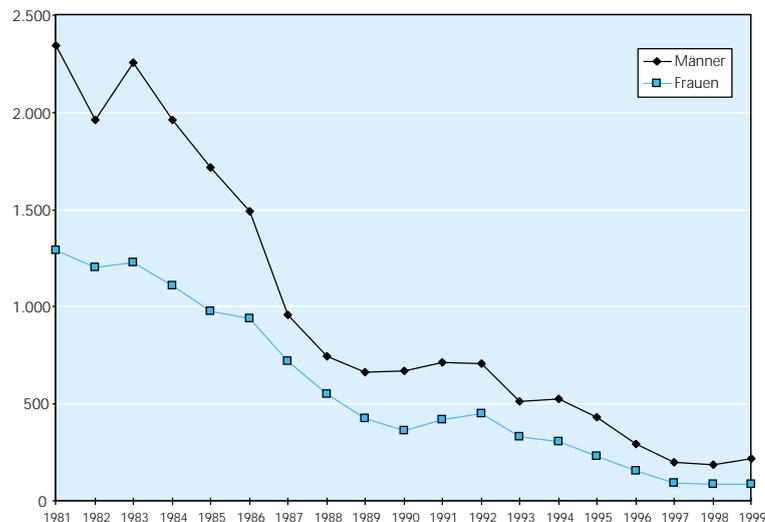
4.3.4.1 Gonorrhoe

Die Gonokokkeninfektion Gonorrhoe (der so genannte „Tripper“) ist noch immer die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten. Das Verhältnis von Gonorrhoe zur zweithäufigsten Geschlechtskrankheit, der Lues, hat sich allerdings seit 1981 von etwa 9:1 auf 2:1 geändert. Während Anfang der 80er Jahre noch ca. 3.500 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festzustellen waren, sind es 1999 nur noch 311 gemeldete Fälle in ganz Wien. Gegenüber 1998 kam es jedoch zu einem Anstieg von elf Prozent (von 279 Fälle auf 311 Fälle).

Grafik 26: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

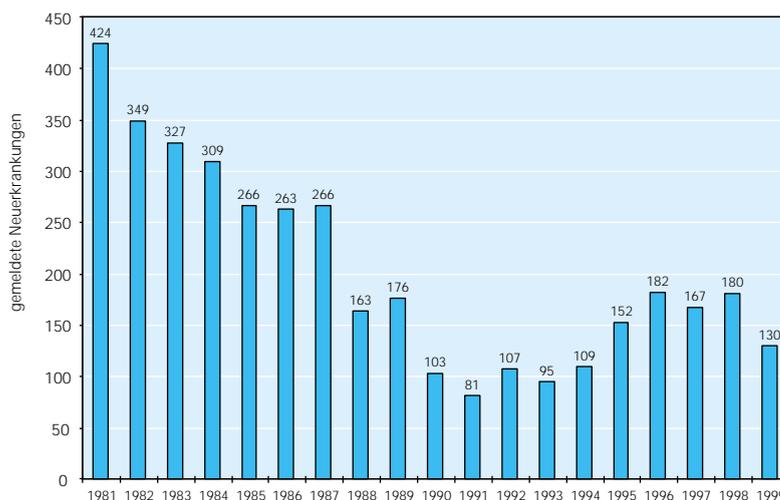
Grafik 27: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

4.3.4.2 Lues (Syphilis)

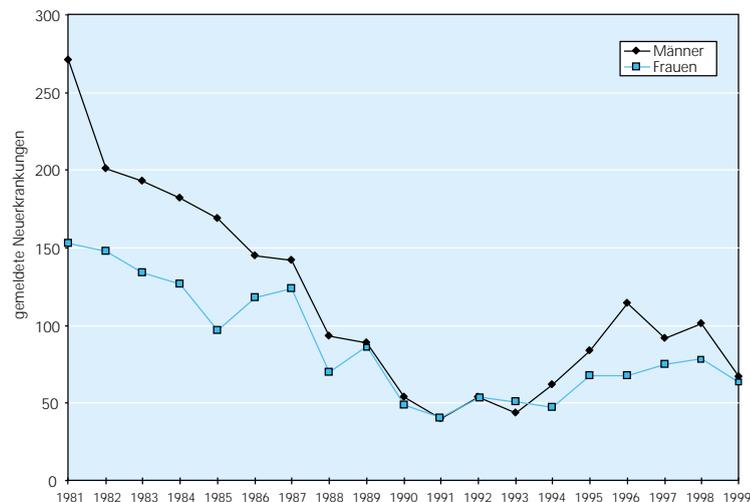
Die Lues (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe zeichnet sich seit Anfang der 90er Jahre (nach dem AIDS-Höhepunkt) ein kräftiger Anstieg dieser Geschlechtskrankheit – insbesondere bei Frauen – ab.³⁴

Bei den aus ganz Wien gemeldeten Zahlen ergab sich 1999 ein Rückgang um 28 Prozent von 180 auf 130 Fälle (67 Männer, 63 Frauen).

Grafik 28: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/4)

³⁴ Auf Grund des österreichischen Meldesystems sind in den Zahlen auch serologisch nachgewiesene Infektionen ohne Aktivitätszeichen enthalten. Insgesamt ist jedoch seit 1994 auch ein Anstieg der aktiven Infektionen festzustellen.

Grafik 29: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/4)

4.3.4.3 Andere Geschlechtskrankheiten

Weitere meldepflichtige Geschlechtskrankheiten sind Lymphogranuloma venereum (die so genannte Vierte Geschlechtskrankheit), welche vor allem in den Tropen vorkommt, sowie Ulcus molle (weicher Schanker), welcher ebenfalls in Europa nur sehr sporadisch auftritt.

In den Jahren 1997–1999 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (1996: eine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

4.3.4.4 Das Wiener STD-Ambulatorium

Prim. Dr. Silvia MAYERHOFER

MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 – Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten

Im **Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten** (STD³⁵-Ambulatorium) der Stadt Wien werden neben den Untersuchungen auf die im Geschlechtskrankengesetz und AIDS-Gesetz angegebenen Erkrankungen auch Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien, Trichomonaden, Soormykosen und Hepatitis B durchgeführt.

Eine wesentliche Aufgabe des STD-Ambulatoriums besteht in der gesundheitlichen Kontrolle von Prostituierten und der Ausstellung der – für die Ausübung zur Prostitution erforderlichen – Kontrollkarten. Weiters werden bei diesen Risikopersonen unter anderem auch Untersuchungen zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung (PAP) durchgeführt. Epidemiologisch bedeutsam sind vor allem auch Blutuntersuchungen auf HIV und Hepatitis B, die regelmäßig vorgenommen werden. Über die medizinische Betreuung hinausgehend führen Sozialarbeiterinnen neben Beratungsgesprächen auch Hausbesuche und niederschwellige Betreuung von Prostituierten durch. So können auch Kontaktpersonen zur Untersuchung und Behandlung veranlasst werden. 1999 waren zehn Prozent der Kontaktpersonen mit einer Geschlechtskrankheit und 28 Prozent mit einer anderen sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert.

³⁵ STD = Sexually Transmitted Diseases

Bei den 1999 insgesamt 1.482 untersuchten Personen wurde bei 66 Personen (4,5 Prozent) eine meldepflichtige Geschlechtskrankheit festgestellt – davon bei 46 Personen Gonorrhoe und bei 20 Personen Lues. Im Gegensatz zum Rückgang der aus ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten (um vier Prozent), nahm die Anzahl der im STD-Ambulatorium diagnostizierten Geschlechtskrankheiten im Vergleich zum Vorjahr um acht Prozent zu (Gonorrhoe: + 12 Prozent, Lues: gleich bleibende Fallzahl).

Tabelle 26: Festgestellte Gonorrhoe- und Lues-Erkrankungen am STD-Ambulatorium, 1997–1999

erkrankte Personen	Gonorrhoe			Lues		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Männer	19	15	13	7	4	11
Frauen	24	26	33	22	16	9
davon: registrierte Prostituierte	12	16	11	5	3	1
Geheimprostituierte	5	4	3	10	6	4
Bardamen	2	4	9	3	1	1
andere Frauen	5	2	10	4	6	3
insgesamt	43	41	46	29	20	20

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Bezogen auf den Prozentsatz positiver Untersuchungsergebnisse in der jeweiligen Gruppe waren Geheimprostituierte (2,4 Prozent) und nicht-sexuell Erwerbstätige (Frauen: 2,5 Prozent; Männer: 3,1 Prozent) am häufigsten von Geschlechtskrankheiten betroffen. Auch bei den genitalen Entzündungen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wiesen die Geheimprostituierten einen weitaus höheren Prozentsatz an positiven Untersuchungsergebnissen auf als die anderen Personengruppen. Auffällig ist weiterhin die Abnahme der Untersuchungszahlen bei den Bardamen um 31 Prozent. Auch bei Geheimprostituierten musste ein Rückgang der Untersuchungszahlen um 16 Prozent hingenommen werden. Dieser Rückgang war durch eine deutliche Abnahme der von der Polizei angezeigten Geheimprostituierten um 319 Fälle bedingt. 1998 konnten 214 Personen auf Grund einer Anzeige wegen Geheimprostitution untersucht werden.

Als Geheimprostituierte werden jene Personen erfasst, die von der Polizei wegen Ausübung der Prostitution ohne gültige Kontrollkarte angezeigt und dem STD-Ambulatorium gemeldet werden, woraufhin diese zur Untersuchung vorgeladen werden. Bardamen sind Frauen, die ohne polizeiliche Registrierung der Prostitution nachgehen und freiwillig zur Untersuchung kommen.

Gonorrhoe

Bei den im STD-Ambulatorium diagnostizierten Fällen von Gonorrhoe war ein Anstieg von 41 auf 46 Fälle (zwölf Prozent) zu verzeichnen. Während sich bei Männern ein leichter Rückgang der Gonorrhoe um zwei Fälle zeigte, kam es – wie schon im Vorjahr – zu einem weiteren Anstieg der Gonorrhoe bei Frauen um 27 Prozent (von 26 auf 33 Fälle).

Dem geringen Rückgang von Gonokokkeninfektionen bei Geheimprostituierten um einen Fall steht ein deutlicher Anstieg dieser Infektion bei den Bardamen von vier auf neun Fälle gegenüber. Bei den von der Exekutive angezeigten Geheimprostituierten sank die Anzahl der untersuchten Personen gegenüber 1998 von 253 auf 214 ab; bei Bardamen, die freiwillig zur Untersuchung kommen, stieg diese Zahl von 51 auf 53 Personen leicht an.

Auffallend war ein massiver Anstieg der Gonorrhoe in der Gruppe der „anderen Frauen“ von zwei auf zehn Fälle, wobei hier eingeschränkt werden muss, dass aus administrativen Gründen in dieser Gruppe sieben Kontaktpersonen zu einem Mann mit Gonorrhoe erfasst wurden, die als Bardamen in zwei Wiener Bars tätig waren.

Lues

Während die aus ganz Wien gemeldeten Fallzahlen rückläufig waren, blieb die Zahl der am STD-Ambulatorium der MA 15 diagnostizierten Luesfälle gegenüber dem Vorjahr konstant (20 Personen). Auffallend war der Anstieg der Fallzahl bei Männern von vier auf elf, während bei Frauen, ungeachtet ihrer sexuellen Erwerbstätigkeit, die Zahl der Lues sank.

In 60 Prozent der Fällen handelte es sich um frühe Erkrankungsstadien (zwei Fälle Lues I, acht Fälle Lues II und zwei Fälle mit frühlatenter Lues). In einem Fall der frühlatenten Lues handelte es sich um ein 16-jähriges, schwangeres Mädchen. Ob das Ungeborene ebenfalls infiziert oder erkrankt ist, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

Die größte Zahl an Lues-Erkrankungen fanden sich in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen (n = 6) sowie der 31- bis 35-Jährigen (n = 5).

Inzidenz von Geschlechtskrankheiten

Die höchste Geschlechtskrankheiten-Inzidenz wiesen 1999 die Bardamen mit 19 Prozent auf, gefolgt von nicht-sexuell erwerbstätigen Männern mit neun Prozent. Andere Frauen wiesen eine Inzidenz von sechs Prozent auf, Geheimplustituierte von drei Prozent. Registrierte Prostituierte waren mit zwei Prozent auch 1999 wieder die „gesündeste“ Personengruppe.

Tabelle 27: Geschlechtskrankheiten-Inzidenz (Gonorrhoe und Lues), Wien 1998 und 1999

Personengruppen	Anzahl der untersuchten Personen		davon erkrankt		in % der Personen pro Jahr	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Prostituierte	748	718	19	12	3	2
Geheimplustituierte	253	214	10	7	4	3
Bardamen	51	53	5	10	10	19
andere Frauen ¹⁾	188	237	8	13	4	6
andere Männer ¹⁾	231	260	19	24	8	9
insgesamt	1.471	1.482	61	66	4	5

1) Davon 1999: 325 Selbstmelder, 69 Zuweisungen, 58 Kontaktpersonen, 45 Unterbrecher-Erstuntersuchte von auswärts gemeldet.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Infektionsquellen- und Kontaktpersonenausforschung

Eine wichtige Bedeutung hat nach wie vor die Ausforschung von Infektionsquellen sowie der Kontaktpersonen von Infizierten. Hier fanden sich bei zehn Prozent eine Geschlechtskrankheit. Im Vergleich zum Vorjahr konnten mehr als doppelt so viele Kontaktpersonen ausgeforscht, untersucht und gegebenenfalls einer Behandlung zugeführt werden (1998: 24 Personen; 1999: 58 Personen).

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten sind gegenüber 1998 von 351 auf 727 Fälle gestiegen.

Dieser Anstieg ist vor allem auf die Zunahme der Behandlungszahlen von **Anaerobier-Infektionen** (Bakterielle Vaginose, BV) zurückzuführen. Da eine BV das Infektionsrisiko für HIV und andere STD erhöht, ist vor allem bei Frauen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern die Indikation zur Therapie großzügiger zu stellen.

Die Anzahl der Infektionen mit **Chlamydien** stieg im Vergleich zu 1998 um 27 Fälle auf 100 an. Bei registrierten Prostituierten blieb die Fallzahl mit 45 gleich, bei Geheimprostituierten ging die Anzahl von Chlamydieninfektionen von zwölf auf sieben zurück, bei Bardamen (von sieben auf neun) und Männern (von 14 auf 18) stiegen die Fallzahlen leicht, bei nicht-sexuell erwerbstätigen Frauen stark (von fünf auf 21) an.

Gegenüber dem Vorjahr fanden sich **Trichomonaden** 1999 seltener, **Condylomata acuminata** und ein **genitaler Herpes simplex** allerdings deutlich häufiger.

Tabelle 28: STD-Inzidenz (Gruppe I und Gruppe II), Wien 1999

Personengruppen	untersuchte Personen	erkrankt an STD			
		Gruppe I ¹⁾		Gruppe II ²⁾	
		Personen	in %	Personen	in %
Prostituierte	718	549	76	503	70
Geheimprostituierte	214	62	29	20	9
Bardamen	53	36	67	20	38
andere Frauen	237	54	23	30	13
andere Männer	260	26	10	25	10
insgesamt	1.482	727	49	598	40

1) Gruppe I: eigentliche und vorwiegend sexuell übertragene Infektionen.

2) Gruppe II: genitale Infektionen, die auch sexuell übertragen werden können, häufig aber nicht sexuell erworben sind.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Behandlungen

Tabelle 29: Behandlungen von Geschlechtskrankheiten (inklusive Sicherheitsbehandlungen) am STD-Ambulatorium, 1999

Art der Geschlechtskrankheit	behandelte Personen		
	Frauen	Männer	insgesamt
Gonorrhoe	157	46	203
Lues	14	17	31
Ulcus molle	–	–	–
Lymphogranuloma venereum	–	–	–

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Tabelle 30: Behandlung anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten am STD-Ambulatorium, 1999

Art der Krankheit	behandelte Personen					
	insgesamt	Prostituierte	Geheimprost.	Bardamen	andere Patienten	
					weiblich	männlich
Gruppe I¹⁾	100	45	7	9	21	18
Chlamydien	40	17	12	6	4	1
Trichomonaden	530	451	39	20	20	-
Anaerobier	19	12	2	-	4	1
Condylomata ac.	36	24	1	1	5	5
Herpes genitalis	2	-	1	-	-	1
Ped. pub.						
Gruppe II²⁾	553	476	17	18	23	19
genit. Soormykose	38	25	2	2	7	2
unspezif. Entzündung						
Mollusca cont.	7	2	1	-	-	4
Scabies	-	-	-	-	-	-
insgesamt	1.325	1.052	82	56	84	51

1) Gruppe I: eigentliche und vorwiegend sexuell übertragene Infektionen.

2) Gruppe II: genitale Infektionen, die auch sexuell übertragen werden können, häufig aber nicht sexuell erworben sind.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

HIV-Infektionen

1999 wurde bei insgesamt neun Personen, drei Männern und sechs Frauen, eine Infektion mit dem HI-Virus entdeckt. Bei insgesamt 4.433 durchgeführten HIV-Tests entspricht dies einer Inzidenz von 0,2 Prozent. Die größte Anzahl der HIV-Neuinfektionen fand sich bei Geheimprostituierten (n = 5), alle fünf Frauen waren zusätzlich i. v.-drogenabhängig. Die übrigen positiven Testergebnisse fanden sich bei einem homosexuellen Mann, bei je einer Frau und einem Mann mit heterosexuellen Kontakten sowie bei einem Mann aus Westafrika.

4.3.5 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der sechs Wochen dauernden Influenza-Epidemie des Winters 1999/2000 erkrankten in Wien etwa 140.000 Menschen an dieser Infektionskrankheit.

Dem Gesundheitsamt wurden vier Influenzatote gemeldet (keine Meldepflicht).

Summary: Influenza and influenzal infections

Approximately 140,000 people in Vienna came down with influenza during the 6 weeks epidemic in 1999/2000.

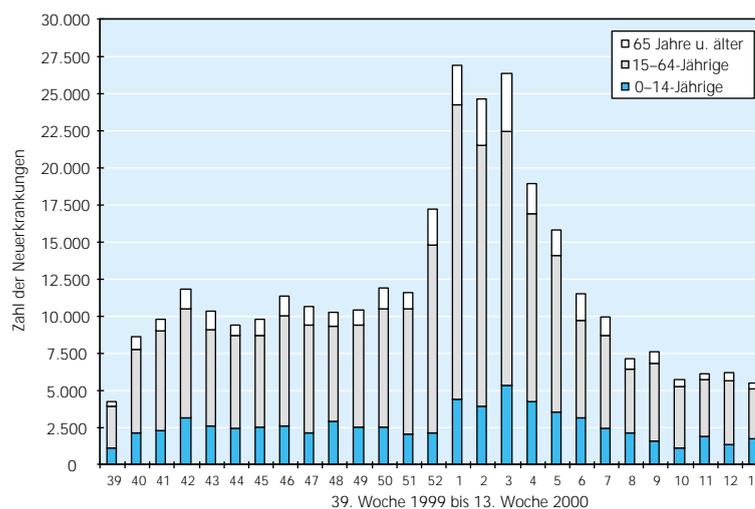
Health authorities were notified of 4 deaths caused by influenza, for which there is no duty of notification.

Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza und grippalen Infekten sowie die durch Influenza-Viren hervorgerufenen Epidemien werden in Wien durch ein Grippeinformationssystem der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsamt erfasst (Meldepraxen).

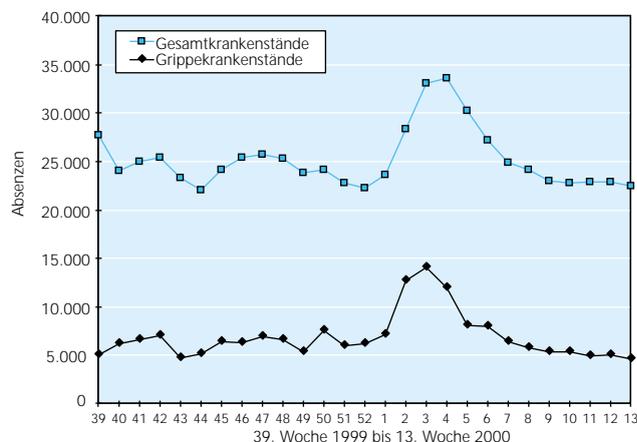
Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 52. Woche des Jahres 1999 der Beginn einer Influenza-Epidemie registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza-A-Virus des Typs H3N2. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 26.900 wöchentlichen Neuerkrankungen in der ersten Woche des Jahres 2000 erreicht. Die Epidemie erstreckte sich über insgesamt sechs Wochen. Die Gesamtzahl der in Wien an Influenza erkrankten Personen während dieser Periode wird auf insgesamt 140.000 Fälle geschätzt.

In diesem Winter wurden dem Gesundheitsamt vier Influenzatote gemeldet (Winter 98/99: 24 gemeldete Fälle). Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Es muss jedoch internationalen Untersuchungen zufolge während einer Influenza-Epidemie mit zwei bis 50 Toten pro 100.000 EinwohnerInnen gerechnet werden.

Grafik 30: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 1999/2000



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

Grafik 31: Wöchentliche Absenzen im Winter 1999/2000 (laut Meldungen der WGKK)

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/1), Wiener Gebietskrankenkasse

Tabelle 31: Influenza und grippale Infekte, 1981–1999

Zeitraum: Okt. – März	Erregertyp	höchste Anzahl wöchentlicher Neuerkrankungen	höchster Anteil wöchentlicher Absenzen	
			Betriebe	Schulen
1971/72	A2-Hongkong (H3N2)	37.700	5,4	13,1
1972/73	A2-England (H3N2)	29.800	5,6	9,9
1973/74	–	13.200	4,4	6,8
1974/75	A2-Port Chalmers (H3N2)	25.100	5,6	8,3
1975/76	A2-Victoria (H3N2)	44.300	6,4	16,5
1976/77	–	15.600	5,2	8,6
1977/78	A2-Texas (H3N2), A-UdSSR (H1N1)	32.200	5,6	9,4
1978/79	A-UdSSR/90/77 (H1N1)	28.300	5,1	17,7
1979/80	–	15.300	4,8	6,0
1980/81	–	15.600	5,3	7,3
1981/82	–	9.700	4,4	4,3
1982/83	A-Bangkok 1/79	21.100	4,4	7,5
1983/84	B	11.800	3,5	8,0
1984/85	A-Philippines 2/82/ (H3N2)	23.600	4,8	8,8
1985/86	B, A (H3N2)	26.800	5,0	10,1
1986/87	B, A (H3N2)	17.900	3,5	7,7
1987/88	–	9.700	3,6	7,0
1988/89	A (H1N1), B	22.800	4,3	8,9
1989/90	A (H3N2), B	20.000	4,0	12,6
1990/91	–	11.200	4,1	4,5
1991/92	A (H3N2)	33.500	5,4	17,1
1992/93	A (H3N2), B	18.100	4,2	7,9
1993/94	A (H3N2)	22.600	3,7	9,7
1994/95	A (H3N2), B	14.700	4,3	7,6
1995/96	A (H3N2), B	26.200	4,4	11,0
1996/97	A (H3N2), B	22.600	4,4	7,2
1997/98	A (H3N2)	15.000	3,9	7,4
1998/99	A (H3N2) Sydney	28.500	5,6	11,3
1999/00	A (H3N2)	26.900	5,2	13,9

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

4.4 Krebs³⁶**Zusammenfassung**

Inzidenz (1997): 1997 erkrankten 3.733 Wienerinnen und 3.495 Wiener an Krebs (Inzidenzrate: 450 neue Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr).

An erster Stelle der Krebslokalisationen steht Darmkrebs, mit geringem Abstand gefolgt von den bösartigen Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane (v. a. Lunge). Getrennt nach Geschlecht ist jedoch für Frauen Brustkrebs und für Männer Prostatakrebs die häufigste Lokalisation einer Krebserkrankung.

Mortalität (1999): An Todesfällen infolge einer Neubildung wurden im Jahr 1999 insgesamt 4.203 gemeldet, von diesen Personen waren 2.224 (53 Prozent) weiblichen und 1.979 (47 Prozent) männlichen Geschlechts.

Bei den Todesursachen infolge einer Krebserkrankung stehen sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Todesfällen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane mit Abstand an der ersten Stelle. Bei den Frauen folgt Brustkrebs, bei den Männern folgen bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs).

Die Krebssterblichkeit ist in den Bezirken 10, 11, 12, 20 und 21 (Männer auch: 15 und 20), also Regionen mit eher ungünstiger Sozialstruktur, gegenüber dem Wiener Durchschnitt erhöht. Diese regionalen Unterschiede zeigen sich v. a. bei den vom Lebensstil beeinflussten Krebserkrankungen wie Lungen-, Darm- und Magenkrebs.

Summary: Cancer

Incidence for 1997: in 1997, 3,733 women and 3,495 men in Vienna became ill with cancer. This relates to an annual incidence rate of 450 new cases per 100,000 inhabitants.

The list of cancer localisations is topped by colon cancer, followed closely by malignant neoformations in the respiratory tract (the lung in particular). Broken up by gender, women are most frequently stricken with breast cancer, men by cancer of the prostate.

Mortality in 1999: a total of 4,203 deaths caused by neoformations were registered in 1999. Of these, 2,224 (53 percent) were women and 1,979 (47 percent) were men.

Main causes for cancer deaths for both women and men are malignant neoformations in the digestive organs, followed by breast cancer for women and malignant neoformations in the respiratory tract (lung cancer) for men.

Cancer mortality is above average in Vienna's districts 10, 11, 12, 20 and 21 (for men also in the districts 15 and 20). This is largely due to the unfavourable social structure in these districts. Regional differences are most apparent with lung, colon or gastric cancer, all of which are considerably influenced by people's lifestyles.

1997 erkrankten fast 35.000 ÖsterreicherInnen an Krebs, etwa 99,6 Prozent davon sind Erwachsene, 0,4 Prozent Kinder bis 14 Jahre. Jährlich sterben rund 19.000 Österreicherinnen und Österreicher an Krebs (1999), davon 51 Prozent Männer und 49 Prozent Frauen.

In **Wien** wurde 1997 bei jeder 226. Einwohnerin und bei jedem 218. Einwohner eine Krebs-Neuerkrankung festgestellt. Insgesamt wurden 7.228 Fälle einer bösartigen Neubildung registriert (davon rund 52 Prozent Frauen und 48 Prozent Männer).

³⁶ Zur Krebsinzidenz sind derzeit keine neueren Daten verfügbar. *Most recent data on cancer incidence currently available.*

Ein Teil der Krebserkrankungen (z. B. Darm-, Lungen- und Hautkrebs) könnte durch eine Änderung des Lebensstils (Rauchen, Ernährung, Sonnenbäder) sowie durch Früherkennung vermieden bzw. geheilt werden.

4.4.1 Krebsinzidenz

Krebserkrankungen sind aus medizinisch-epidemiologischer Sicht als ein multifaktorielles Geschehen anzusehen. Der individuelle Lebensstil, biologische, chemische und physikalische Faktoren treten hierbei in Wechselwirkung. Bestimmte Risikofaktoren scheinen dabei eine ausschlaggebende Rolle zu übernehmen (z. B. Tabakkonsum für Lungenkrebs oder Sonnenbrände für Hautkrebs).

1997³⁷ erkrankten 7.228 Personen der Wiener Wohnbevölkerung an Krebs, was einer unbereinigten, rohen Inzidenzrate von 450 neuen Fällen pro Jahr auf 100.000 EinwohnerInnen entspricht. Seit 1983 konnte jedoch in der männlichen Wiener Bevölkerung ein leichter, in der weiblichen sogar ein deutlicher Rückgang der Erkrankungsrate festgestellt werden.

Laut **Krebsstatistik** erkranken **Männer** am häufigsten an Prostata-, Lungen-, Dickdarm-, Harnblasen- und Magenkrebs (diese Lokalisationen machen bereits rund zwei Drittel aller Neuerkrankungen aus).

Bei den Männern ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme des Prostatakrebses festzustellen, wobei – v. a. auf Grund der vermehrten Untersuchungen – eine besonders starke Zunahme seit etwa 1994 zu beobachten ist.³⁸ Der Prostatakrebs nimmt bei den Männern bereits den ersten Rang in der Häufigkeitsskala ein.

Bei **Frauen** war der Brustkrebs mit fast einem Viertel aller Neuerkrankungen die mit Abstand häufigste Lokalisation, gefolgt von Krebserkrankungen des Dickdarms, der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Ovarium, etc.) und der Lunge (diese Lokalisationen machen fast die Hälfte aller Neuerkrankungen aus).

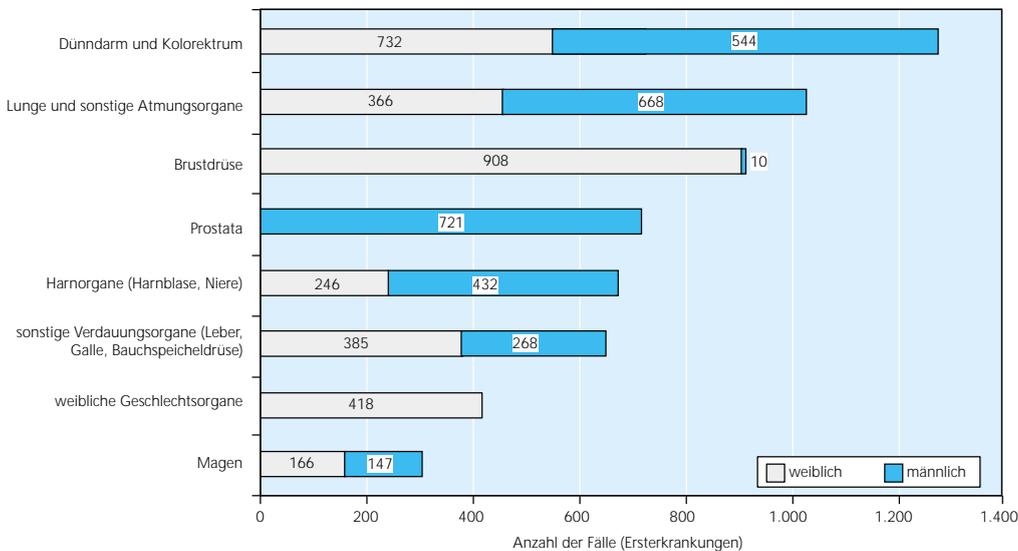
Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts) stellte auch 1997 der Darmkrebs die häufigste Krebserkrankung der Wiener Bevölkerung dar. Mit geringem Abstand folgten die bösartigen Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane (v. a. Lunge), wobei vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege zu einem hohen Anteil in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum stehen.

In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei den Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an Leber- und Lungenkrebs, bösartigen Neubildungen im Bereich Lippe, Mundhöhle und Rachen sowie Harnblasenkrebs feststellen (teilweise erklärbar durch Rauchverhalten und Alkoholkonsum).

Die Präventionsarbeit sollte daher in Zukunft verstärkt auf die Bereiche Darm-, Lungen-, Brust- und Prostatakrebs konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils z. T. vermieden, die zuletzt genannten durch Früherkennung mittels Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Verlauf gemildert werden könnten.

³⁷ Daten für 1998 und 1999 sind noch nicht verfügbar.

³⁸ Die Zunahme der Inzidenz von Prostatakrebs ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einem tatsächlichen Anstieg dieser Krebsart in der männlichen Bevölkerung oder einer höheren Todesrate, sondern vor allem auf vermehrte Untersuchungen in diesem Bereich zurückzuführen.

Grafik 32: Häufigste bösartige Neubildungen – Ersterkrankung, Wien 1997

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Die Entwicklung der **altersstandardisierten Raten** der Krebserkrankungen in Wien zwischen 1983 und 1997 zeigt einen enormen Anstieg des **Prostatakrebses** um 66 Prozent (Hauptgrund: vermehrte ärztliche Untersuchungen). Das Erkrankungsrisiko des weiblichen **Brustkrebses** ist in diesem Zeitraum (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1990) vorerst wieder etwas zurückgegangen, seit 1995 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg dieser Krebserkrankung zu verzeichnen. Sowohl beim **Gebärmutterkrebs** als auch beim **Gebärmutterhalskrebs** konnte hingegen seit 1983 ein starker Rückgang um etwas mehr als ein Drittel verzeichnet werden.

Das Risiko an **Lungenkrebs** zu erkranken, ist für die männliche Bevölkerung um ca. 70 Prozent höher als für die weibliche. Während in den Jahren 1983–1993 der Lungenkrebs die häufigste Krebserkrankung bei den Männern darstellte, wurde dieser seit 1994 vom Prostatakrebs überholt.

Die Rangreihung der Krebserkrankungen (altersstandardisiert), getrennt nach Geschlecht, ergibt sich in Wien für das Jahr 1997 wie folgt:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Brustdrüse	1. Prostata
2. Kolorektum (Dickdarm und Mastdarm)	2. Lunge
3. weibliche Geschlechtsorgane ¹ (Gebärmutter, Ovarium etc.)	3. Kolorektum (Dickdarm und Mastdarm)
4. Lunge	4. Harnblase

1) Nach Addition aller Neubildungen im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovarium und sonstige Adnexe, sonstige nicht näher bezeichnete weibliche Geschlechtsorgane) nimmt diese Lokalisation den dritten Rang ein.

Eine **altersspezifische** Aufschlüsselung der Daten zeigt einen deutlichen Anstieg der Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter bzw. einen Höhepunkt zwischen dem 70. und 75. Lebensjahr.

Tabelle 32: Krebsinzidenz¹⁾ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 1997²⁾³⁾

ICD-9 Code ⁴⁾⁵⁾	Lokalisation	Frauen		Männer		insgesamt absolut
		absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	
140-149	B. N. ⁷⁾ d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Rachens	63	5,6	117	15,8	180
150	B. N. d. Speiseröhre	16	1,2	60	7,8	76
151	B. N. d. Magens	166	11,3	147	18,1	313
152	B. N. d. Dünndarms	4	0,4	3	0,4	7
153, 154	B. N. d. Kolorektums	562	39,0	541	68,6	1.103
155	B. N. d. Leber	81	5,9	118	15,2	199
156	B. N. d. Gallenblase	103	6,8	39	5,0	142
157	B. N. d. Bauchspeicheldrüse	201	13,5	111	14,4	312
160, 163-165	B. N. sonstiger Atmungsorgane	17	1,4	17	2,2	34
161	B. N. d. Kehlkopfes	11	1,2	52	6,8	63
162	B. N. d. Lunge	338	28,6	599	77,3	937
171	B. N. d. Bindegewebes u. sonstiger Weichteile	26	2,3	19	2,6	45
172	Bösartiges Melanom d. Haut ⁴⁾	91	7,9	80	9,7	171
175	B. N. d. Brustdrüse	908	80,7	10	1,2	918
180	B. N. d. Zervix Uteri (Gebärmutterhals)	99	9,9	-	-	99
182	B. N. d. Corpus Uteri (Gebärmutter)	149	12,6	-	-	149
183	B. N. d. Ovars und sonstiger Adnexe	136	12,2	-	-	136
184	B. N. sonstiger weibl. Geschlechtsorgane	34	2,3	-	-	34
185	B. N. d. Prostata	-	-	721	92,1	721
186, 187	B. N. sonstiger männl. Geschlechtsorgane	-	-	57	6,2	57
188	B. N. d. Harnblase	128	9,7	282	36,1	410
189	B. N. d. Niere	118	9,2	150	19,6	268
191, 192	B. N. d. Gehirns	54	5,0	67	8,7	121
193	B. N. d. Schilddrüse	39	3,6	13	1,7	52
201	Morbus Hodgkin	20	2,0	30	3,8	50
200, 202	Lymphosarkom u. Reticulumzellsarkom (Non-Hodgkin-Lymphome)	106	8,3	115	14,4	221
203	Multipl. Myelom	47	3,5	25	3,2	72
204-208	Leukämien	85	6,4	77	10,2	162
158, 159, 166-170, 179, 181, 190, 194-199	sonstige Krebslokalisationen	131	9,2	45	5,6	176
insgesamt	alle Lokalisationen	3.733	-	3.495	-	7.228

1) Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).

2) Daten für 1998 und 1999 noch nicht verfügbar.

3) Auf Grund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BGBl. Nr. 138/1969 und BGBl. Nr. 425/1969 sowie der Krebsstatistikverordnung BGBl. Nr. 171/1978.

4) Ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (173) sowie ohne Carcinoma in situ-Fälle (CIS-Fälle).

5) Nummer der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9), Revision 1979.

6) Altersstandardisierte Raten auf 100.000 EinwohnerInnen. Als Standardbevölkerung wurde die European-Standard-Population der WHO verwendet.

7) B. N. = bösartige Neubildungen

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

4.4.2 Krebsmortalität

In Österreich wurden 1999 insgesamt 18.710 Todesfälle infolge einer Krebserkrankung registriert, davon waren 9.100 Personen weiblichen (48,7 Prozent) und 9.610 Personen männlichen (51,4 Prozent) Geschlechts.

In Wien starben 1999 laut amtlicher Todesursachenstatistik 4.203 Menschen an einer bösartigen Neubildung, und zwar 2.224 Frauen (53 Prozent) und 1.979 Männer (47 Prozent).³⁹

Die häufigsten Todesursachen infolge einer Krebserkrankung waren sowohl für Wiener Frauen als auch für Wiener Männer bösartige Neubildungen im Bereich der **Verdauungsorgane** (v. a. Darmkrebs), wobei diese 33 Prozent der Krebstodesfälle bei Frauen sowie 34 Prozent jener der Männer erklären. Bei den Frauen folgt **Brustkrebs** mit rund 18 Prozent, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (v. a. Lungenkrebs) mit 27 Prozent.

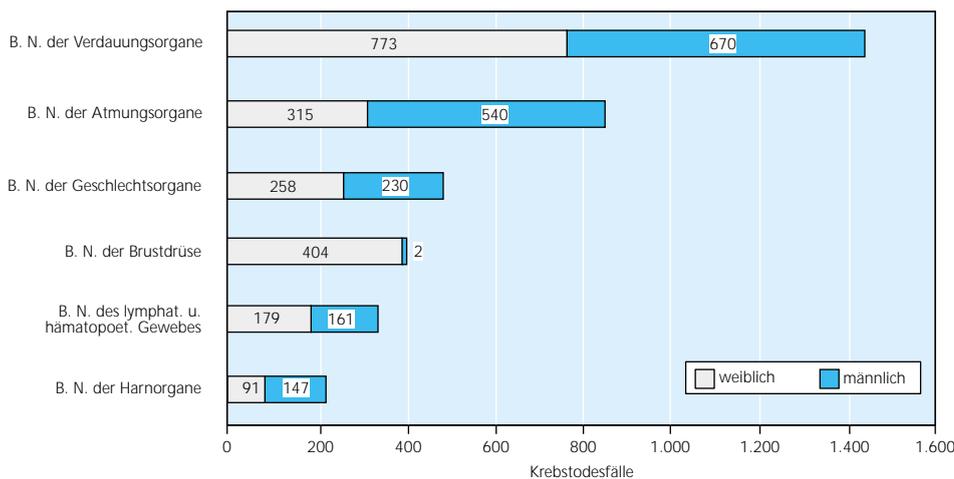
Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den 60er Jahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten stark an. Mittlerweile sind bösartige Neubildungen der Atmungsorgane die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Wiener Frauen (zwölf Prozent aller Krebstodesfälle).

Bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** erklären 1999 zwölf Prozent der an Krebs gestorbenen Wiener Männer (dritthäufigste Krebstodesursache).

Zusammenfassend stellt sich die Rangfolge der Todesursachen der 1999 in Wien an Krebs Verstorbenen nach Geschlecht folgendermaßen dar:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Verdauungsorgane	1. Verdauungsorgane
2. Brustdrüse	2. Atmungsorgane
3. Atmungsorgane	3. Geschlechtsorgane

Grafik 33: Häufigste Krebserkrankungen als Todesursache, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

³⁹ Siehe auch: Kapitel 4.6 Todesursachen.

4.4.2.1 Regionale Unterschiede auf Bezirksebene

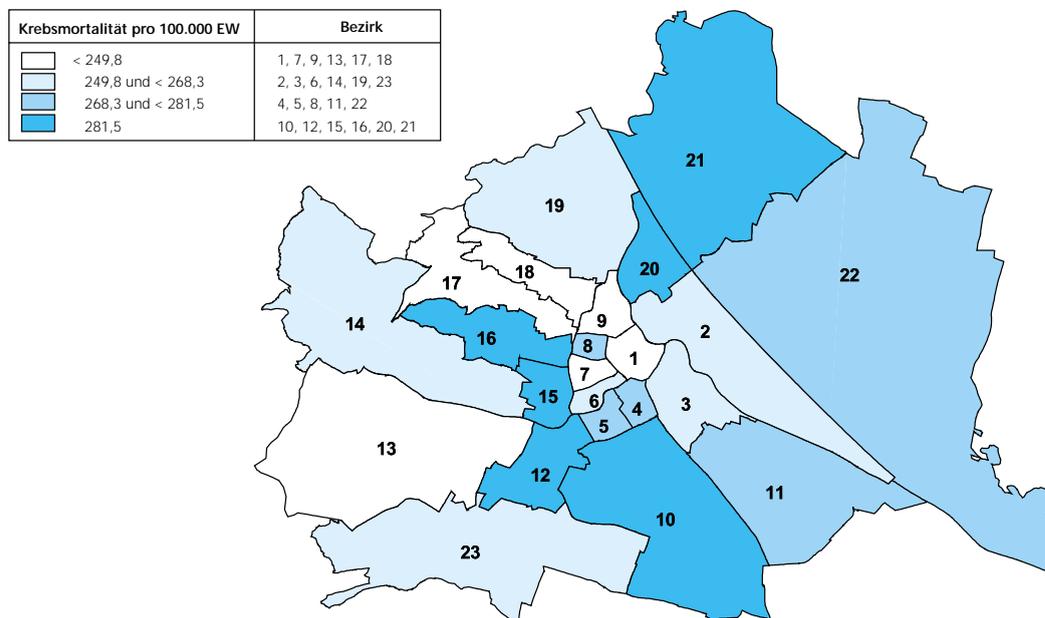
Dr. Gerhard FÜLÖP
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Die Sterblichkeit an Krebs leistet bei beiden Geschlechtern einen erheblichen Beitrag zu den regionalen Unterschieden innerhalb Wiens in Bezug auf Lebenserwartung und Gesamtsterblichkeit.

Sie ist im 10. Bezirk für beide Geschlechter gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöht, bei den Männern außerdem noch im 15. und im 20. Bezirk – also durchwegs in Regionen, für die eine sehr ungünstige sozioökonomische Struktur festzustellen ist. Außerdem sind der 11. und der 12. Bezirk in Bezug auf beide Geschlechter sowie die Gebiete nördlich der Donau von einer überhöhten Krebsmortalität betroffen – also wiederum Regionen mit eher ungünstiger Sozialstruktur. In den Gebieten mit günstiger sozioökonomischer Struktur im Zentrum und im Westen Wiens ist die Krebssterblichkeit deutlich niedriger – insbesondere im 13. Bezirk, wo die Krebsmortalität bei beiden Geschlechtern signifikant unter dem Wiener Landesdurchschnitt liegt.

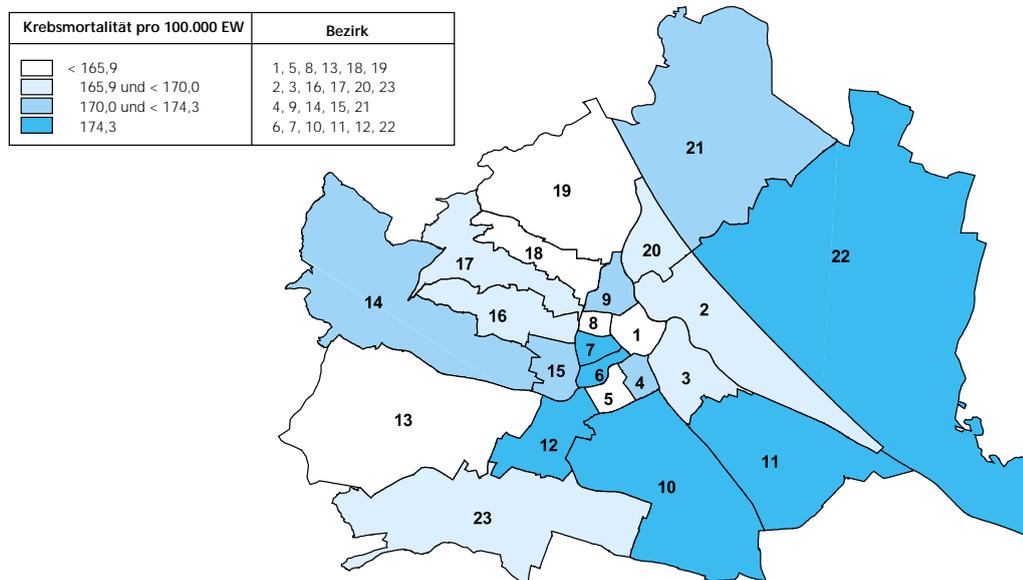
Das bedeutet, dass nicht nur Lebenserwartung und Gesundheitszustand im Allgemeinen, sondern auch die Krebssterblichkeit im Besonderen Zusammenhänge mit den sozioökonomischen Rahmenbedingungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erkennen lässt. Als wichtigste Verursacher von Krebserkrankungen werden in der Literatur immer wieder ungünstiges Ernährungsverhalten, Rauchen und Stressexposition genannt. Die ersten beiden Faktoren sind in unteren sozialen Schichten und daher auch in den sozioökonomisch benachteiligten Bezirken häufiger vorzufinden als in den oberen Schichten, wodurch die vermuteten Zusammenhänge erneut – wenn auch indirekt – bestätigt werden.

Grafik 34: Krebsmortalität¹ der Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998



1) An Krebs Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 35: Krebsmortalität¹ der Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998

1) An Krebs Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

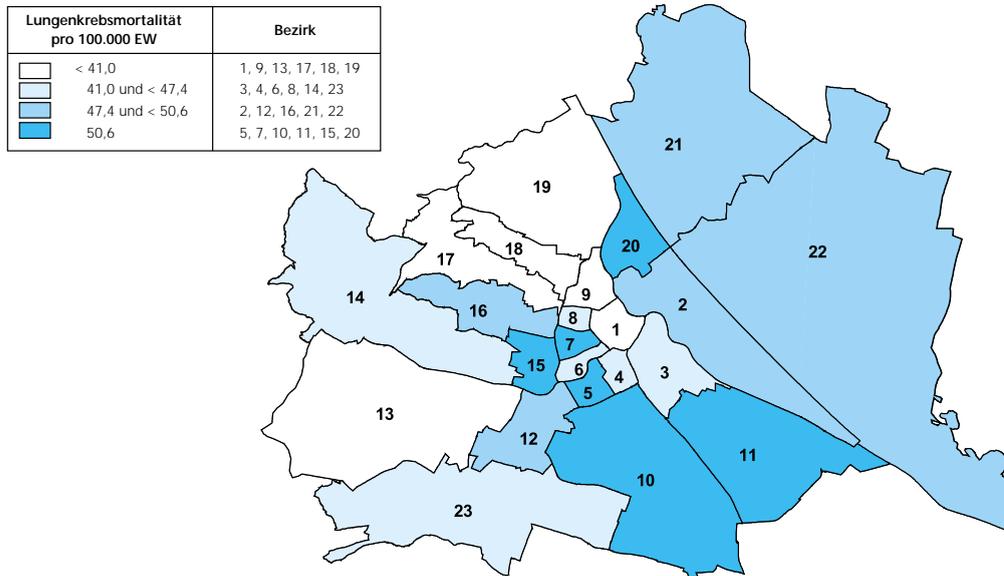
Die für die Krebssterblichkeit in Wien quantitativ bedeutsamsten Lokalisationen sind bei den Männern der Lungenkrebs, der Prostatakrebs sowie gastrointestinale Krebserkrankungen (insbesondere Darmkrebs), bei den Frauen der Brustkrebs, gefolgt von Lungenkrebs und gastrointestinalen Krebserkrankungen (insbesondere Darmkrebs). In Bezug auf diese Krebserkrankungen wurde für den Zeitraum 1989–1998 festgestellt, dass bei den Männern in folgenden Bereichen eine gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Krebsmortalität auftrat: Lungenkrebs (15. und 20. Bezirk), Darmkrebs (15. Bezirk), Magenkrebs (10. Bezirk). Bei den Frauen konnten auf Grund der geringen regionalen Schwankungen in keiner der untersuchten Erkrankungsgruppen signifikante Abweichungen festgestellt werden.

Nachfolgend werden die räumlichen Verteilungsmuster der quantitativ wichtigsten Krebslokalisationen genauer dargestellt.

Lungenkrebs

Die Lungenkrebsmortalität ist im 5., 7., 10., 15. und 20. Bezirk erhöht, im 13. und im 17. Bezirk hingegen signifikant niedriger als im landesweiten Durchschnitt. Es zeigt sich eine beachtliche Übereinstimmung des räumlichen Verteilungsmusters mit jenem zum Anteil der Nie-RaucherInnen. Im 15. Bezirk zeigt sich der Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Rauchverhalten (gemessen in Nie-RaucherInnen-Anteilen) am deutlichsten.

Grafik 36: Lungenkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)



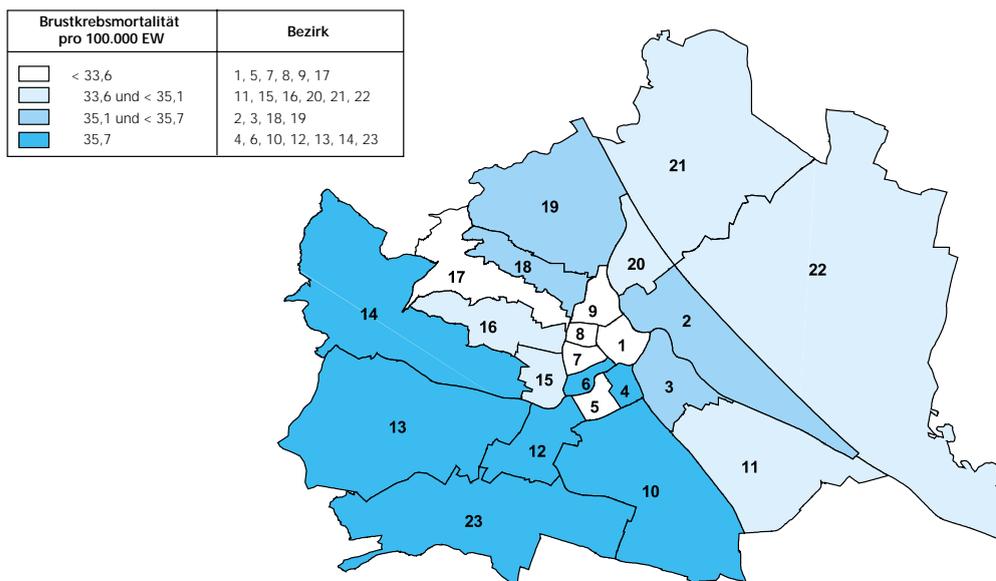
1) An Lungenkrebs Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Brustkrebs

Die Brustkrebsmortalität ist im Süden und Südwesten Wiens erhöht, im innerstädtischen Bereich und im Nordwesten hingegen vergleichsweise niedrig. Die Schwankungen zwischen den Bezirken sind allerdings sehr gering, sodass keine signifikanten Abweichungen vom Wiener Landesdurchschnitt festgestellt werden können.

Grafik 37: Brustkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (weiblich)



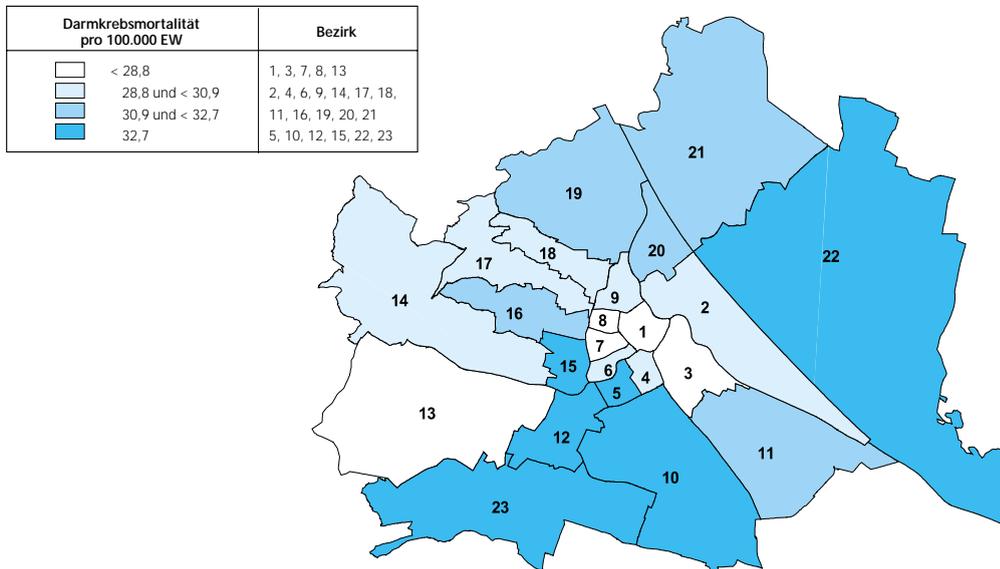
1) An Brustkrebs Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Darmkrebs

Die Darmkrebsmortalität ist im 15. Bezirk stark erhöht (statistisch signifikant), in den sozioökonomisch besser gestellten Bezirken hingegen tendenziell niedriger.

Grafik 38: Darmkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)



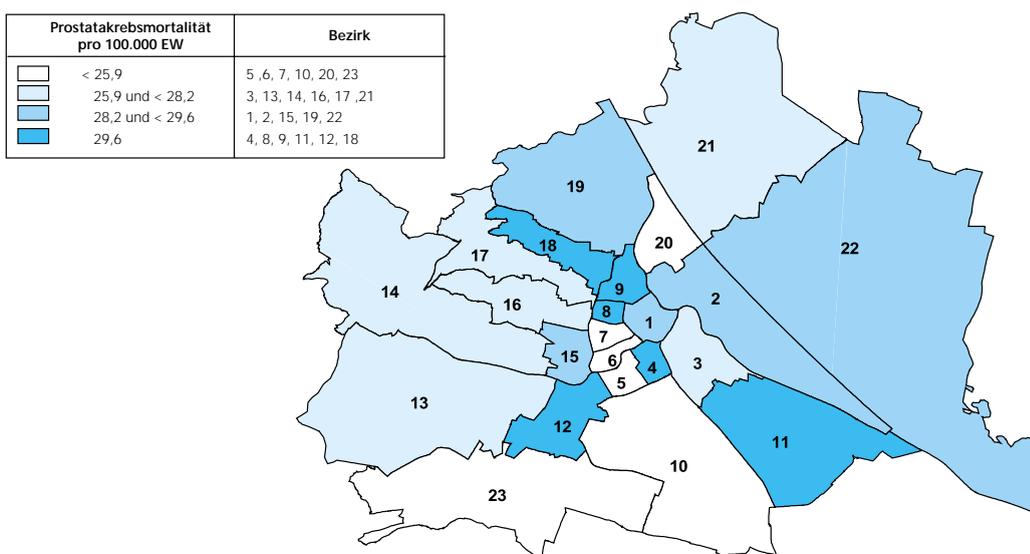
1) An Darmkrebs Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Prostatakrebs

Die Prostatakrebsmortalität ist im 4., 8., 9., 11., 12. und 18. Bezirk etwas erhöht, unterliegt insgesamt aber nur geringen Schwankungen zwischen den Bezirken, sodass keine signifikanten Abweichungen vom Landesschnitt feststellbar sind.

Grafik 39: Prostatakrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998



1) An Prostatakrebs Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

4.5 Mentale Gesundheit/psychische Störungen

4.5.1 Depression

Zusammenfassung

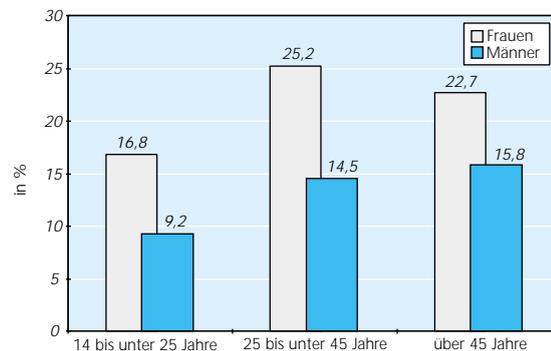
Depressionen gehören mit 17 Prozent Lebenszeitprävalenz zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Von den rein monopolen Depressionen sind Frauen etwa doppelt so oft betroffen wie Männer. Als Ursache für sowohl monopole Depressionen als auch bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankung) werden biologische und psychosoziale Faktoren im Sinne einer Disposition angenommen, die spontan oder in Verbindung mit belastenden Lebensereignissen zu einer Störung im Neurotransmitterhaushalt führen. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten depressiven Phase erneut zu erkranken, ist bei depressiven PatientInnen sehr hoch. Das Suizidrisiko ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stark erhöht. Eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation der Depression kombiniert medikamentöse Therapie mit modernen Antidepressiva und psychotherapeutischen Methoden und berücksichtigt den sozialen Kontext und die Familienbiografie der PatientInnen.

Summary: Depressions

Depressions are among the most frequent psychiatric diseases with a lifetime prevalence of 17 percent. Women are affected twice as often by monopolar depressions as men. Biological and psychosocial factors, i.e. dispositions which trigger imbalances in the neuro-transmitter system either spontaneously or as a consequence of strenuous events, are considered the main causes for both monopolar depressions and bipolar disorders (manic-depressive disorders). The probability of recurrence after a first bout of depression is particularly high for both men and women. Patients suffering from depressions are far more likely to commit suicide than the rest of the population. There is successful treatment and rehabilitation for patients afflicted with depressions, based on a combination of highly-developed anti-depressants and psychotherapy, bearing in mind the social context and family background of the patients.

Depressionen gehören mit etwa 17 Prozent **Lebenszeitprävalenz** (das ist die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit für die gesamte Lebensspanne) zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Obwohl die Hälfte davon gering- bis mäßiggradig ausgeprägt ist, erreichen auch etliche klinische und volkswirtschaftliche Relevanz. Studien der WHO gehen davon aus, dass in etwa 15 Jahren Depressionen neben Krebs und Herz-Kreislauf-Problemen zu den am meisten verbreiteten Erkrankungen weltweit zählen werden.

Frauen sind etwa doppelt so oft von monopolen Depressionen betroffen wie Männer. Verantwortlich dafür sind neben sozialen Faktoren u. a. auch hormonelle Einflüsse. Eine häufige **Ursache für Depression** bei Frauen dürfte in unbefriedigenden Lebensumständen liegen (z. B. ungleiche Verteilung der Hausarbeit, größerer Anteil bei der Kinderversorgung, etc.): Frauen haben oder empfinden eine geringere Kontrolle über wichtige Bereiche ihres Lebens, was zu einem chronischen psychischen Druck führt. Der chronische Druck mündet in Grübeleien und diese führen letztlich zu noch höherem Druck. Frauen nehmen weiters nicht nur häufiger Psychotherapien in Anspruch, sie schlucken auch mehr Tabletten (v. a. Psychopharmaka, Beruhigungsmittel, etc.). Die Ergebnisse einer deutschen Studie zeigen diese Zusammenhänge sehr deutlich auf, da die 25- bis 45-jährigen Frauen in dieser Stichprobe die höchste Depressionsrate aufweisen. Den Ergebnisse dieser Studie zufolge leiden insgesamt 13 Prozent der 14- bis unter 25-Jährigen, 23 Prozent der 25- bis unter 45-Jährigen und 21 Prozent der über 45-Jährigen an Depressionen.

Grafik 40: Depressive Störungen nach Geschlecht (in %)

Quelle: APA-Journal – Gesundheit, 22.3.2000: Nervenheilkunde 1999 (Deutsche Studie)

Univ.-Prof. Dr. Siegfried KASPER⁴⁰ beobachtet **geschlechtsspezifische Symptome** der Depression. Während depressive Frauen „trauern“ und über Freud- und Antriebslosigkeit klagen, sind bei den Männern „Ärger-Attacken“, Aggressivität und Irritabilität charakteristisch. Ein wichtiger Hinweis ist der Alkoholkonsum: Typisch bei depressiven Männern ist das „Entlastungstrinken“. Die unterschiedliche Erscheinungsform der Depression führt oft dazu, dass bei Männern Depressionen nicht erkannt werden. Auf dem Gebiet der geschlechtsspezifischen Behandlung (auch auf medikamentöser Ebene) besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Die **Rückfallsquote** bei Depressionen ist sehr hoch. Rund 75 Prozent aller PatientInnen erleiden nach einer ersten depressiven Phase irgendwann einen Rückfall.

Höheres **Lebensalter** allein stellt keinen unmittelbaren Risikofaktor für die Ausbildung einer Depression dar, allerdings treten eine Reihe von Auslösefaktoren auf, z. B. körperliche Erkrankungen, soziale Ereignisse wie der Tod des/der LebenspartnerIn oder psychische Konflikte wie das Gefühl des Verlassenwerdens durch die Kinder. Etwa 11–18 Prozent der über 60-Jährigen entwickeln Depressionen. Ein häufiges Problem stellt die Überlappung von körperlichen Symptomen einer Depression mit den Symptomen einer vorhandenen körperlichen Erkrankung dar. So wird das Leiden zu selten erkannt und wahrscheinlich noch viel seltener wirksam behandelt. Depressionen im höheren Lebensalter müssen daher sehr sorgfältig – wenn möglich multiprofessionell – diagnostiziert werden, um diesen PatientInnen in einem ganzheitlichen Sinne sowohl Psychotherapie und andere soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen als auch die jeweils geeignete medikamentöse Behandlung zu finden.

Eine erfolgreiche **Behandlung und Rehabilitation** von affektiven Störungen ist nur im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext der PatientInnen möglich. Es müssen daher, neben der medizinischen Behandlung im engeren Sinn, auch Aspekte der Beschäftigung, des Wohnens, des sozialen Umfeldes überhaupt berücksichtigt werden. Biologische, psychologische und soziale Hilfen sind nach Prim. Dr. Marion KALOUSEK gleichwertig zu betrachten und müssen durch verschiedene TherapeutInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, etc.) unter Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Angehörigen abgedeckt werden.

⁴⁰ Medical Week, 3/2000: „Depressionen beim Mann: Krawallisieren statt Traurigsein“.

4.5.1.1 Depression aus medizinischer Sichtweise

O. Univ.-Prof. Dr. Siegfried KASPER
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie

In den vergangenen 20 Jahren wurde die Diagnostik depressiver Erkrankungen international standardisiert und operationalisiert und dadurch sowohl für die Forschung als auch für die Praxis leichter handhabbar gemacht. Die Therapie dieser häufigen Erkrankung hat durch die Einführung moderner antidepressiver Therapieverfahren, z. B. der Antidepressiva, die bei gleicher Effektivität ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweisen, eine höhere Akzeptanz bei den PatientInnen bewirkt. Darüber hinaus haben auch spezifische psychotherapeutische Verfahren wie die interpersonelle Psychotherapie und die kognitive Verhaltenstherapie eine wertvolle Bereicherung der Therapiemöglichkeiten bewirkt. Diese spezifischen, nebenwirkungsarmen Therapieformen sind insofern von Bedeutung, als bei der Behandlung depressiver Erkrankungen meist eine Langzeitbehandlung indiziert ist, um das Rückfallsrisiko zu minimieren.

4.5.1.1.1 Ursachen und Häufigkeit depressiver Krankheitsbilder

Das Vorhandensein und Zusammenwirken von biologischen und psychologischen Variablen wird im Sinne einer Disposition als Verletzlichkeit (Vulnerabilität) für die Entstehung einer Depression gekennzeichnet. Neben dem spontanen Auftreten depressiver Verstimmungen können belastende Lebensereignisse (life events) sowie chronische Belastungen depressive Episoden auslösen. Im Sinne einer multifaktoriellen Genese münden diese in eine gemeinsame Endstrecke und führen zu einer Veränderung der in der Pathogenese wichtigen Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin.

Depressionen (depressive Episoden nach ICD-10⁴¹) gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. In der allgemein-medizinischen Praxis stellen sie wahrscheinlich jene Krankheitsgruppe dar, mit welcher HausärztInnen am öftesten konfrontiert sind. Etwa 17 Prozent der Gesamtbevölkerung (Lebenszeitprävalenz) weisen im Verlauf ihres Lebens einmal eine depressive Episode auf. Etwa die Hälfte davon, also ca. 8 bis 10 Prozent leiden an einer depressiven Episode, die zwar gering ausgeprägt, aber immerhin noch relevant ist.

4.5.1.1.2 Symptome und Diagnostik⁴²

Zurzeit werden international zwei führende und miteinander weitgehend vergleichbare Diagnosesysteme verwendet: die 10. Revision der Internationalen Klassifikation (ICD-10), sowie das amerikanische System DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision). Die früher nach ICD-9 als „endogene Depression“ bezeichnete Erkrankung der Depression wird nun nach ICD-10 als „depressive Episode“ und nach DSM-IV als „Major Depression“ bezeichnet (siehe Tabellen 1 und 2). Die Diagnose kann auf Grund des Vorliegens von Haupt- und anderen häufigen Symptomen gestellt werden; sowohl die Anzahl, der Ausprägungsgrad als auch die Zeitdauer von zwei Wochen sind in einem Manual standardisiert.

Bei der am häufigsten vorkommenden unipolar verlaufenden Depression leiden die PatientInnen ausschließlich unter depressiven Episoden. Bei der bipolaren Depression treten auch manische bzw. hypomanische Krankheitsepisoden auf. Die Dysthymia ist durch eine depressive Grundgestimmtheit gekennzeichnet, die über eine längere Zeit des Lebens (mindestens zwei Jahre) andauert (mehr schlechte als gute Tage). Nach ICD-10 ist die Ausprägung der Symptome bei der Dysthymia jedoch geringer als bei der depressiven Episode. Bei der depressiven Anpassungsstörung kommt es zu einer milden depressiven Gestimmtheit im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Ereignissen (z. B. Veränderung im beruflichen bzw. familiären Gefüge) und bei der schizoaffektiven Psychose liegen sowohl Symptome der Schizophrenie als auch solche der depressiven Episode vor.

⁴¹ ICD-10: Internationale Klassifizierung der Erkrankungen (WHO).

⁴² Weiterführende Literatur: KASPER, S. & MÜLLER-SPAHN, F. (1997): Depression. Diagnose und Pharmakotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart.

Tabelle 33: Hauptformen depressiver Erkrankungen nach ICD-10

Klinische Einteilung	ICD-10 Klassifizierung	ICD-10 Code
unipolare Depression	depressive Episode ¹⁾	F32
bipolare Depression	rezidivierende depressive Episode ¹⁾	F33
Dysthymia (depressive Neurose, anhaltende milde Depression)	bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode ¹⁾	F31
depressive Anpassungsstörung	Dysthymia	F34.1
schizoaffektive Psychosen	Anpassungsstörung	F43.2
organisch bedingte Depression (z. B. Morbus Cushing)	schizodepressive Störung	F25.1
Demenz und depressive Symptome	organisch depressive Störung	F06.32
	Demenz und vorwiegend depressive Symptome ²⁾	F00–F03.X3

1) Ausprägungsgrad: leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F33.2).

2) Ausschluss der Kriterien für eine depressive Episode (F32), ansonsten werden beide klassifiziert.

Tabelle 34: Symptome der depressiven Episode nach ICD-10

Hauptsymptome	andere häufige Symptome
2 oder 3 Hauptsymptome müssen vorhanden sein	2 bis 4 Symptome müssen vorhanden sein
Dauer: mindestens 2 Wochen	
1. gedrückte Stimmung 2. Interessen-/Freudlosigkeit 3. Antriebsstörung	1. Konzentration sinkt 2. Selbstwertgefühl sinkt 3. Schuldgefühl 4. Hemmung/Unruhe 5. Selbstschädigung 6. Schlafstörung 7. Appetitminderung

4.5.1.1.3 Therapie der Depression

Vor der Einleitung einer sowohl medikamentösen als auch psychotherapeutischen Behandlung empfiehlt sich eine Routineuntersuchung, die verschiedene körperliche Parameter beinhaltet. Die medikamentöse Therapie stützt sich auf eine exakte psychiatrische und organmedizinische Diagnostik und sollte syndromorientiert Verwendung finden. Bei der Auswahl einer medikamentösen antidepressiven Therapie sollten für die verschreibenden ÄrztInnen sowohl die Klassifizierung der Antidepressiva, die meist auch den Wirkmechanismus charakterisiert, als auch die Halbwertszeit sowie die Toxizität bei Überdosis bzw. potenziell toxische Kombinationen mit anderen Pharmaka bekannt sein. Auf Grund der besseren Verträglichkeit sollte im Sinne der *nebenwirkungsgeleiteten Indikationsstellung* den neueren Medikamenten, wie sie z. B. die Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) darstellen, der Vorzug gegeben werden.

Von klinischer Relevanz ist, dass die älteren so genannten Trizyklischen Antidepressive (TZA) bei Überdosierung, z. B. im Rahmen eines Suizidversuches gefährlich sind, da bei einer für einen Zeitraum von 14 Tagen verschriebenen Medikamentenmenge bereits die Dosis letalis besteht, mit der sich der/die PatientIn das Leben nehmen kann. Demgegenüber weisen die neueren Antidepressiva, z. B. SSRIs bzw. andere Gruppen, keine schwer wiegenden Nebenwirkungen auf und sind bei Überdosierung (z. B. Suizidversuch) nicht gefährlich.

Langzeittherapie

Hinsichtlich der Langzeittherapie wurde von nationalen und internationalen Gremien hervorgehoben, dass für den Zeitraum von 4 bis 6 Monaten nach der akuten Therapie, im Sinne einer Erhaltungstherapie, die antidepressive Medikation in der Dosierung beibehalten werden sollte, mit der die Remission erzielt

wurde, und bei Vorliegen spezieller Prädiktoren sollte an eine über mehrere Jahre dauernde prophylaktische Therapie gedacht werden. Empirische Studien haben ergeben, dass eine Dosisreduktion bzw. ein zu frühes Absetzen der antidepressiven Medikation jeweils mit einer Verschlechterung der Symptomatik bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden war.

Bei einer bipolaren affektiven Störung (früher manisch-depressive Erkrankung genannt) sollte zusätzlich bzw. in der Phase der prophylaktischen Therapie evtl. ausschließlich Lithium, Carbamazepin bzw. Valproinsäure verordnet werden, da die alleinige antidepressive Medikation der Plazebogabe gleichzusetzen ist und zum Auftreten einer manischen Verstimmung bzw. zu Mischbildern führt.

Tabelle 35: Wichtigste Mythen bzw. Fallgruben bei der Diagnose und Therapie von Depressionen

- Mythos: Depressionen sind nicht häufig.
Demgegenüber weisen epidemiologische Untersuchungen Lebenszeitprävalenzen bis zu 17 Prozent auf.
- Mythos: Depressionen sind keine Krankheiten, sondern nur Probleme.
Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Depression um eine medizinische Erkrankung vergleichbar mit Hypertonus oder Diabetes Mellitus.
- Mythos: Depressionen sind einmalige Ereignisse.
Im Gegensatz dazu beträgt die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens 75 Prozent.
- Mythos: Depressionen sind nur in der Psyche.
Im Gegensatz dazu besteht ein Auftreten von biochemischen Veränderungen im Zentralnervensystem.
- Häufig „präsentieren“ depressive PatientInnen körperliche Beschwerden und die depressive Verstimmung bzw. weitere Haupt- und andere häufige Symptome werden erst durch exaktes Nachfragen evident.
- Häufig wird eine Depression nicht als solche erkannt, sondern im Zusammenhang mit ubiquitären Lebensumständen erklärt (z. B. Überarbeitung).
- Bei älteren Menschen wird eine Depression häufig verkannt, da dies sowieso zum Alter gehöre.
- Eine Depression kann durch Vorliegen einer Pseudodemenz verkannt werden. Dies kann sowohl anhand klinischer Parameter, als auch anhand apparativer Parameter geklärt werden.
- Es können Depression und Angst vorliegen. Dies beinhaltet, dass initial mit einer niedrigen antidepressiv-medikamentösen Therapie begonnen werden sollte, da ansonsten die Angstsymptomatik verstärkt wird.
- Häufig drängen PatientInnen in der Phase der Erhaltungstherapie auf Reduktion der Dosierung, was jeweils mit einer Symptomprovokation bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden ist.
- Nebenwirkungen von insbesondere älteren Medikamenten, z. B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Gewichtszunahme etc., führen häufig zum Absetzen der Medikation.

4.5.1.1.4 Gesundheitspolitische Relevanz

Depressionen zählen – gemeinsam mit kardiovaskulären Erkrankungen – zu den häufigsten Erkrankungen. Auf Grund epidemiologischer Studien weist die WHO darauf hin, dass sie in Zukunft die am häufigsten gestellte Diagnose sein werden. Depressionen stellen daher ein großes Gesundheitsproblem der heutigen Gesellschaft dar. Untersuchungen haben z. B. ergeben, dass die häufigsten Ursachen von Erwerbsunfähigkeit weltweit für die Depression gegeben sind. Unter den zehn häufigsten Ursachen von Erwerbsunfähigkeit sind fünf psychiatrische Erkrankungen zu finden. Eine Aufklärung der Bevölkerung, verbunden mit einer damit einher gehenden Destigmatisierung erscheint notwendig, um die betroffenen Menschen einer adäquaten Diagnostik und Therapie zuzuführen.

4.5.2 Suizid und Suizidversuch

Zusammenfassung

Die rückläufige Zahl der Selbstmorde in Wien in den letzten Jahren kehrte sich 1999 wieder um: 295 Menschen – 22 mehr als im Jahr zuvor – nahmen sich das Leben. Von diesen Personen entfielen 65 Prozent auf Männer und 35 Prozent auf Frauen. Während bei den Männern die Zahl der Selbstmorde um drei Prozent leicht zurückgegangen ist, gab es bei den Frauen einen sehr starken Anstieg um knapp 38 Prozent auf 102 Personen. Insgesamt ist allerdings die altersstandardisierte Suizidrate der Männer mit 23,2 beinahe dreimal so hoch wie jene der Frauen (8,6). Das Risiko an Suizid zu versterben steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter.

Das Verhältnis zwischen Suiziden und Suizidversuchen wird zwischen 1 : 10 und 1 : 30 angenommen – für Wien dürfte daher eine Einschätzung von etwa 5.000 Suizidversuchen nicht zu hoch gegriffen sein.

Die Suizidprävention kann auf drei Ebenen ansetzen: generelle Suizidprävention (primäre Prävention), indirekte Suizidprävention und direkte Suizidprävention.

Summary: Suicides and attempted suicides

The number of suicides, which had been on the decline in recent years, took a sharp upwards turn in 1999: 295 people, 22 more than the year before, committed suicide. Of these, 65 percent were men and 35 percent were women. While the number of suicides went down slightly (by 3 percent) for men, suicides committed by women went up dramatically by 38 percent. 102 women killed themselves in 1999. Yet the refined suicide rate is still three times as high for men as it is for women, with 23.2 and 8.6 respectively. The risk of dying at one's own hands increases with age for both men and women.

The ratio of suicides to attempted suicides is assumed at 1:10 and 1:30 respectively, which implies that there are approximately 5,000 attempted suicides in Vienna every year.

Suicide prevention could begin at three different levels: general suicide prevention (primary prevention), indirect suicide prevention and direct suicide prevention.

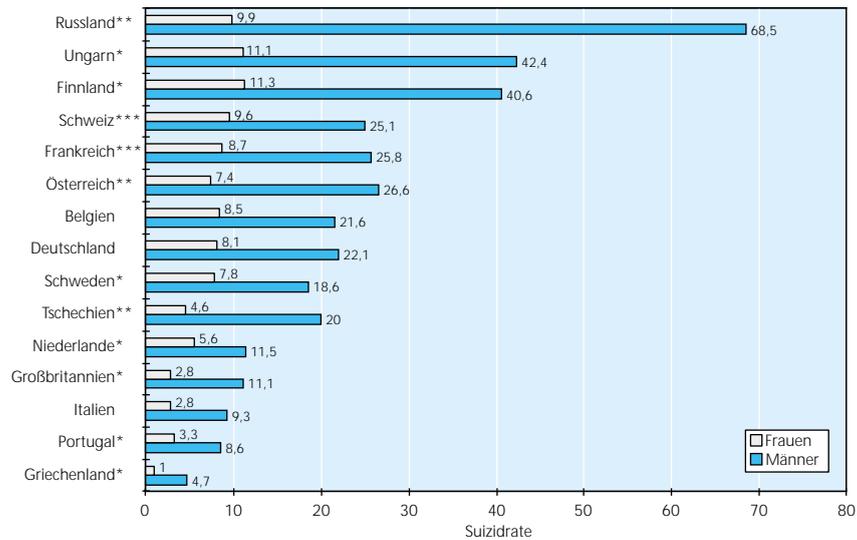
4.5.2.1 Suizide

Ein Vergleich mit **europäischen Ländern** zeigt, dass **Österreich** zu der Gruppe von Ländern mit höheren Suizidraten (Anzahl der Suizide pro Jahr und 100.000 EinwohnerInnen) zählt. Eine besonders hohe Suizidrate weist Russland auf, was als Folge des Zusammenbruchs des kommunistischen Systems und der tristen wirtschaftlichen Lage dieses Landes verstanden werden kann. Die niedrigsten Suizidraten finden sich in südeuropäischen Ländern wie Griechenland, Portugal und Italien (vgl. Grafik 41). Durchwegs liegen die Suizidraten der Männer um ein Vielfaches über jener von Frauen.

Wien galt lange Zeit als die Hochburg des Suizids in Österreich. Tatsächlich ist dies jedoch nur bis in die 60er Jahre dieses Jahrhunderts richtig. Ab 1970 reiht sich Wien in das Mittelfeld ein und liegt seit Mitte der 80er Jahre unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Anzahl der Suizide nimmt in Wien seit dem 2. Weltkrieg – mit Ausnahme eines leichten Anstiegs von 1968–1986 – kontinuierlich ab (siehe Grafik 42), während die meisten anderen Bundesländer insgesamt zulegen. Trotz eines generellen Rückganges ab Mitte der 80er Jahre verzeichnen die Steiermark, Salzburg, Kärnten und zuletzt auch Oberösterreich die höchsten Raten.

In Österreich starben bis 1987 pro Jahr ungefähr 2.000 Personen durch Suizid. Seither ist ein deutlicher Rückgang auf 1.555 Personen im Jahr 1999 festzustellen. Das bedeutet, dass im Jahr 1999 von 100.000 ÖsterreicherInnen 19 durch Suizid verstarben.

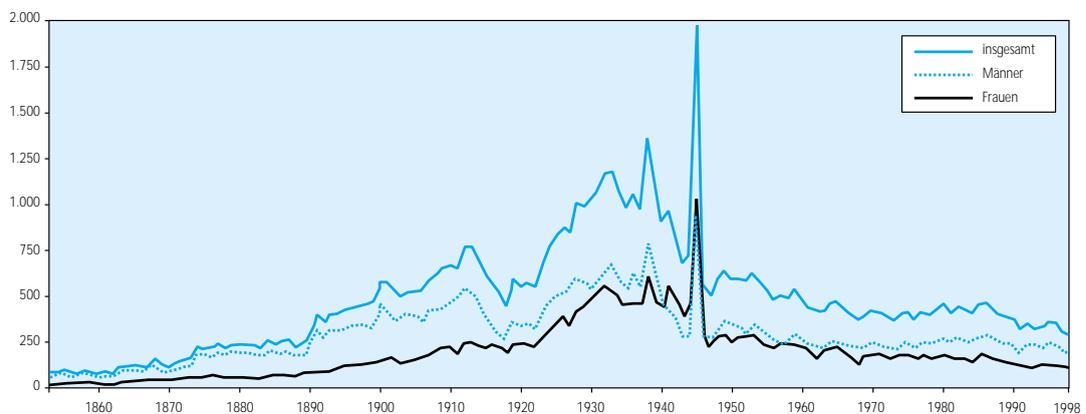
Grafik 41: Suizidraten in ausgewählten europäischen Ländern



* 1996; ** 1995; *** 1994; Deutschland: 1997; Italien: 1993

Quelle: WHO – Regional Office for Europe, online statistics.

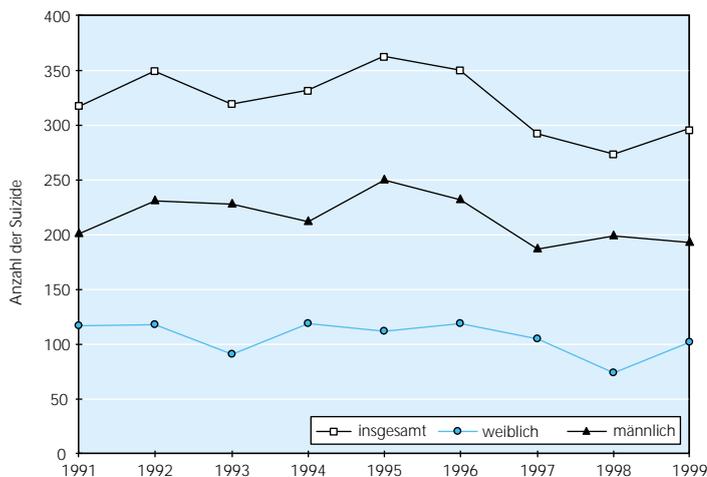
Grafik 42: Suizide in Wien 1853–1998



Grafik: Martin Voracek

Wien unterschritt 1997 erstmals seit 100 Jahren die Marke von 300 Suiziden. Der Rückgang auf den bisherigen Tiefststand von 273 Suizidopfern im Jahr 1998 ist insbesondere auf den drastischen Rückgang der weiblichen Selbstmorde zurückzuführen.

1999 nahmen sich in Wien 295 Menschen das Leben, das sind 22 mehr als im Jahr zuvor. Von diesen Personen entfielen 65 Prozent auf Männer und 35 Prozent auf Frauen. Während bei den Männern die Zahl der Selbstmorde um 3 Prozent leicht zurückgegangen ist, gab es bei den Frauen einen sehr starken Anstieg um knapp 38 Prozent auf 102 Personen.

Grafik 43: Suizid nach Geschlecht, Wien 1991–1999

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Tabelle 36: Suizid und Suizidversuch (absolute Häufigkeit), Wien 1991–1999

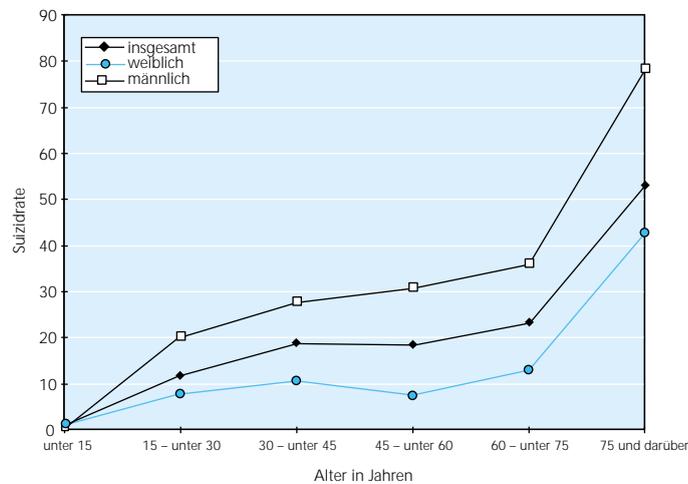
Jahr	Suizide			Suizidversuche		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
1991	117	201	318	190	213	403
1992	118	231	349	203	235	438
1993	91	228	319	232	247	479
1994	119	212	331	203	254	457
1995	112	250	362	263	270	533
1996	119	232	351	318	239	557
1997	105	187	292	270	265	535
1998	74	199	273	212	170	382
1999	102	193	295	221	164	385

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Die altersstandardisierte Suizidrate der **Männer** ist mit 23,2 beinahe dreimal so hoch wie jene der **Frauen** mit 8,6, wobei das Risiko an Suizid zu versterben bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem **Alter** steigt (mit Ausnahme der 45- bis 60-Jährigen Frauen): Während Männer in der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen eine Suizidrate von 20,1 und gleichaltrige Frauen eine Rate von 7,7 haben, weisen Männer im Alter von 75 Jahren und darüber eine Suizidrate von rund 78,1, Frauen derselben Altersgruppe eine Rate von 42,8 auf.

Österreichweit betrachtet ist die höchste Suizidrate mit 122,0 bei Männern über 85 Jahren zu beobachten, bei Frauen der gleichen Altersgruppe beträgt sie 38,4 (vgl. Wien: 115,9 bei den Männern ab 85 Jahren; 68,9 bei den Frauen ab 85 Jahren).

Grafik 44: Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Tabelle 37: Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999

Alter in Jahren	Suizidraten nach Geschlecht		
	weiblich	männlich	insgesamt
unter 15	0,9	-	0,4
15 – unter 30	7,7	20,1	11,9
30 – unter 45	10,7	27,7	19,3
45 – unter 60	7,6	30,7	18,9
60 – unter 75	12,9	36,0	22,9
75 und darüber	42,8	78,1	52,8

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Tabelle 38: Suizid und Suizidversuch nach Alter (absolute Häufigkeit), Wien 1999

Alter in Jahren	Suizide			Suizidversuche		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
unter 15	1	-	1	1	3	4
15 – unter 20	-	5	5	19	13	32
20 – unter 25	4	8	12	25	19	44
25 – unter 30	7	10	17	43	22	65
30 – unter 35	7	21	28	23	17	40
35 – unter 40	7	17	24	27	18	45
40 – unter 45	8	21	29	21	19	40
45 – unter 50	4	13	17	13	15	28
50 – unter 55	5	16	21	7	5	12
55 – unter 60	4	21	25	5	7	12
60 – unter 65	3	15	18	3	5	8
65 – unter 70	6	5	11	3	2	5
70 – unter 75	6	12	18	4	4	8
75 – unter 80	11	12	23	7	2	9
80 und darüber	29	17	46	16	12	28
unbekannt	-	-	-	4	1	5

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Bezieht man die Suizide auf den **Familienstand** der Opfer und berechnet man die Anzahl der erfolgten Selbstmorde auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe, so zeigt sich, dass insgesamt die Verheirateten – knapp unter jener der Ledigen – die geringste, die Geschiedenen die höchste Suizidrate haben (Tabelle 39). Der Unterschied zwischen den Verheirateten und den Ledigen wird umso deutlicher, wenn man von der Gruppe der Ledigen jene Personen abzieht, die auf Grund ihres Alters noch nicht verheiratet sind (0- bis 15-Jährige): Im Vergleich zu den Verheirateten ist die Suizidrate der Ledigen dann fast doppelt so hoch, die Rate der Verwitweten dreimal und diejenige der Geschiedenen fast fünfmal so hoch. Die geringste Suizidrate weisen verheiratete Frauen (2,6) auf, die höchste geschiedene oder verwitwete Männer (94,3 bzw. 77,4). Unabhängig vom Familienstand sind die Suizidraten bei den Männern durchwegs höher als bei den Frauen.

Tabelle 39: Suizide bezogen auf den Familienstand pro 100.000 EW, Wien 1999

Familienstand	Suizidraten nach Geschlecht		
	weiblich	männlich	insgesamt
ledig	9,3	17,4	13,6
ledig ab 15 Jahre	14,2	26,9	20,9
verheiratet	2,6	21,6	12,2
verwitwet	35,3	77,4	41,4
geschieden	32,1	94,3	54,5

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Die häufigste **Suizidmethode** in **Österreich** ist bei Männern und Frauen das Erhängen. Etwa 36 Prozent aller Suizide der **Frauen** werden durch Erhängen verübt, etwa 18 Prozent durch Vergiften und 17 Prozent durch Sturz aus der Höhe. Bei **Männern** erfolgen 61 Prozent aller Suizide durch Erhängen, 23 Prozent durch Erschießen und etwa 6 Prozent durch Sturz aus der Höhe.

Auch hier verhält es sich jedoch in **Wien** anders: Bei den **Frauen** verstarben 34 Prozent durch Sturz aus der Höhe, 31 Prozent durch Vergiften und 23 Prozent durch Erhängen. Bei den **männlichen** Suiziden erfolgten hingegen nur 15 Prozent durch Sturz aus der Höhe, nur 12 Prozent durch Vergiften, aber 37 Prozent durch Erhängen und 24 Prozent durch Schusswaffen.

Insgesamt waren aber auch in Wien die am häufigsten angewandten Mittel der Todesart Erhängen, Erdrosseln und Ersticken, gefolgt von Sturz aus der Höhe, Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen und Verwendung von Schusswaffen und Explosionsstoffen. Während Männer ihr Leben am häufigsten durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken sowie mit Hilfe von Schusswaffen und Explosionsstoffen beendeten, wählten Frauen am häufigsten den Sturz aus der Höhe und die Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen; erst an dritter Stelle folgten Erhängen, Erdrosseln und Ersticken. Nur ein geringer Teil der Frauen griff zu Schusswaffen oder Explosionsstoffen (Tabelle 40).

Nach **Jahreszeiten** betrachtet finden sich in Wien im Jahre 1999 die meisten Suizide im September (41 Selbstmorde) und im März (30 Selbstmorde). Langjährige Beobachtungen zeigten Gipfel im April/Mai und – etwas schwächer ausgeprägt – im September/Oktober.

4.5.2.2 Suizidversuche

Über die Anzahl der Suizidversuche gibt es nur Vermutungen, weil hier eine genaue Erhebung außerordentlich schwierig und aufwändig ist (**Dunkelziffer**). Unter Fachleuten besteht Konsens darüber, dass sich die Zahl der Suizide zu jenen der Suizidversuche zwischen **1 : 10 und 1 : 30** bewegen dürfte. In Wien gibt es daher mit Sicherheit einige Tausend Suizidversuche im Jahr, auf jeden Fall aber mehr, als in den „offiziellen“ Tabellen zum Ausdruck kommt.

Tabelle 40: Suizid und Suizidversuch nach dem angewandten Mittel der Todesart, Wien 1999

angewandtes Mittel der Todesart	Suizide			Suizidversuche		
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.
Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen	31	23	54	116	54	170
Vergiftung mit im Haushalt verwendeten Gasen	–	–	–	–	–	–
Vergiftung mit sonstigen Gasen	2	2	4	–	1	1
Erhängen, Erdrosseln und Ersticken	23	71	94	5	6	11
Ertrinken	2	2	4	–	–	–
Schusswaffen und Explosionsstoffe	2	46	48	–	5	5
Schneidende und stechende Gegenstände	2	7	9	63	59	122
Sturz aus der Höhe	35	28	63	25	19	44
Überfahrenlassen	4	9	13	3	6	9
elektrischer Strom	1	–	1	1	2	3
sonstige und nicht näher bezeichnete Methoden	–	5	5	8	12	20

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Eine Gesamtzahl von etwa **5.000 Suizidversuchen pro Jahr in Wien** scheint daher – nach regionalen Untersuchungen hochgerechnet – nicht zu weit gegriffen. Wie Wiener Untersuchungen Mitte der 90er Jahre⁴³ zeigen, werden in amtlichen Statistiken die niedrigsten Zahlen angegeben, etwas höhere Zahlen erhält man über das Rettungswesen, noch etwas höher sind die Angaben der Krankenhäuser, deren Krankengeschichten verlässlicher als die Entlassungsdiagnosen sind. Die höchsten Angaben sind jedoch über Psychosoziale Einrichtungen zu bekommen, die gemeinsam mit Angaben über das Gesundheitssystem etwa die Hälfte aller vermuteten Suizidversuche identifizieren.

Bei den Suizidversuchen handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um Vergiftungen oder Alkohol- und Medikamentenüberdosierungen.⁴⁴ Vor allem von Frauen wird diese Methode eindeutig bevorzugt. Ebenfalls bei beiden Geschlechtern an zweiter bzw. dritter Stelle stehen schneidende und stechende Gegenstände sowie – mit Abstand – Sturz aus der Höhe.

Laut amtlicher Wiener Statistik versuchten 1999 385 Personen (davon 221 Frauen und 164 Männer), sich das Leben zu nehmen. Im Vergleich zu 1998 stellt dies keine nennenswerte Veränderung der Selbstmordversuche dar, gegenüber 1997 allerdings bedeutet es einen Rückgang um fast 30 Prozent (vgl. Tabelle 40).

Von Suizidversuchen sind mehrheitlich andere Altersgruppen betroffen als von vollzogenen Suiziden. So dürften besonders jüngere Menschen höhere Raten aufweisen als ältere. Rechnet man die gemeldeten Selbstmordversuche auf die Wiener Bevölkerung hoch, so ergeben sich die höchsten Raten für die Altersgruppe der 15- bis 30-Jährigen (1999: Frauen: 60,7 Selbstmordversuche pro 100.000 Einwohnerinnen, Männer: 38,1 pro 100.000 Einwohner, zusammen: 23,9 pro 100.000 EinwohnerInnen). Eine deutsche Untersuchung⁴⁵ weist darauf hin, dass die Wiederholung eines Suizidversuches meist relativ kurz – innerhalb von sechs Monaten – nach dem Erstversuch geschieht.

4.5.2.3 Ursachen

Der Suizid stellt meist das Ende einer längeren Entwicklung des/der Betroffenen dar. Besonders suizidgefährdet sind vor allem Angehörige bestimmter Risikogruppen. Dazu zählen in erster Linie Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige, depressive Menschen (auch Menschen, die an schweren psychischen Erkrankungen mit Begleitdepression leiden), alte und vereinsamte Menschen sowie Menschen, die den Suizid ankündigen und letztlich auch solche, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben.

⁴³ ETZERSDORFER, E.; WANCATA, J.; SONNECK, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? In: Wiener Klinische Wochenschrift 106/3, S. 63–68.

⁴⁴ SONNECK, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? S. 63–68.

⁴⁵ SCHMIDKE, A.; WEINACKER, B.; FRICKE, S. (1996): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In: Nervenheilkunde 15, S. 496–506.

Etwa die Hälfte aller Suizide werden von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen unternommen, wobei affektive oder schizophrene Psychosen deutlich überrepräsentiert sind. Die andere Hälfte bilden Personen mit schwieriger Persönlichkeitsentwicklung und/oder belastenden und problemreichen Lebensbedingungen (Risikogruppen).

Psychisch Kranke, die fast immer auch an Depressionen leiden, weisen schon deshalb eine besondere Krisenanfälligkeit auf, weil deren Kompensationsmöglichkeiten von Belastungen, Veränderungen, plötzlichen und unerwarteten Schicksalsschlägen und dergleichen nicht ausreichend sind. Die letztendlichen Gründe für einen Suizid und viele Suizidversuche sind jedoch wie bei allen anderen Menschen Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Überforderung, das Gefühl der Ausweglosigkeit und der Einsamkeit und der Unerträglichkeit des Lebens.

4.5.2.4 Suizidprävention

Um Suizidgefährdeten zu helfen, bieten sich **drei Ebenen der Suizidprävention** an:

- 1. Generelle Suizidprävention** (im Sinne von primärer Prävention) bedeutet unterstützende Maßnahmen (psychologische, pädagogische und soziale), die dahin gerichtet sind, die Fähigkeit der Menschen zu erhöhen, ihr eigenes Leben zu gestalten und dementsprechend auch ihre Fähigkeiten zu stärken, um mit Lebenskrisen und Suizidproblemen zurecht zu kommen. Darin beinhaltet sind auch Maßnahmen, die generell Gewalt verhüten oder zumindest abschwächen können.
- 2. Indirekte Suizidprävention** ist darauf gerichtet, die Anzahl der Suizidhandlungen in Risikogruppen und Risikosituationen dadurch zu reduzieren, dass Maßnahmen gesetzt werden, die auf den Hintergrund der Krise, also die Krisenanfälligkeit bzw. die Suizidneigung abzielen. Diese Maßnahmen schließen auch Umweltfaktoren mit ein, wie z. B. die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Suizidmitteln.
- 3. Direkte Suizidprävention** orientiert sich im Sinne der Prä-, Inter- und Postvention direkt an der suizidalen Entwicklung, d. h. an den Suizidgedanken und dem suizidalem Verhalten (Suizidäußerungen, Suizidversuche/Parasuizide und Suizide). Auch diese Maßnahmen schließen individuell effiziente Umweltinterventionen mit ein, die sich z. B. auf die Anzahl und die Erreichbarkeit von Suizidmitteln beziehen.

4.5.3 Psychiatrische Behandlungen

Zusammenfassung

Die beiden Psychiatrischen Krankenanstalten sowie die drei Fachabteilungen zählten 1999 insgesamt rund 24.000 PatientInnen (53 Prozent weiblich). Die häufigsten Hauptdiagnosen waren auch 1999 wieder schizophrene Psychosen (55 Prozent Männer), gefolgt von den affektiven Psychosen (71 Prozent Frauen). Die dritte Stelle nehmen die senilen und präsenilen organischen Psychosen ein. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen, wobei in diesen Fällen Männer mit fast 65 Prozent überwiegen.

Summary: Psychiatric treatment

There are two psychiatric hospitals and three psychiatric departments at hospitals in Vienna where approximately 24,000 patients, 53 percent of them female, were treated in 1999. Main diagnoses were – as in the years before – schizophrenic psychoses (53 percent men), followed by affective psychoses (71 percent women). Senile and presenile psychoses were registered in third place. A large part of psychic disorders is due to abuse of and dependency on alcohol, medical and other drugs, the majority (nearly 65 percent) of these cases being men.

Zu den Arbeitsgebieten der Psychiatrie (Seelenheilkunde) zählen die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Es gilt dabei, die Ursachen körperlicher Beschwerden zu erkennen (z. B. Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Stoffwechselstörungen, hormonelle Störungen, Vergiftungen, etc.) und diese einer geeigneten medizinischen Behandlung zuzuführen. Weiters werden psychische Erkrankungen auf der Basis psychopathologischer Syndrome, einer Persönlichkeitsdiagnose und der Diagnose der psychosozialen Einflussfaktoren abgeklärt. Die Behandlung und Rehabilitation erfolgt stationär und/oder ambulant und bezieht neben den Angehörigen auch VertreterInnen anderer Berufsgruppen mit ein (v. a. Pflegepersonal, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen).⁴⁶

In Wien gibt es zwei Psychiatrische Krankenanstalten (Pflege- und Therapiezentrum Ybbs/Donau und Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe) sowie drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen (Allgemeines Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital und Donaospital).

Die beiden Psychiatrischen Krankenanstalten sowie die drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Fachabteilungen zählten 1999 insgesamt 23.888 PatientInnen, davon war etwas mehr als die Hälfte (53 Prozent) weiblichen Geschlechts. Insgesamt standen dem Fachbereich Psychiatrie 937 systemisierte Betten zur Verfügung.⁴⁷ Die starke Zunahme bei den stationären PatientInnen beruht auf der 1997 erfolgten Umstellung auf das LKF-Modell,⁴⁸ was zu einer administrativen Umlagerung von früher ambulanten PatientInnen auf nunmehr halbstationäre PatientInnen führte (Tabelle 41).

4.5.3.1 Abgangsd Diagnosen

Die Tabelle zu den Abgangsd Diagnosen der PatientInnen aus dem Fachbereich Psychiatrie der oben genannten fünf Wiener Krankenanstalten zeigt die Häufigkeit der erstellten Hauptdiagnosen beim Verlassen des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Abteilung. Nicht enthalten in dieser Statistik sind jedoch die Diagnosen der stationären PatientInnen.

⁴⁶ Nach einer Definition von Dr. Heinrich DONAT, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Leiter der psychiatrischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals der Stadt Wien. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.

⁴⁷ Vgl. auch Abschnitt VIII (Gesundheitliche Versorgung).

⁴⁸ Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung.

Tabelle 41: Stationäre PatientInnen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999

Krankenanstalt	systemisierte Betten in psychiatrischen Abteilungen	stationäre PatientInnen				
		Zugang	Abgang			
		insgesamt	entlassen	verstorben	transf.	insgesamt
AKH	140	1.845	1.780	2	39	1.821
Kaiser-Franz-Josef-Spital	50	873	744	4	107	855
PKH Baumgartner Höhe	522	18.768	18.377	29	383	18.789
Donauspital	80	1.473	1.365	4	47	1.416
PTZ ¹⁾ Ybbs/Donau	145	929	906	1	23	930
insgesamt	937	23.888	23.172	40	599	23.811
davon: weiblich		12.532	12.272	22	336	12.630
männlich		11.077	10.900	18	263	11.181

1) PTZ = Pflege- und Therapiezentrum.

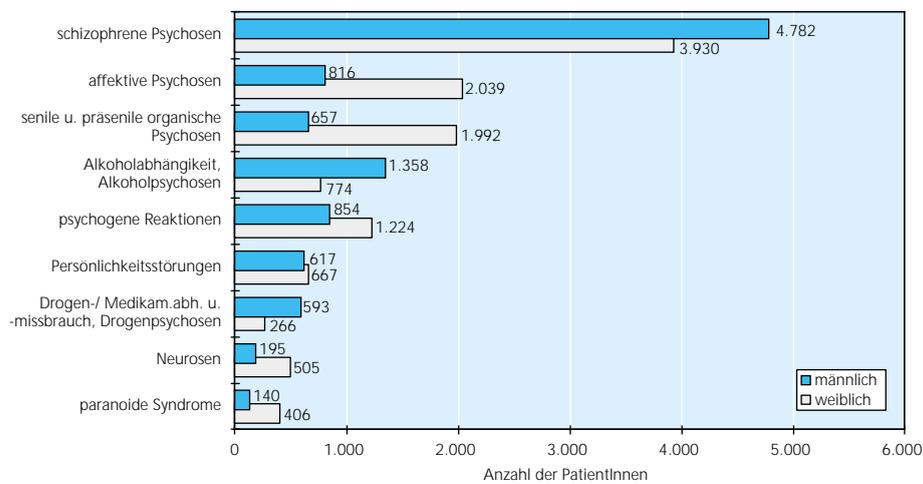
Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, bearbeitet von MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien

Die nach wie vor bei weitem häufigsten Hauptdiagnosen waren auch 1999 **schizophrene Psychosen**, wobei 55 Prozent davon auf männliche Patienten entfielen. An zweiter Stellen folgten – anders als in den Jahren zuvor – Diagnosen der **affektiven Psychosen**. Von dieser Erkrankung sind mit 71 Prozent hauptsächlich Frauen betroffen. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei dieser Diagnose bei den Frauen eine Steigerung in der Diagnosehäufigkeit um mehr als vier Prozentpunkte festzustellen. Rang drei bei den Hauptdiagnosen nehmen die **senilen und präsenilen organischen Psychosen** ein. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von **Alkohol, Medikamenten und Drogen** (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit; Alkohol- und Drogenpsychosen sowie Drogen- und Medikamentenmissbrauch auch ohne Abhängigkeit). In all diesen Fällen überwiegen die Männer mit fast 65 Prozent (1.951 von insgesamt 2.991), wobei sich das Geschlechterverhältnis im Vergleich zum Vorjahr zugunsten der Männer verschoben hat (1998 waren fast 75 Prozent der von dieser Krankheitsgruppe Betroffenen Männer). Bezogen auf alle männlichen Patienten im Fachbereich Psychiatrie sind die Erkrankungen dieser Gruppe aber im Vorjahresvergleich um 5,5 Prozentpunkte gesunken.

Männer wurden im Berichtsjahr – neben schizophrenen Psychosen und der Gruppe der Erkrankungen betreffend Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten – häufiger als Frauen mit den Diagnosen leichter Schwachsinn, spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen, vorübergehende organische Psychosen und anderweitig nichtklassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens entlassen.

Frauen sind hingegen bei den affektiven Psychosen, den paranoiden Syndromen, den Neurosen, den psychogenen Reaktionen (akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen) sowie anderen, nichtorganischen Psychosen stärker vertreten. Dies scheint jedoch nicht nur auf rein psycho-biologische Ursachen zurückzuführen zu sein, sondern vor allem auch auf soziologische Faktoren unserer Gesellschaft. Darüber hinaus ist der höhere Anteil von weiblichen Patienten bei den senilen und präsenilen Psychosen u. a. durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt.

Anzumerken bleibt, dass vor allem im Bereich der Psychiatrie die starke Zunahme im Vergleich zu den Jahren vor 1997 auf die Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) zurückzuführen ist (Umlagerung vom ambulanten in den halbstationären Bereich) und nicht auf eine erhöhte Morbidität.

Grafik 45: Häufigste Abgangsdiaagnosen im Fachbereich Psychiatrie nach Geschlecht, 1999

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 42: Abgangsdiaagnosen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999

ICD/9-Code (KRAZAF) ¹⁾	Hauptdiagnose	Patient		
		weiblich	männlich	insgesamt
290	senile und präsenile organische Psychosen	1.992	657	2.649
291	Alkoholpsychosen	220	203	423
292	Drogenpsychosen	17	71	88
293	vorübergehende organische Psychosen	70	114	184
294	andere (chronische) organische Psychosen	51	45	96
295	schizophrene Psychosen	3.930	4.782	8.712
296	affektive Psychosen	2.039	816	2.855
297	paranoide Syndrome	406	140	546
298	andere nichtorganische Psychosen	354	178	532
299	typische Psychosen des Kindesalters	1	3	4
300	Neurosen	505	195	700
301	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)	667	617	1.284
302	sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	–	1	1
303	Alkoholabhängigkeit	554	1.155	1.709
304	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	218	480	698
305	Drogen- u. Medikamentenmissbrauch auch ohne Abhängigkeit	31	42	73
306	körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	11	6	17
307	spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome und Syndrome	64	14	78
308	psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	506	315	821
309	psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	718	539	1.257
310	spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen	27	223	250
311	anderweitige, nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	35	19	54
312	anderweitige, nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens	69	102	171
313	spezifische emotionale Störungen d. Kindes- u. Jugendalters	7	1	8
314	hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	–	–	–
315	umschriebene Entwicklungsrückstände	1	1	2
316	anderweitig klassifizierbare Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne)	–	–	–
317	leichter Schwachsinn	19	345	364
318	andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	15	31	46
319	nicht näher bezeichneter Schwachsinn	1	–	1
345	Epilepsie	5	9	14
XXX	nur Nebendiagnose psychische Störungen	59	53	112
000	frei von psychischen Störungen	38	24	62
insgesamt		12.630	11.181	23.811

1) ICD/9-KRAZAF = Internationale Klassifikation der Krankheiten nach ICD/9, Revision/WHO/KRAZAF-Version.

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

4.5.4 Psychotherapien

Zusammenfassung

Psychotherapie beschäftigt sich mit der Behandlung von seelischen Problemen. Sie bietet Hilfe bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns sowie bei Ängsten, Depressionen, Essstörungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Süchten, Zwängen, körperlicher Symptomatik und Erkrankung in Folge seelischer Konflikte und familiären oder Beziehungskonflikten. Zunehmend häufig wird Psychotherapie auch in Kombination mit psychopharmakologischen Behandlungen bei seelischen Erkrankungen (schwere Depressionen, Psychosen, etc.) sowie auch begleitend zu körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Frauen nehmen weitaus häufiger Psychotherapie in Anspruch als Männer, zudem hat die Bildungsschicht einen bedeutenden Einfluss auf die Inanspruchnahme.

Summary: Psychotherapy

Psychotherapy has been developed to deal with people's mental problems, to help in cases of dysfunctional thinking, sensing, experiencing and acting, as well as with fears, depressions, eating disorders, behavioural disorders of children and young adults, addictions, compulsive behaviour, physical symptoms and diseases caused by psychological conflicts, family or relationship conflicts. Psychotherapeutic treatment is increasingly offered in combination with psychopharmacological treatment, particularly with mental disorders such as serious depressions, psychoses and others. It is also employed as an accompanying treatment for physical diseases. Women resort to psychotherapeutic treatment more frequently than men. The level of education also has a bearing on whether patients seek help or not.

Eine immer häufigere, jedoch nach wie vor sehr von der Bildungsschicht der Betroffenen abhängige Art der Hilfe bei der Bewältigung psychischer Störungen bzw. bestimmter Probleme im Leben des Einzelnen stellt die Inanspruchnahme von Psychotherapien dar. Die Krankenkassen gewähren hier zwar finanzielle Unterstützung, dennoch werden nicht alle Therapien über die Krankenkasse abgewickelt. Bedenken gegen den Datenschutz bzw. eventuelle Schwierigkeiten im Berufsleben sind dafür ebenso ausschlaggebend wie die eigenen Vorurteile, mit der Öffentlichmachung als „psychisch krank“ oder gar „verrückt“ abgestempelt zu werden. Nach wie vor wird in breiten Bevölkerungskreisen das Berufsbild der PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen mit dem der Psychiater gleichgesetzt.⁴⁹

Die Psychotherapie ist eine praktisch-wissenschaftliche Tätigkeit, die in der konkreten Beziehung zwischen KlientIn bzw. PatientIn und PsychotherapeutIn psychisches (seelisches) und psychosomatisches Leid heilt oder lindert. Sie hilft, innere sowie zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen und verhilft dem Menschen zur Entfaltung seines Potenzials und einer angstfreien Existenz. Die Anwendung der Psychotherapie reicht von der Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten über die Hilfe bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen und Lebenskrisen bis zur Supervision in Arbeitszusammenhängen.⁵⁰

Ziel ist es, die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern, bestehende psychische und körperliche Krankheiten – auch in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – zu heilen oder zu lindern. **Psychotherapie** wirkt demnach therapierend (kurativ) und vorbeugend (präventiv).

Wesentlich für die **psychotherapeutische Beziehung** ist das Gespräch zwischen KlientIn und TherapeutIn. Gezielte Übungen können unterstützend verwendet werden, die je nach Methode der Psychotherapie

⁴⁹ Die Psychologie beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Erforschung des Verhaltens und der psychischen Vorgänge. Die Psychiatrie ist eine Fachdisziplin der Medizin und hat die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit seelischen Erkrankungen zur Aufgabe. (Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.)

⁵⁰ Nach einer Definition von Dr. Alfred PRITZ, Psychotherapeut und Präsident des österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.

verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch, im Sinne eines fixen, systematischen Programmes aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankung, Lebenskrisen, Beziehungsproblemen) von Nutzen.

4.5.4.1 Indikation

Psychotherapie ist angezeigt, wenn Beschwerden seelisch bedingt sind, Zusammenhänge mit Belastungen oder Krisen erkennbar sind oder damit in Zusammenhang gebracht werden können. Beispiele dafür können etwa sein:

- Partnerschaftsprobleme (Trennung, sexuelle Störungen, Lebenskrisen ...),
- Stress und Konzentrationsstörungen,
- Familienprobleme (Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, etc.),
- Ängste, die die Lebensqualität einschränken,
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen,
- funktionelle Störungen, die keine organische Ursache haben (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, sexuelle Störungen, Herzbeschwerden, Schlafstörungen),
- psychosomatische Erkrankungen,
- Depressionen,
- Süchte (Abhängigkeiten),
- alle Erkrankungen, die im ICD-10 aufgelistet sind.

4.5.4.2 Methoden

Die Methoden der Psychotherapie sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Methoden und Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt.⁵¹

In Österreich, insbesondere aber in Wien, der Geburtsstadt Sigmund Freuds, genießt die analytische Schule noch immer das höchste Ansehen bzw. die größte Verbreitung. Dies zeigt sich u. a. auch in den von der Wiener Gebietskrankenkasse bewilligten Anträgen bzw. den verrechneten Behandlungen, von denen der Großteil analytisch orientierte Therapieformen betrifft. Die nächst größten Gruppen stellen verschiedene Formen der Gestalttherapie sowie Formen der Gesprächstherapie dar.

Auffallend ist, dass von etwa 285.800 genehmigten Behandlungen im Berichtsjahr 1999 nur rund 176.600 (62 Prozent) tatsächlich konsumiert wurden. Neben dem finanziellen Aspekt (nur ein Teil der Ausgaben wird von der Krankenkasse vergütet) dürften dafür psychologische Hemmschwellen, Schamgefühle und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Psychotherapien (häufig gleichgesetzt mit psychiatrischen Behandlungen) mit ausschlaggebend sein. Auch persönliche Verleugnungstendenzen bzw. das Nicht-Wahrhaben-Wollen von „Problemen“ dürfte eine nicht geringe Rolle spielen.

Im Vergleich zu 1998 stieg im Berichtsjahr die Anzahl der von den Krankenkassen genehmigten Behandlungen um 14 Prozent, die Anzahl der tatsächlich konsumierten Behandlungen um 13 Prozent.

Einzeltherapie – Gruppentherapie

Zum weit überwiegenden Teil (96 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**, nur etwa vier Prozent aller Sitzungen wurden im Rahmen einer Gruppentherapie abgehalten. Sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien werden zum überwiegenden Teil von **Frauen** in Anspruch genommen, wenngleich eine genauere Aufschlüsselung nach Geschlecht zurzeit leider noch nicht möglich ist.

⁵¹ Vgl. Kapitel 8.2.7 – Psychosoziale Betreuung.

Bei den **Gruppentherapien** dominieren vor allem Gestalttherapie und integrative Gestalttherapie (61 Prozent), zum Teil auch die analytisch orientierte Therapieform (11 Prozent).

Bei den **Einzeltherapien** beanspruchen Psychoanalyse und analytisch orientierte Therapie den größten Anteil aller Sitzungen (34 Prozent) für sich. Mit Abstand folgen die klientenzentrierte Gesprächstherapie (15 Prozent) sowie die integrative Gestalttherapie (13 Prozent).

Tabelle 43: Psychotherapien: bewilligte Anträge (WGKK) und konsumierte Behandlungen 1999¹⁾

Therapiemethode	neue Anträge		genehmigte Behandlungen ²⁾		konsumierte Behandlungen		Differenz	
	Sitzungsart							
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
analytisch orientierte Therapie	42	1.325	1.812	53.852	795	34.363	1.017	19.489
Psychoanalyse	4	597	170	25.840	43	22.476	127	3.364
analytische Psychologie	–	2	–	85	–	44	–	41
Gruppenpsychoanalyse	1	26	30	1.175	–	128	30	1.047
Individualpsychologie	5	269	175	11.259	98	7.925	77	3.334
integrative Gestalttherapie	84	969	3.470	37.117	2.716	21.861	754	15.256
Gestalttherapie	52	407	2.281	15.338	1.664	9.848	617	5.490
Logotherapien	–	409	–	14.826	48	7.995	– 48	6.831
klientenzentrierte Gesprächstherapie	24	1.115	726	41.447	370	25.529	356	15.918
Verhaltenstherapie	37	558	947	17.281	288	7.699	659	9.582
systemische Familientherapie	5	800	232	22.938	177	12.015	55	10.923
katathymes Bilderlebnis	9	378	198	13.972	194	9.303	4	4.669
dynamische Gruppentherapie	10	39	256	1.544	128	651	128	893
Hypnose	–	49	–	1.577	–	750	–	827
Psychodrama	50	302	1.520	11.631	491	6.190	1.029	5.441
autogenes Training	3	11	95	323	11	28	84	295
diverse Therapieformen	3	96	114	3.567	122	2.665	– 8	902
insgesamt	329	7.352	12.026	273.772	7.145	169.470	4.881	104.302

1) Aufstellung nur im Rahmen der nichtärztlichen Psychotherapie.

2) Ein Kontingent von zehn Sitzungen je PatientIn ist bewilligungsfrei. Hier werden Therapiemethoden nicht gespeichert.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich um die von der Wiener Gebietskrankenkasse im Jahre 1999 geleisteten Kostenzuschüsse für Psychotherapie bei freiberuflich tätigen PsychotherapeutInnen. Demnach sind auch in vergangenen Jahren bewilligte und konsumierte Psychotherapiesitzungen, die im Jahr 1999 zum Zwecke des Kostenzuschusses eingereicht wurden, enthalten. Eine Trennung nach Geschlecht ist vom Erfassungssystem her leider nicht vorgesehen.

Ergänzend wäre zu erwähnen, dass drei Vertragseinrichtungen der Wiener Gebietskrankenkasse Psychotherapie auf Kassenkosten durchführen dürfen. Es handelt sich dabei um folgende Zentren:

- Genesungszentrum Kalksburg (1237 Wien, Mackgasse 7–9),
- Ambulatorium ESRA (1020 Wien, Tempelgasse 5),
- Kriseninterventionszentrum (1090 Wien, Spitalgasse 11).

Im Genesungszentrum Kalksburg wurden 1999 3.406 Gruppentherapien (1998: 2.382) und 1.073 Einzeltherapien (1998: 1.161) durchgeführt. Im Ambulatorium ESRA waren es 654 Gruppen- und 1.153 Einzeltherapien (1998: 41 Gruppen-, 1.339 Einzeltherapien). Das Kriseninterventionszentrum erhält für die Durchführung von Psychotherapie an Anspruchsberechtigten eine Quartalspauschale vergütet. Im Jahr 1999 wurde in 381 Fällen die Quartalspauschale ausbezahlt (1998: 236).

4.5.4.3 Der Beruf der PsychotherapeutInnen

Seit 1.1.1991 ist das Psychotherapiegesetz in Kraft, welches im Parlament mit Zustimmung aller Parlamentsparteien beschlossen wurde. Seit damals ist die psychotherapeutische Heilbehandlung der ärztlichen gleichgestellt. Das Gesetz definiert die Ausübung der Psychotherapie – also den Beruf der PsychotherapeutInnen und die entsprechenden Ausbildungskriterien sehr genau, ebenso wie die Behandlung von psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen, Erkrankungen oder Leidenszuständen.

Die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit als PsychotherapeutIn und die Rückverrechnungsmöglichkeit mit der Krankenkasse setzt die Eintragung in die PsychotherapeutInnenliste im Bundesministerium für Gesundheit voraus. Und nicht zuletzt ist im Psychotherapiegesetz die Einhaltung absoluter Verschwiegenheitspflicht vorgeschrieben. PsychotherapeutInnen dürfen keine Auskunft über den Inhalt und den Verlauf einer Psychotherapie geben, auch nicht bei Gericht.

Die Krankenkassen zahlen für Einzel- und Gruppentherapie derzeit Zuschüsse⁵² bei krankheitswertigen Störungen, sofern die entsprechende Psychotherapie von TherapeutInnen durchgeführt wird, die in der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen sind und somit die entsprechenden Kriterien für diesen Beruf erfüllen.⁵³

⁵² Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sieht die von der Bundesregierung beabsichtigte Novellierung des ASVG im Falle eines Kaservertrages einen 20%igen Selbstbehalt für Psychotherapie vor.

⁵³ Wiener Landesverband für Psychotherapie.

4.5.5 Medikamentenkonsum

Zusammenfassung

Der Anteil von Psychopharmaka und Psycholeptika an der Gesamtzahl aller Verordnungen im niedergelassenen Bereich in Österreich beträgt rund acht Prozent. Etwa ein Drittel dieser Verordnungen entfällt auf Antidepressiva, ein Viertel auf Tranquillizer und ein Fünftel auf Hypnotika und Sedativa.

Zwei Drittel der Psychopharmaka wurden 1999 weiblichen Patienten verordnet. Der Psychopharmakakonsum steigt mit dem Alter besonders ab dem 40. Lebensjahr ist ein sprunghafter Anstieg zu beobachten. In der Altersgruppe der unter 12-Jährigen überwiegen die Verordnungen bei den Buben.

Summary: Consumption of medical drugs

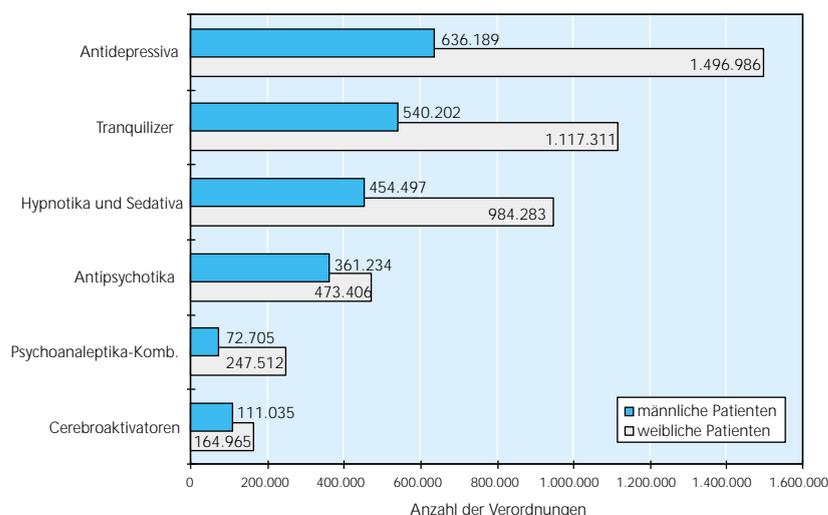
Approximately 8 percent of all drugs prescribed in Austria are psychiatric drugs or psycholeptics. One third of these are antidepressants, one quarter are tranquillisers, and one fifth are hypnotics and sedatives.

In 1999, two thirds of all psychiatric drugs were prescribed to women. Consumption of psychiatric drugs increases with age, particularly noticeably from age 40 onwards. In the age group below 12, most psychiatric drugs are prescribed to boys.

Vom Institut für Medizinische Statistik wurden im Jahr 1999 für ganz Österreich rund 6,6 Millionen Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exklusive Antiadiposita) im niedergelassenen Bereich registriert. Dies ist ein Anteil von acht Prozent an der Gesamtzahl aller Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

Etwa zwei Drittel der Psychopharmaka wurden weiblichen Patienten verordnet. Am häufigsten wurden Antidepressiva verschrieben (etwa ein Drittel der Verordnungen), gefolgt von Tranquillizern (ein Viertel) und der Gruppe der Hypnotika und Sedativa (etwa ein Fünftel). 21 Prozent entfallen auf Verordnungen auf Grund von Schlafstörungen (v. a. Hypnotika und Sedativa).

Grafik 46: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Geschlecht, Österreich 1999



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 44: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾, Österreich 1999²⁾

Medikament	Patienten				insgesamt	
	weiblich		männlich		absolut	in %
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾		
Antidepressiva	1.496.986	70,2	636.189	29,8	2.133.175	32,1
Tranquillizer	1.117.311	67,4	540.202	32,6	1.657.513	25,0
Hypnotika und Sedativa	948.283	67,6	454.497	32,4	1.402.780	21,1
Antipsychotika	473.406	56,7	361.234	43,3	834.640	12,6
Psychoanaleptika-Komb.	247.512	77,3	72.705	22,7	320.217	4,8
Cerebroaktivatoren	164.965	59,8	111.035	40,2	276.000	4,2
Neurotonika	4.255	39,1	6.616	60,9	10.871	0,2
Psychostimulantia	581	20,6	2.243	79,4	2.824	0,0
insgesamt	4.453.299	67,1	2.184.721	32,9	6.638.020	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

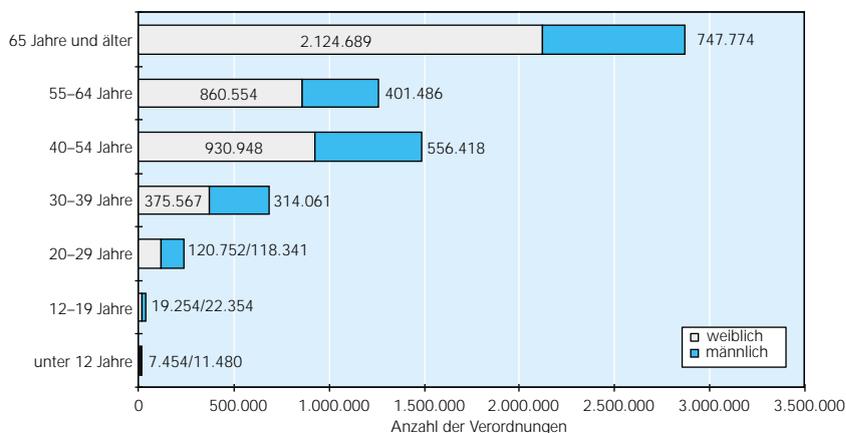
2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Eine Aufschlüsselung der Verordnungen von Psychopharmaka nach Altersgruppen zeigt deutlich die Altersabhängigkeit des Medikamentenkonsums: Wenngleich eine mehr oder weniger kontinuierliche Zunahme in der Verordnungshäufigkeit mit steigendem Alter festzustellen ist, so lässt sich doch ab etwa dem 40. Lebensjahr ein sprunghafter Anstieg ausmachen. Besonders drastisch ist der Anteil jedoch bei älteren PatientInnen ab 65 Jahren: 43 Prozent aller Verordnungen entfallen auf diese Altersgruppe.

Interessant erscheint, dass – wenngleich gemessen an den Prozentwerten des Marktanteiles sehr gering – bereits unter 12-Jährige Psychopharmaka verordnet bekommen, und zwar beginnend im Säuglingsalter (insgesamt rund 18.900 Verordnungen an Kinder unter 12 Jahren in Österreich). Und hier überwiegen – als einzige Ausnahme – die Buben mit 60,6 Prozent vor den Mädchen mit 39,4 Prozent (11.480 Verordnungen an Buben, 7.454 an Mädchen). Im Vergleich zu 1998 sind die Verordnungen von Psychopharmaka an unter 12-Jährige insgesamt um etwa 7 Prozent zurückgegangen: Dies ist auf einen Rückgang der Verordnungen an Buben um etwa 15 Prozent zurückzuführen, der Anteil der Verordnungen an Mädchen ist jedoch um 9 Prozent gestiegen.

Grafik 47: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Altersgruppen, Österreich 1999

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 45: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾ nach Geschlecht und Alter, Österreich 1999²⁾

Altersgruppen	Patienten					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ⁴⁾
unter 1 Jahr	119	100,0	0	0,0	119	0,0
1– 4 Jahre	2.137	48,1	2.308	51,9	4.445	0,1
5–11 Jahre	5.198	36,2	9.172	63,8	14.370	0,2
12–19 Jahre	19.254	46,3	22.354	53,7	41.608	0,6
20–29 Jahre	120.752	50,5	118.341	49,5	239.093	3,6
30–39 Jahre	375.567	54,5	314.061	45,5	689.628	10,4
40–54 Jahre	930.946	62,6	556.418	37,4	1.487.364	22,4
55–64 Jahre	860.554	68,2	401.486	31,8	1.262.040	19,0
65 Jahre und älter	2.124.689	74,0	747.774	26,0	2.872.463	43,3
Alter unbekannt	14.083	52,4	12.807	47,6	26.890	0,4
insgesamt	4.453.299	67,1	2.184.721	32,9	6.638.020	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Verteilung nach Geschlecht.

3) Marktanteil nach Alter.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

4.5.5.1 Diagnose: Schlafstörungen

Bei der Diagnose „Schlafstörungen“ wurden auch 1999 im niedergelassenen Bereich meist Psycholeptika (Hypnotika und Sedativa, Tranquilizer, Antipsychotika) und Psychoanaleptika verordnet. Wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, werden all diese Medikamente zu fast 70 Prozent Frauen verordnet. Mit Abstand dominieren (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) die Hypnotika und Sedativa, gefolgt von den Tranquilizern.

Tabelle 46: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen, Österreich 1999¹⁾

Medikament	Patienten				insgesamt	
	weiblich		männlich		absolut	in % ²⁾
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾		
Hypnotika und Sedativa	553.795	57,8	281.209	63,3	835.004	59,5
Tranquilizer	238.256	24,9	87.673	19,7	325.929	23,2
Antipsychotika	59.961	6,3	38.979	8,8	98.940	7,1
Antidepressiva	28.137	2,9	7.829	1,8	35.966	2,6
Psychoanaleptika-Komb.	8.159	0,9	3.469	0,8	11.628	0,8
sonst. therap. Präparate	9.109	1,0	7.161	1,6	16.270	1,2
weitere Therapiegruppen	60.746	6,3	18.082	4,1	78.828	5,6
insgesamt	958.163	100,0	444.402	100,0	1.402.565	100,0

1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

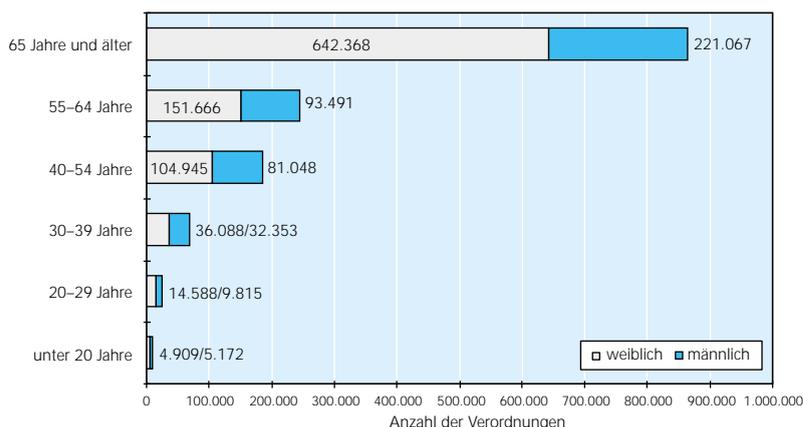
2) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Eine Analyse nach **Altersgruppen** zeigt bei der älteren Personengruppe eine noch ausgeprägtere Situation als bei den Verordnungen von Psychopharmaka allgemein: 62 Prozent aller Medikamente gegen Schlafstörungen werden – insbesondere weiblichen – Personen verordnet, welche 65 Jahre und älter sind.

Auch hier ist ab etwa dem 40. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg in der Verordnungshäufigkeit zu erkennen. Der größte Sprung ist jedoch um das 65. Lebensjahr festzustellen.

Grafik 48: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen, Österreich 1999



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 47: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter, Österreich 1999¹⁾

Altersgruppen	Patienten					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾
unter 1 Jahr	178	0,0	133	0,0	311	0,0
1- 4 Jahre	1.177	0,1	2.244	0,5	3.421	0,2
5-11 Jahre	2.833	0,3	2.452	0,6	5.285	0,4
12-19 Jahre	721	0,1	343	0,1	1.064	0,1
20-29 Jahre	14.588	1,5	9.815	2,2	24.403	1,7
30-39 Jahre	36.088	3,8	32.353	7,3	68.441	4,9
40-54 Jahre	104.995	11,0	81.048	18,2	186.043	13,3
55-64 Jahre	151.666	15,8	93.491	21,0	245.157	17,5
65 Jahre und älter	642.368	67,0	221.067	49,7	863.435	61,6
Alter unbekannt	3.549	0,4	1.456	0,3	5.005	0,4
insgesamt	958.163	100,0	444.402	100,0	1.402.565	100,0

1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

2) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

4.6 Todesursachen

Zusammenfassung

Bei mehr als der Hälfte (56 Prozent) der rund 18.000 im Jahr 1999 verstorbenen Wienerinnen und Wiener wurde als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben. Am zweithäufigsten werden von der Mortalitätsstatistik Krebserkrankungen ausgewiesen – fast jeder vierte Todesfall (23 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen (v. a. bösartige Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane, gefolgt von Brustkrebs bei Frauen und Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane bei Männern). An weiterer Stelle folgen – insgesamt sowie bei der männlichen Bevölkerung – Verletzungen und Vergiftungen, bei der weiblichen Bevölkerung hingegen Krankheiten der Atmungsorgane. Die vierthäufigste Todesursache sind Erkrankungen der Atmungsorgane, deren starke Zunahme gegenüber 1998 ausschließlich durch vermehrte Todesfälle bei Frauen verursacht wurde.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich auch in den einzelnen Altersgruppen der verstorbenen WienerInnen des Jahres 1999: Männer versterben – absolut gesehen – bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als Frauen. Als Hauptursache dieser Unterschiede können die bedeutend höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (bis 24 Jahre sowie 25–44 Jahre), aber auch vermehrte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Verdauungsorgane der Männer dieser Altersgruppen angesehen werden.

Insgesamt nahm die Sterblichkeit – wie in den Jahrzehnten davor – auch zwischen 1998 und 1999 ab (– 1,3 Prozent), wobei die positive Entwicklung bei den Männern (bei nahezu allen Todesursachen) Ursache dieses Rückganges war.

Summary: Causes of death

More than half, i.e. 56 percent, of the approximately 18,000 Viennese who died in 1999 were diagnosed with cardiovascular diseases. The second main cause of death registered in the mortality statistics was cancer – nearly every fourth death (23 percent) is due to cancer, with a prevalence of neoplasms in the digestive system, followed by breast cancer for women and neoplasms in the respiratory organs for men. Other causes of death – in general and for men in particular – are listed in the following order: injuries and poisonings. For women in particular diseases of the respiratory organs were listed as major causes of death. Diseases of the respiratory organs were registered as the fourth most frequent cause of death. The drastic increase of deaths caused by these diseases compared to 1998 is exclusively due to an increase of deaths of women.

Gender-specific differences in mortality are also evident in the different age groups. In absolute figures, men frequently die at a younger age than women. This is best explained by higher accident and suicide rates for men up to 24 years of age and for men aged 25 to 44, as well as a higher frequency of cardiovascular diseases and diseases of the digestive system with men in the above age groups.

In total, mortality went down between 1998 and 1999 (– 1.3 percent), as it did in the past decades, the main cause for this trend being the positive development of figures for men for all causes of death.

Bei den Frauen hingegen kam es erstmals seit 1991 zu einem Anstieg der altersstandardisierten Sterblichkeit, v. a. verursacht durch Zunahmen bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Verletzungen/Vergiftungen sowie Krankheiten der Atmungsorgane.

Die regionale Differenzierung der Mortalität lässt erkennen, dass unter 75-jährige Wiener Männer in den Bezirken 10, 15, 16 und 20, Wiener Frauen in den Bezirken 10, 11 und 12 (alle: Bezirke mit relativ hohem Anteil an sozial Schwachen) eine signifikant höhere Mortalität aufweisen als der Wiener Landesdurchschnitt.

However, the refined mortality rate of women went up for the first time during that period, mainly caused by an increase of the number of cardiovascular diseases, injuries/poisonings, as well as diseases of the respiratory organs.

Regional differences have also been noted: mortality rates for men below 75 are distinctively above average in the districts 10, 15, 16 and 20 (districts 10, 11 and 12 for women), all of which are characterised by a high proportion of socially weak persons.

4.6.1 Todesursachenstatistik

In Wien verstarben im Jahr 1999 etwas weniger als 18.000 Personen der Wiener Wohnbevölkerung. Von den Verstorbenen wurden insgesamt rund 6.400 obduziert. Die im Vergleich zu anderen Ländern sehr hohe Obduktionsrate (1999: 36 Prozent) ist die Grundlage für die relativ hohe Aussagekraft der Wiener Todesursachenstatistik.

Tabelle 48: Sterbefälle und Obduktionen, Wien 1999

Gestorbene ¹⁾	in Krankenanstalten verstorben		nicht in Krankenanstalten verstorben		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
obduziert	4.624	36,6	1.763	33,0	6.387	35,5
nicht obduziert	8.021	63,4	3.575	67,0	11.596	64,5
insgesamt	12.645	100,0	5.338	100,0	17.983	100,0

1) Personen der Wiener Wohnbevölkerung.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen

- Nach wie vor stellen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit rund 10.200 Verstorbenen (56 Prozent) die – mit Abstand – häufigste Todesursache dar. Bei näherer Betrachtung der Daten zeigt sich, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den verstorbenen Wiener Frauen eine größere Bedeutung einnehmen (61 Prozent) als bei den verstorbenen Wiener Männern (50 Prozent). Der höhere Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen kommt vor allem durch deren höhere Lebenserwartung zustande.

Rund drei Viertel der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen entfallen auf Herzkrankheiten, von welchen je knapp 30 Prozent auf akuten Myocardinfarkt sowie auf sonstige ischämischen Herzkrankheiten entfallen. Der höchste Stellenwert bei an Herzkrankheiten verstorbenen Frauen kommt sonstigen ischämischen Herzerkrankungen (29 Prozent), bei Männern hingegen dem akuten Myokardinfarkt (38 Prozent) zu. Umfangreiche Präventionsmaßnahmen auf diesem Sektor verlieren daher auch weiterhin nicht an Aktualität.

- Als zweithäufigste Todesursache weist die Mortalitätsstatistik **Neubildungen** aus. Nahezu jeder vierte Todesfall (23 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Krebserkrankungen spielen als Haupttodesursache bei den Wiener Männern (26 Prozent) eine etwas größere Rolle als bei den Wiener Frauen (22 Prozent).

Sowohl in der weiblichen als auch in der männlichen Bevölkerungsgruppe nehmen die bösartigen Neubildungen der **Verdauungsorgane** – mit etwa einem Drittel der an Neubildungen Verstorbenen – den ersten Rang ein.

An zweiter Stelle der Todesursachen auf Grund einer Krebserkrankung stehen beim **weiblichen** Geschlecht die bösartigen Neubildungen der **Brustdrüse** (18 Prozent), gefolgt von den bösartigen Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (14 Prozent).

In der **männlichen** Bevölkerungsgruppe hingegen stellen die bösartigen Neubildungen der **Atmungsorgane** (v. a. der Lunge) nach wie vor die zweithäufigste Ursache der Krebssterblichkeit dar (27 Prozent). Die dritthäufigste Ursache entfällt auf die bösartigen Neubildungen der **Geschlechtsorgane** (zwölf Prozent).

Präventions- bzw. Früherkennungsmaßnahmen wie das EU-Programm „Europa gegen den Krebs“ können die Sterblichkeit an Krebserkrankungen reduzieren. Vor allem die hohe Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane könnte durch eine gesündere Lebensweise (gesunde Ernährung, Nicht-Rauchen) reduziert werden.

3. Wie auch in den letzten Jahren befinden sich **Verletzungen** und **Vergiftungen** mit insgesamt fast 970 Toten an dritter Stelle der Todesursachenstatistik (fünf Prozent aller Todesfälle). Von diesen lassen sich nahezu je ein Drittel auf Selbstmord (31 Prozent) und auf Stürze (28 Prozent) zurückführen. Rund 14 Prozent entfallen auf Verkehrsunfälle und neun Prozent auf Vergiftungen. Innerhalb der Vergiftungen nehmen Drogenunfälle mit 90 Prozent den größten Teil ein.

Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung stellen auch in der **männlichen** Wiener Bevölkerung Verletzungen und Vergiftungen die dritthäufigste Todesursache dar. Allerdings sind acht Prozent aller männlichen Todesfälle auf diese Ursache zurückzuführen, womit dieser Wert klar über jenem der Wiener Frauen (vier Prozent) liegt. Die größte Bedeutung innerhalb der Todesursache Verletzungen und Vergiftungen kommt bei den Wiener Männern den Todesursachen Selbstmord (33 Prozent) und Sturz (22 Prozent) zu. Der gegenüber Frauen bedeutend höhere Anteil der Todesursache Verletzungen und Vergiftungen an allen Todesursachen bei Männern kann als Folge der risikoreicheren Lebensweise von Männern interpretiert werden.

Bei den Wiener **Frauen** hingegen sind Krankheiten der Atmungsorgane die dritthäufigste Todesursache; Verletzungen und Vergiftungen folgen knapp dahinter an vierter Stelle. Nahezu 40 Prozent der an Verletzungen und Vergiftungen verstorbenen Wiener Frauen erlagen den Folgen eines Sturzes (39 Prozent). Dem Tod durch Selbstmord kommt bei Frauen mit einem Anteil von 27 Prozent ein etwas geringerer Stellenwert zu als bei Männern. Werden aber hinsichtlich des Selbstmordes die absoluten Zahlen betrachtet, lässt sich ersehen, dass 1999 fast doppelt so viele Männer als Frauen ihr Leben durch Selbstmord beendet haben (193 Fälle : 102 Fälle; siehe auch Kap. 4.5.2).

4. **Krankheiten der Atmungsorgane** befinden sich im Berichtsjahr mit insgesamt 793 Todesopfern an der vierten Stelle der allgemeinen Todesursachenstatistik. Diese verweisen die Krankheiten der Verdauungsorgane auf den fünften Rang. Als Ursache für diese Entwicklung kann die starke Zunahme der Krankheiten der Atmungsorgane als Todesursache bei Frauen angesehen werden (dritthäufigste Todesursache bei Frauen), die – erstmals – den absoluten Wert der Männer klar überschreitet (448 Fälle : 345 Fälle). Das veränderte Rauchverhalten der Frauen in den letzten Jahrzehnten, d. h. starke Zunahmen der rauchenden weiblichen Wiener Bevölkerung, z. T. schon in jungen Jahren, könnte sich in diesen Ergebnissen widerspiegeln.

Hingegen sind bei Wiener **Männern Krankheiten der Verdauungsorgane** die vierthäufigste Todesursache, davon entfallen nahezu zwei Drittel auf Leberzirrhose. Der z. T. hohe und gegenüber Frauen erhöhte Alkoholkonsum der Männer ist dafür sicherlich als einer der Gründe in Betracht zu ziehen. Auch sind bei den **psychiatrischen Krankheiten** zwei Drittel der Todesfälle auf Alkoholabhängigkeit zurückzuführen (vgl. Tabelle 50).

Sowohl bei der Todesursache Erkrankungen der Atmungsorgane (starke Zunahme bei Frauen!) als auch bei Krankheiten der Verdauungsorgane, die bei Männern einen höheren Stellenwert als bei Frauen einnehmen, lässt sich ein eindeutiger Einfluss des ungünstigen Lebensstils (Rauchen, hoher Alko-

holkonsum, ungesunde Ernährung) erkennen. Mit einer gesünderen Lebensweise könnte zudem auch ein Teil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenso wie ein Teil der – am häufigsten auftretenden – Krebserkrankungen (ebenfalls: bösartige Neubildungen der Verdauungs- und der Atmungsorgane) vermieden werden.

Tabelle 49: Häufigste Todesursachen, Wien 1999

Rangfolge der Todesursachen	Frauen	Männer	insgesamt
1.	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2.	Neubildungen	Neubildungen	Neubildungen
3.	Krankheiten der Atmungsorgane	Verletzungen und Vergiftungen	Verletzungen und Vergiftungen
4.	Verletzungen und Vergiftungen	Krankheiten der Verdauungsorgane	Krankheiten der Atmungsorgane
5.	Krankheiten der Verdauungsorgane	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 50: Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 1999

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I – XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
001–139 darunter 010–018, 137 070	I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten Tuberkulose Virushepatitis	32 7 14	52 16 22	84 23 36
140–239 darunter 150–159 160–165 174, 175 179–187 188, 189 200–208	II. Neubildungen B. N. der Verdauungsorgane B. N. der Atmungsorgane B. N. der Brustdrüse B. N. der Geschlechtsorgane B. N. der Harnorgane B. N. des lymphatischen u. hämatopoetischen Gewebes (inkl. Leukämien)	2.224 773 315 404 258 91 179	1.979 670 540 2 230 147 161	4.203 1.443 855 406 488 238 340
240–279 darunter 250 279.5	III. Stoffwechselerkrankungen, Immunsystemerkrankungen Diabetes mellitus AIDS	209 194 7	151 121 23	360 315 30
280–289	IV. Blut und Blut bildende Organe (ohne Blutkrebs und Leukämie)	9	3	12
290–319 darunter 303 304 305	V. Psychiatrische Erkrankungen Alkoholabhängigkeit Medikamenten-/Drogenabhängigkeit Drogen- u. Medikamentenmissbrauch (auch ohne Abhängigkeit)	27 16 4 3	48 34 4 4	75 50 8 7
320–389	VI. Krankheiten des Nervensystems inkl. Sinnesorgane	139	113	252

Fortsetzung

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I – XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
390 - 459 darunter 391, 392.0, 393–398, 402, 404, 410–429 darunter 391, 392.0, 393–398 410 411–414 401, 403, 405, 430–459 darunter 401, 403, 405 430–438 440–448 451–459	VII. Krankheiten des Kreislaufsystems Herzkrankheiten rheumatische Herzkrankheiten (Klappenfehler, etc.) akuter Myocardinfarkt sonstige ischämische Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung Gefäßkrankheiten d. Gehirns (Schlaganfall, etc.) sonstige Krankheiten der Arterien Krankheiten d. Venen u. Lymphgefäße, sonst. Krankheiten d. Kreislaufsystems	6.311 4.589 25 1.090 1.324 1.722 37 1.198 372 115	3.781 3.059 19 1.160 827 722 27 486 156 53	10.092 7.648 44 2.250 2.151 2.444 64 1.684 528 168
460–519 darunter 480–486 466, 490–493 487	VIII. Krankheiten der Atmungsorgane Pneumonie Bronchitis, Emphysem, Asthma bronchiale Grippe	448 165 156 16	345 52 179 7	793 217 335 23
520–579 darunter 531–534 540–543 550–553 571 574–576	IX. Krankheiten der Verdauungsorgane Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür Appendicitis Hernien Leberzirrhose Krankheiten der Gallenwege	371 32 – 9 161 11	399 31 2 13 254 6	770 63 2 22 415 17
580 - 629 darunter 590 592, 594 600 580–584	X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane Pyelonephritis, Pyelitis, Nierenabszess Steinleiden der Harnorgane Prostatahyperplasie sonstige Nephritis, Nephrose	116 31 1 – 4	65 14 4 3 5	181 45 5 3 9
630 - 676	XI. Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	–	–	–
680 - 709	XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4	2	6
710–739	XIII. Krankheiten des Bewegungsapparates	15	2	17
740–759	XIV. Kongenitale Anomalien	23	23	46
760–779	XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	17	18	35
780–799 darunter 798.0	XVI. Syndrome und schlecht bezeichnete Affektionen SIDS (plötzlicher Tod im Kindesalter)	61 2	30 3	91 5

Fortsetzung

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I–XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
E800–E999	XVII. Verletzungen und Vergiftungen	379	587	966
davon				
E800–E807, E820–E848	Verkehrsunfälle ohne PKW (sonst. Straßenfahrzeuge, Fahrrad, etc.)	3	9	12
E810–E819	Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr	45	87	132
E850–E869	Vergiftungen (Unfall)	24	66	90
darunter: E850–E855	Drogenunfälle	21	60	81
E880–E888	Sturz	147	126	273
E950–E959	Selbstmord	102	193	295
E960–E977, E980–E989	vorsätzliche Schädigung durch andere Personen; Verletzung unbestimmt, ob unbeabsichtigt oder vorsätzlich	22	29	51
E870–E879, E890–E949	sonstige Unfälle	36	77	113
insgesamt		10.385	7.598	17.983

1) Nr. der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen in der neunten Revision, Ausgabe 1979 (ICD-9).

2) B. N. = bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich auch in den einzelnen **Altersgruppen** der verstorbenen WienerInnen des Jahres 1999: Männer versterben – absolut gesehen – bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als Frauen. Als Hauptursache dieser Unterschiede können die bedeutend höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (0–24 Jahre sowie 25–44 Jahre), aber auch vermehrte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Verdauungsorgane der Männer dieser Altersgruppen angesehen werden.

In der Altersgruppe **0–24 Jahre** waren 1999 bei beiden Geschlechtern „sonstige Todesursachen“ die häufigste Todesursache, gefolgt von Unfällen. Rund ein Drittel der männlichen und rund die Hälfte der weiblichen der an sonstigen Todesursachen Verstorbenen entfielen auf Säuglinge (vgl. Kap. 2.2.1.5 und 5.3.1) Den dritten Platz nimmt in dieser Altersgruppe der Suizid ein. Allerdings muss eingeräumt werden, dass der Suizid bei jüngeren Kindern kein Thema darstellt und erst mit dem Einsetzen der Pubertät an Bedeutung gewinnt.

Frauen zwischen **25** und **44** Jahren starben am häufigsten an bösartigen Neubildungen (31 Prozent) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (20 Prozent). Für Männer dieser Altersgruppe stellten Unfälle (26 Prozent) die häufigste Todesursache dar, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21 Prozent) und Suizid (16 Prozent).

Die Haupttodesursachen der **45-** bis **65-Jährigen** waren bei den Wiener Frauen bösartige Neubildungen (47 Prozent) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (31 Prozent). Bei den Wiener Männern hingegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bösartige Neubildungen (beide: rund 35 Prozent).

In der Altersgruppe **über 65 Jahre** waren bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen die führende Todesursache (Frauen: 65 Prozent, Männer: 58 Prozent), bösartige Neubildungen die zweithäufigste (Frauen: 18 Prozent, Männer: 24 Prozent; vgl. Tabelle 51; Grafiken 49 und 50).

Tabelle 51: Todesursachenhäufigkeit¹⁾ nach Geschlecht und Alter in Wien, 1999

Todesursache(n) nach Alter	1999	
	weiblich	männlich
0 bis unter 25 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	5,5	3,4
bösartige Neubildungen	4,1	6,0
Krankh. d. Atmungsorgane	–	2,6
Krankh. d. Verdauungsorgane	1,4	–
Suizid	6,8	11,2
Unfälle ²⁾	23,3	30,2
sonstige Todesursachen	58,9	46,6
insgesamt	100,0	100,0
absolut	73	116
25 bis unter 45 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	19,9	21,1
bösartige Neubildungen	31,4	14,4
Krankh. d. Atmungsorgane	1,8	1,6
Krankh. d. Verdauungsorgane	4,9	10,2
Suizid	12,8	16,0
Unfälle ²⁾	12,8	25,5
sonstige Todesursachen	16,4	11,1
insgesamt	100,0	100,0
absolut	226	431
45 bis unter 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	30,5	35,4
bösartige Neubildungen	47,3	35,1
Krankh. d. Atmungsorgane	2,3	3,2
Krankh. d. Verdauungsorgane	8,4	10,3
Suizid	1,7	3,7
Unfälle ²⁾	2,5	5,4
sonstige Todesursachen	7,2	7,0
insgesamt	100,0	100,0
absolut	942	1.736
über 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	65,3	57,8
bösartige Neubildungen	18,2	24,2
Krankh. d. Atmungsorgane	4,6	5,3
Krankh. d. Verdauungsorgane	3,1	3,3
Suizid	0,6	0,9
Unfälle ²⁾	2,0	2,4
sonstige Todesursachen	6,2	6,2
insgesamt	100,0	100,0
absolut	9.144	5.315

1) Anteil der Todesursachen innerhalb der Altersgruppen in Prozent. Nur ausgewählte Krankheitsgruppen.

2) E 800–E949.

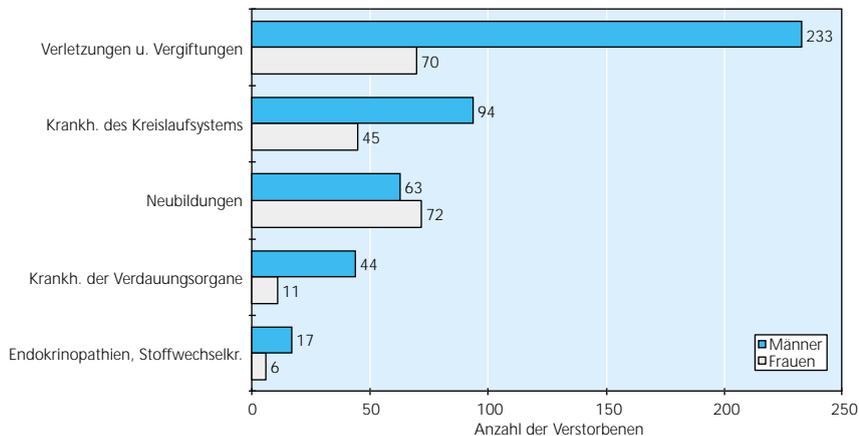
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Statistik Österreich

4.6.2 Todesursachen im zeitlichen Vergleich

Der deutliche Rückgang (um ein Drittel) der altersstandardisierten Gesamt mortalität – das sind die um Altersstruktureffekte bereinigten Verstorbenen auf je 100.000 der EinwohnerInnen – **zwischen 1980 und 1999** in Wien (siehe auch Kap. 2.2.1.2) findet seinen Ausdruck in der Entwicklung der Haupttodesursachen: Sowohl Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die mit Abstand häufigste Todesursache, als auch bösartige Neuerkrankungen, die zweithäufigste, verzeichneten beträchtliche Abnahmen. Dieser Trend betrifft beide Geschlechter. Allerdings nimmt der beschriebene Rückgang bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (– 35 Prozent) ein beträchtlich höheres Ausmaß an als bei der Todesursache Krebs (– 20 Pro-

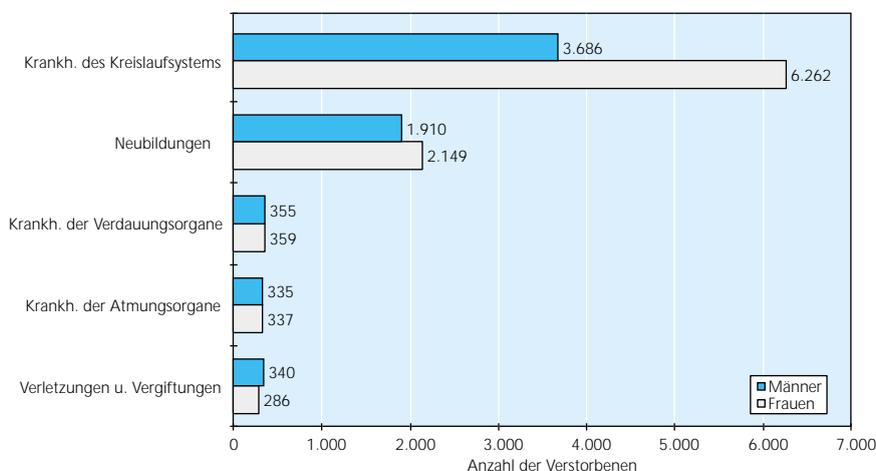
zent). Jedoch nahm die Gesamtsterblichkeit in den letzten Jahren bei den Männern stärker ab als bei den Frauen. So betrug der Rückgang der Mortalität seit 1995 bei den Männern 12,8 Prozent, bei den Frauen hingegen nur 9,9 Prozent. Dies ist auch die Ursache für die Verringerung des Unterschiedes in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in diesem Zeitraum (Differenz: 1995: 6,4 Jahre; 1999: 5,8 Jahre).

Grafik 49: Die fünf häufigsten Todesursachengruppen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 50: Die fünf häufigsten Todesursachengruppen im Alter von über 45 Jahren, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Insgesamt nahm die Sterblichkeit (alle Todesursachen) auch **seit 1998** ein wenig ab (– 1,3 Prozent). Dieser Rückgang ist auf die positive Entwicklung der Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen, aber auch auf Rückgänge der Todesursachen Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie psychiatrische Krankheiten zurückzuführen.

Allerdings lässt die genauere Analyse der Daten erkennen, dass diese Abnahme von – 1,3 Prozent ausschließlich durch die positive Entwicklung bei **Männern** verursacht wurde: Sowohl bei allen Todesursachen (– 4,1 Prozent) als auch bei den einzelnen Todesursachen – mit Ausnahme der Verletzungen und Vergiftungen – verzeichneten Männer eine Abnahme der Mortalität. Diese betrug bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – 5 Prozent, bei bösartigen Neubildungen – 4 Prozent, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane – 7 Prozent und bei Erkrankungen der Atmungsorgane – 3 Prozent. Psychiatrische Erkrankungen wurden als Todesursache 1999 um 26 Prozent seltener als 1998 ausgewiesen.

Hingegen kam es bei **Frauen** zwischen 1998 und 1999 zu einer leichten Zunahme der Gesamtmortalität (+ 3,6 Prozent), wobei diese durch die negative Entwicklung aller wichtigen Todesursachen – mit Ausnahme der Krankheiten der Verdauungsorgane – bedingt ist. Besonders hoch erscheinen die Zunahmen bei den Todesursachen psychiatrische Krankheit (+ 44 Prozent), Krankheiten der Atmungsorgane (+ 28 Prozent) sowie Verletzungen und Vergiftungen (+ 20 Prozent). Eine leichte Zunahme der altersstandardisierten Mortalität weisen auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (+ 2 Prozent) auf. Die Bedeutung der Todesursache Krebs hat sich bei Frauen im letzten Jahr so gut wie nicht verändert. Ob die Zunahme der Mortalität bei Frauen einen Trend einleitet oder als statistischer Ausreißer zu betrachten ist, kann erst mittels der Daten der folgenden Jahre beurteilt werden.

Dennoch darf auf Grund dieser seit Jahren erstmals negativen Entwicklung bei Frauen nicht außer Acht gelassen werden, dass die Mortalität der Männer auch 1999 weit höher als jene der Frauen war. Dieser Wert betrug für Männer 924,0, für Frauen jedoch nur 572,4. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich nicht nur in der Gesamtmortalität, sondern auch bei den bedeutendsten Todesursachen: Sowohl bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als auch bei den bösartigen Neubildungen, den Verletzungen und Vergiftungen sowie den Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane weisen Männer bedeutend höhere Werte auf als Frauen (siehe Tabellen 52 und 53).

Tabelle 52: Die altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung insgesamt und nach den Haupttodesursachen,¹⁾ Wien 1980–1999

Jahr	Todesursachen								
	alle Todesursachen			Herz-Kreislauf-System			bösartige Neubildungen		
	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer	insges.
1980	844,8	1.388,0	1.116,4	449,7	711,4	580,6	189,3	306,4	247,8
1985	770,0	1.285,0	1.027,5	410,0	695,5	552,7	184,1	287,4	235,7
1990	671,9	1.130,2	901,1	357,3	601,1	479,2	171,2	281,0	226,1
1995	635,0	1.059,3	847,2	329,9	522,2	426,0	171,4	264,9	218,1
1996	624,7	1.017,5	821,1	330,8	510,8	420,8	164,2	255,2	209,7
1997	593,3	969,2	781,3	304,9	484,8	394,9	167,1	253,5	210,3
1998	552,7	963,1	757,9	291,4	481,0	386,2	154,5	253,9	204,2
1999	572,4	924,0	748,2	298,0	455,4	376,7	154,7	243,1	198,9

1) Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf WHO-Old European Standard Population).

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 53: Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Todesursachen,¹⁾ Veränderungen in Wien zwischen 1998 und 1999

Todesursache	1998			1999			Veränderungen 1998–1999		
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.
Krankheiten des Kreislaufsystems	291,4	481,0	386,2	298,0	455,4	376,7	+2,3 %	-5,3 %	-2,5 %
bösartige Neubildungen	154,5	253,9	204,2	154,7	243,1	198,9	+0,2 %	-4,2 %	-2,6 %
Verletzungen und Vergiftungen	23,5	67,6	45,5	28,2	71,5	49,9	+20,0 %	+5,8 %	+9,7 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	28,4	54,0	41,2	26,3	50,1	38,2	-7,4 %	-7,2 %	-7,3 %
Krankheiten der Atmungsorgane	17,7	42,8	30,3	22,6	41,4	32,0	+27,7 %	-3,3 %	+5,6 %
psychiatrische Krankheiten	1,8	8,2	5,0	2,6	6,1	4,3	+44,4 %	-25,6 %	-14,0 %
Todesursachen insgesamt	552,7	963,1	757,9	572,4	924,0	748,2	+3,6 %	-4,1 %	-1,3 %

1) Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf WHO-Old European Standard Population).

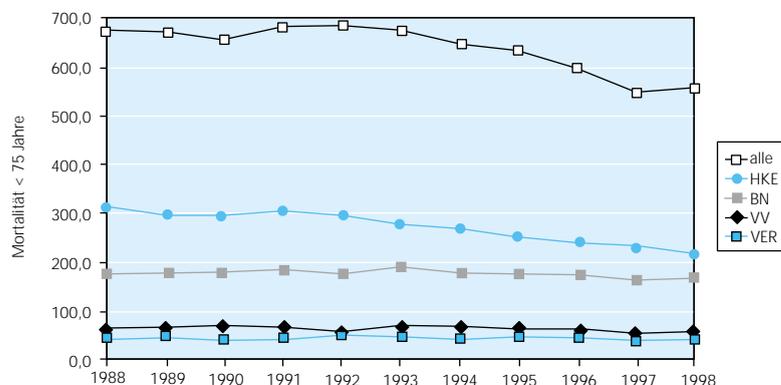
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

4.6.2.1 Todesursachen der unter 75-jährigen WienerInnen (1998)

Bei den **unter 75-jährigen Wiener Männern** kam es 1998⁵⁴ – nach einer kontinuierlichen Abnahme in den Jahren davor – zu einem geringfügigen Anstieg der Mortalität. Dieser ist auf eine leichte Zunahme bei den Diagnosen bösartige Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen. Bei der Todesursache Herz-Kreislauf-Erkrankungen setzte sich 1998 der positive Trend der letzten Jahre fort.

Trotzdem waren 1998 bei Männern dieser Altersgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen die mit Abstand häufigste Todesursache, gefolgt von Krebserkrankungen. Die dritthäufigste Todesursache stellten Verletzungen und Vergiftungen dar, wobei diesen – verglichen mit den beiden Haupttodesursachen – eine untergeordnete Bedeutung zukommt. Wie auch in den vorhergehenden Jahren waren Erkrankungen der Verdauungsorgane die vierthäufigste Todesursache (vgl. Grafik 51).

Grafik 51: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Männer, 1988–1998 nach Diagnosenobergruppen



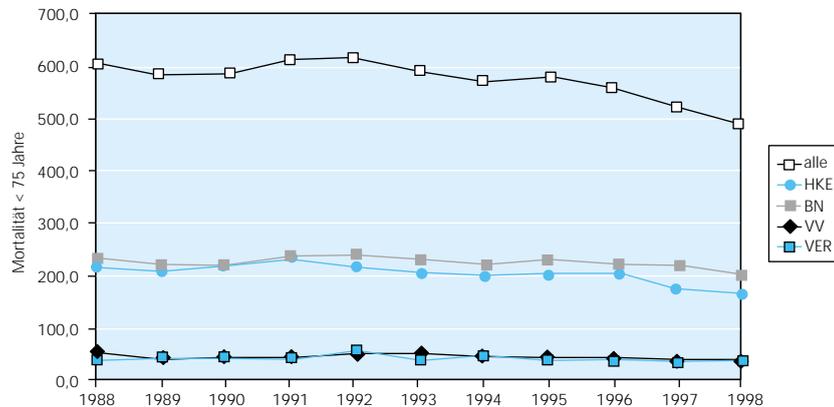
HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, BN = bösartige Neubildungen, VV = Verletzungen und Vergiftungen, VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT – Todesursachenstatistik 1988–1998; ÖBIG-Berechnungen

Im Gegensatz zu den Männern kam es bei den **unter 75-jährigen Wiener Frauen** im Jahr 1998 – so wie in den letzten Jahren – zu einer weiteren Abnahme der Gesamtmortalität. Diese kann v. a. durch einen eindeutigen Rückgang der Krebserkrankungen erklärt werden, ist aber auch durch positive Entwicklungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen bedingt.

Dennoch waren bei Frauen dieser Altersgruppe auch 1998 Krebserkrankungen die häufigste Todesursache, Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Jahren liegen die Erkrankungen der Verdauungsorgane an dritter Stelle der Haupttodesursachen. Verletzungen und Vergiftungen, die in den Jahren zuvor den dritten Platz innehatten, fielen 1998 an die vierte Stelle zurück (vgl. Grafik 52).

⁵⁴ Neuere Daten waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht verfügbar.

Grafik 52: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Frauen, 1988–1998 nach Diagnosenobergruppen

HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, BN = bösartige Neubildungen, VV = Verletzungen und Vergiftungen
VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT – Todesursachenstatistik 1988–1998; ÖBIG-Berechnungen

4.6.3 Mortalität in Wien im regionalen Vergleich

Dr. Gerhard FÜLÖP
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

In der regionalen Differenzierung zeigt sich, dass die Mortalität der unter 75-jährigen **Männer** im Durchschnitt der Jahre 1989–1998 in einigen Wiener Gemeindebezirken gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöht war, und zwar im 10., 15., 16. und vor allem im 20. Bezirk. Herz-Kreislauf- ebenso wie Krebserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems leisten erhebliche Beiträge zu dieser Situation. Eine sehr niedrige Mortalität der unter 75-jährigen Männer war für den 13., 18., 19., 23. und vor allem für den 1. Bezirk festzustellen (vgl. Grafik 53).

Bei den **Frauen** unter 75 Jahren findet sich im 10., 11. und 12. Bezirk eine gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Mortalität, die sich ebenfalls auf eine erhöhte Sterblichkeit im Bereich der Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen zurückführen lässt. Im 1., 8., 13., 18., 19. und 23. Bezirk hingegen war die Mortalität der unter 75-jährigen Frauen im Zeitraum 1989–1998 niedriger als in der weiblichen Gesamtbevölkerung Wiens (vgl. Grafik 54).

Eine Sonderstellung nimmt der 20. Bezirk ein, der in Bezug auf die Sterblichkeit der Männer in allen fünf quantitativ bedeutsamen **Todesursachengruppen** (Herz-Kreislauf-, Krebs-, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen) signifikante Abweichungen gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt nach oben zeigt und außerdem der Bezirk mit der höchsten Gesamtsterblichkeit in ganz Österreich ist. Ähnlich ungünstig ist die Situation bei den Männern im 10. Bezirk, wo Herz-Kreislauf-, Krebs-, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen als Haupttodesursache signifikant häufiger auftreten als in Wien insgesamt. Eine signifikant erhöhte Sterblichkeit der Männer lässt sich für den Beobachtungszeitraum außerdem im 11. Bezirk in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und im 15. Bezirk in Bezug auf Herz-Kreislauf- sowie auf Krebserkrankungen feststellen.

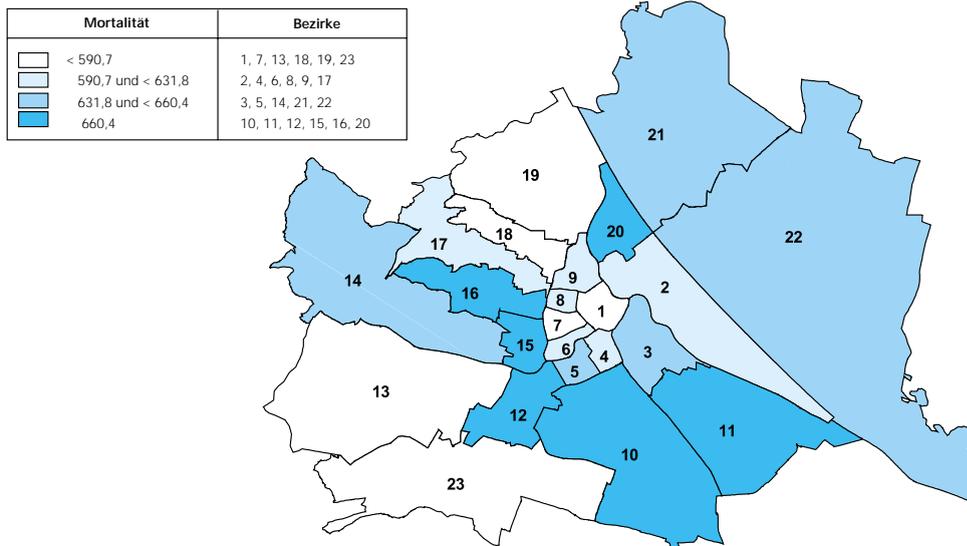
Bei den unter 75-jährigen Frauen zeichnet sich im 10., 11. und 20. Bezirk eine signifikante Übersterblichkeit in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab. Im 10. Bezirk ist die Mortalität gleich in drei Todesursachengruppen (Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen) signifikant erhöht. Für den 11. und 12. Wiener Gemeindebezirk ist die österreichweit höchste Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen festzustellen – diese begründet sich vor allem durch die erwähnte stark erhöhte Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Bezug auf die **zeitliche Entwicklung** hat sich die Situation in den erwähnten Problembezirken in den Jahren 1997 und 1998 nur wenig geändert. Während sich die Lage in Bezug auf die Sterblichkeit der un-

ter 75-jährigen Männer im 15. und im 16. Bezirk im Zeitraum 1997/98 tendenziell entspannt hat, war die Mortalität im 10. und im 20. Bezirk unverändert signifikant erhöht. Bei den Frauen ist in den Jahren 1997 und 1998 in allen drei erwähnten Problembezirken eine leichte Entspannung eingetreten, die Sterblichkeit lag aber dennoch weiterhin deutlich über dem Wiener Landesdurchschnitt.

Auf Grund der regionalen Unterschiede in der Mortalität scheint es zweckmäßig, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht gießkannenförmig über das gesamte Wiener Stadtgebiet, sondern in Bezirken mit besonders hoher Sterblichkeit vorrangig eingesetzt werden.

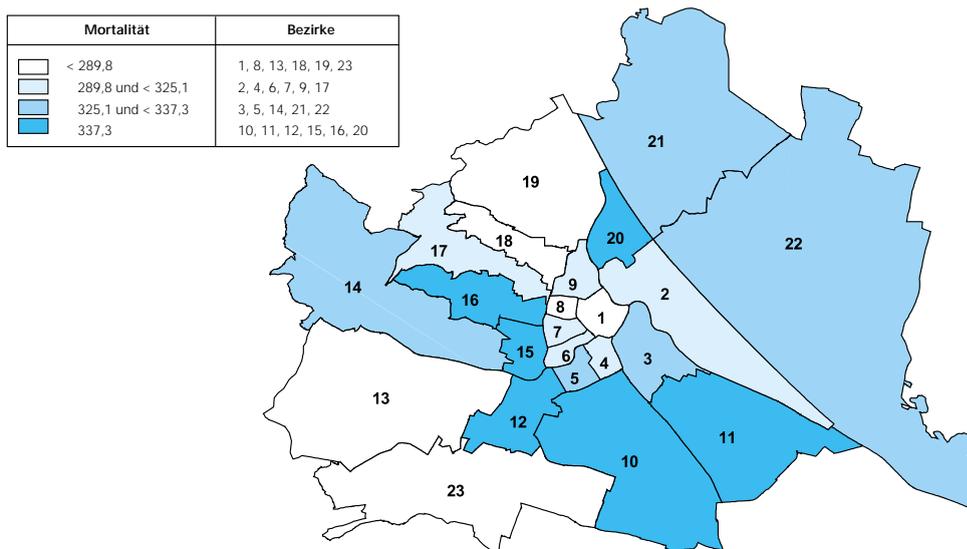
Grafik 53: Mortalität¹⁾ der unter 75-jährigen Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998



1) Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr.

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 54: Mortalität¹⁾ der unter 75-jährigen Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998



1) Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr.

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

4.7 Krankenstände

Zusammenfassung

Sowohl die häufigsten als auch die längsten Krankenstände erfolgen auf Grund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane, gefolgt von den Erkrankungen im Bereich des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

Der kontinuierliche Rückgang in den letzten Jahre sowohl bei den Krankenstandsfällen als auch bei den Krankenstandstagen wurde 1999 in Wien durch einen Anstieg um etwa 10 Prozent unterbrochen, dem keine bedeutsame Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Versicherten (bei der WGKK) gegenüberstand. Der massivste Anstieg ist in der Gruppe der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane festzustellen (gegenüber 1998: 19 Prozent mehr Krankenstandsfälle und 23 Prozent mehr Krankenstandstage), wobei diese Häufung nicht auf eine erhöhte Influenza-Rate zurückgeführt werden kann, da es 1999 keine echte Grippewelle gab. Die Entwicklung der nächsten Jahre wird zeigen, ob diese Zahlen auf eine steigende Auftretenshäufigkeit von grippalen Infekten hinweisen oder den Ausgangspunkt für eine Trendumkehr in Richtung mehr Krankenstände darstellen.

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall lag 1999 in Wien bei 12,1 Tagen (Österreich: 12,5 Tage).

Summary: Sick leaves

Most frequent sick leaves and sick leaves with the longest duration are due to diseases of the airways and respiratory organs, followed by diseases of the skeleton, the muscles and connective tissues.

The steady downward trend in the number of cases and days of recent years in Vienna was interrupted in 1999 by a sudden increase of approximately 10 percent which was not matched by any significant changes in the average number of persons insured with the Vienna Regional Health Insurance. Most noticeable upward trends were registered with diseases of the airways and respiratory organs (19 percent more cases and 23 percent more days of sick leave compared to 1998) which, not having experienced a serious influenza epidemic in 1999, cannot be explained by an increase in the number of influenza cases. The coming years will show whether these figures are indicators of a rise in the frequency of influenzal infections or whether they mark the beginning of a trend reversal towards more sick leaves altogether.

In 1999, the average duration per sick leave in Vienna was 12.1 days, compared to the Austrian average of 12.5 days.

4.7.1 Krankenstandsfälle

Der größte Teil aller Krankenstandsfälle (insgesamt rund 45 Prozent) fiel auch im Jahr 1999 wieder sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf die Gruppe der **Krankheiten der Luftwege und der Atmungsorgane**. An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand, folgen die **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** (rund 14 Prozent). Die Kategorien „Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Krankheiten“ sowie „Unfälle“ bilden mit acht bis neun Prozent noch immer einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen (vgl. Tabelle 54).

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine Überrepräsentanz der Krankheitsfälle im Bereich der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, bei den urogenitalen Erkrankungen sowie bei den Krankheiten im Zusammenhang mit dem Nervensystem erkennen. **Männer** weisen hingegen einen doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Ebenfalls höher ist der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	insgesamt		weiblich		männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	68.019	8,5	34.453	8,5	33.566	8,6
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	8.273	1,0	5.150	1,3	3.123	0,8
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	4.540	0,6	2.075	0,5	2.465	0,6
Krankheiten des Blutes (18)	611	0,1	356	0,1	255	0,1
psychische Krankheiten (19)	10.991	1,4	6.852	1,7	4.139	1,1
Krankheiten des Nervensystems (20)	13.272	1,7	8.234	2,0	5.038	1,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	12.458	1,6	6.160	1,5	6.298	1,6
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	22.158	2,8	11.437	2,8	10.721	2,8
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	360.858	45,4	188.440	46,4	172.418	44,3
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	43.104	5,4	21.361	5,3	21.743	5,6
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	23.258	2,9	18.964	4,7	4.294	1,1
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39–41)	8.359	1,1	8.359	2,1	0	0,0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	10.653	1,3	5.001	1,2	5.652	1,4
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	111.326	14,0	50.167	12,3	61.159	15,7
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	439	0,1	208	0,1	231	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	29.659	3,7	16.566	4,1	13.093	3,4
Unfälle (47–51)	65.146	8,2	21.880	5,4	43.266	11,1
Vergiftungen (52–53)	576	0,1	199	0,0	377	0,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	809	0,1	248	0,1	561	0,1
sonstige oder unbekannt exogene Ursachen (56–57)	1.217	0,2	497	0,1	720	0,2
insgesamt	795.726	100,0	406.607	100,0	389.119	100,0

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

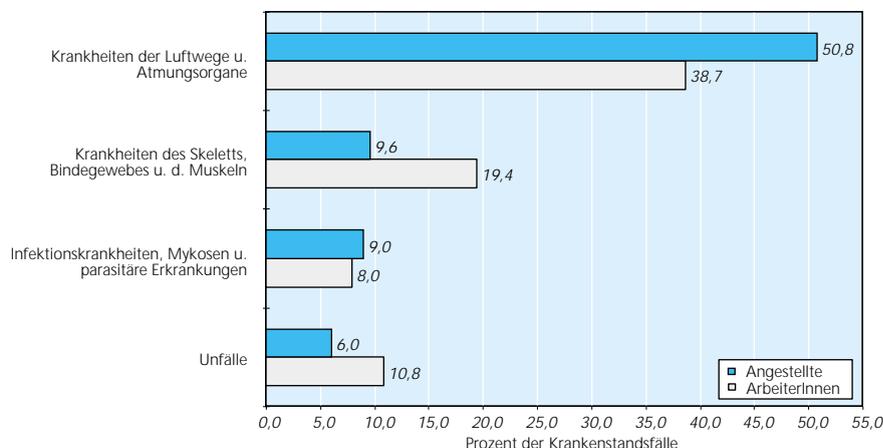
Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und **Angestellten** zeigt eine Überrepräsentanz der Angestellten bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, sowie bei Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitären Erkrankungen. Bei den **ArbeiterInnen** überwiegen hingegen deutlich – im Vergleich zur Gruppe der Angestellten – die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, sowie die Krankenstände auf Grund von Unfällen (vgl. Grafik 55).

Tabelle 55: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	28.470	9.374	19.096	39.549	25.079	14.470
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	2.487	1.366	1.121	5.786	3.784	2.002
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	1.961	709	1.252	2.579	1.366	1.213
Krankheiten des Blutes (18)	230	115	115	381	241	140
psychische Krankheiten (19)	4.356	2.299	2.057	6.635	4.553	2.082
Krankheiten des Nervensystems (20)	6.119	2.875	3.244	7.153	5.359	1.794
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	5.113	1.728	3.385	7.345	4.432	2.913
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	10.041	4.454	5.587	12.117	6.983	5.134
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	137.911	49.591	88.320	222.947	138.849	84.098
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	20.150	7.063	13.087	22.954	14.298	8.656
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	8.127	6.028	2.099	15.131	12.936	2.195
Entbindung u. Komplikat. d. Gravidität (39–41)	2.416	2.416	0	5.943	5.943	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	5.612	1.930	3.682	5.041	3.071	1.970
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	69.308	24.881	44.427	42.018	25.286	16.732
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	194	67	127	245	141	104
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	14.247	6.091	8.156	15.412	10.475	4.937
Unfälle (47–51)	38.692	8.470	30.222	26.454	13.410	13.044
Vergiftungen (52–53)	370	78	292	206	121	85
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	526	113	413	283	135	148
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	443	120	323	774	377	397
insgesamt	356.773	129.768	227.005	438.953	276.839	162.114

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Grafik 55: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

4.7.2 Krankenstandsdauer

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfielen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (29,4 Prozent), gefolgt von den Krankenständen auf Grund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (22,1 Prozent). Nach **Unfällen** wurden im Durchschnitt 21,6 Krankenstandstage in Anspruch genommen, wobei jedoch Männer insgesamt fast doppelt so viele Krankenstandstage aufweisen wie Frauen.

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug 1999 insgesamt rund 9.590.000 Tage. Davon entfielen 49 Prozent auf Frauen und 51 Prozent auf Männer, bzw. 52 Prozent auf ArbeiterInnen und 48 Prozent auf Angestellte.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist nach einem Rückgang sowohl bei den Krankenstandstagen (von 1996 auf 1997 um – 8,5 Prozent; von 1997 auf 1998 um – 1,7 Prozent) als auch bei den Krankenstandsfällen (1997: – 5,8 Prozent; 1998: – 0,1 Prozent) im Berichtsjahr 1999 in Wien wieder ein deutlicher Anstieg festzustellen: 1999 fielen um 10,2 Prozent mehr Krankenstandstage und um 9,7 Prozent mehr Krankenstandsfälle an. Dieser Steigerung bei den Krankenständen steht keine bedeutsame Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Versicherten (bei der WGKK) gegenüber. Der massivste Anstieg ist in der Gruppe der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane festzustellen. 1999 entfielen auf diesen Bereich um 19 Prozent mehr Krankenstandsfälle als im Jahr zuvor bzw. um 23 Prozent mehr Krankenstandstage. Die Häufung von Krankenständen in dieser Krankheitsgruppe kann nicht auf eine erhöhte Influenza-Rate zurückgeführt werden, da es 1999 keine echte Grippewelle gab. Es bleibt die Entwicklung der nächsten Jahre abzuwarten, ob diese auf eine erhöhte Auftretungshäufigkeit von grippalen Infekten hinweist oder Ausgangspunkt für eine Trendumkehr in Richtung mehr Krankenstände darstellt.

Tabelle 56: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	insgesamt		weiblich		männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	422.544	4,4	211.041	4,4	211.503	4,4
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	257.547	2,7	166.874	3,5	90.673	1,9
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	99.755	1,0	51.303	1,1	48.452	1,0
Krankheiten des Blutes (18)	11.030	0,1	4.794	0,1	6.236	0,1
psychische Krankheiten (19)	332.704	3,5	209.505	4,4	123.199	2,5
Krankheiten des Nervensystems (20)	163.926	1,7	92.718	2,0	71.208	1,5
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	140.270	1,5	69.679	1,5	70.591	1,4
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	495.252	5,2	198.380	4,2	296.872	6,1
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	2.819.142	29,4	1.460.447	30,8	1.358.695	28,0
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	472.948	4,9	217.527	4,6	255.421	5,3
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	290.410	3,0	232.913	4,9	57.497	1,2
Entbindung u. Komplikationen d. Gravidität (39–41)	96.991	1,0	96.991	2,0	0	0,0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	128.801	1,3	58.456	1,2	70.345	1,4
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	2.122.333	22,1	1.015.750	21,4	1.106.583	22,8
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	9.250	0,1	4.869	0,1	4.381	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	278.803	2,9	149.557	3,2	129.246	2,7
Unfälle (47–51)	1.405.290	14,7	483.215	10,2	922.075	19,0
Vergiftungen (52–53)	9.852	0,1	4.036	0,1	5.816	0,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	18.319	0,2	5.199	0,1	13.120	0,3
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	18.926	0,2	8.555	0,2	10.371	0,2
insgesamt	9.594.093	100,0	4.741.809	100,0	4.852.284	100,0

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

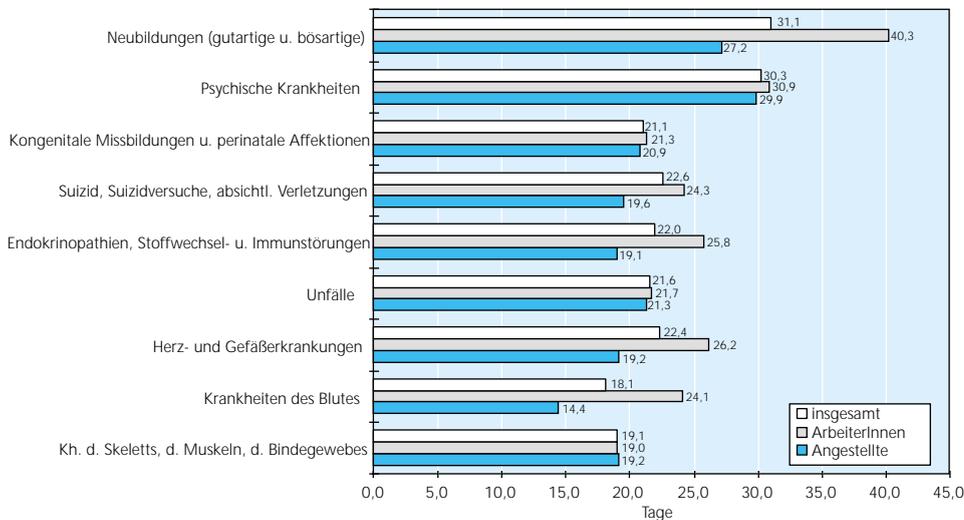
Tabelle 57: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	199.473	70.685	128.788	223.071	140.356	82.715
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	100.124	60.058	40.066	157.423	106.816	50.607
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	50.509	22.646	27.863	49.246	28.657	20.589
Krankheiten des Blutes (18)	5.552	2.222	3.330	5.478	2.572	2.906
psychische Krankheiten (19)	134.422	75.631	58.791	198.282	133.874	64.408
Krankheiten des Nervensystems (20)	90.039	42.740	47.299	73.887	49.978	23.909
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	63.276	24.547	38.729	76.994	45.132	31.862
Herz- und Gefäßkrankungen (23–30)	263.048	92.098	170.950	232.204	106.282	125.922
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.257.201	483.968	773.233	1.561.941	976.479	585.462
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	242.463	86.694	155.769	230.485	130.833	99.652
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	129.314	95.590	33.724	161.096	137.323	23.773
Entbindung u. Komplikat. d. Gravidität (39–41)	33.727	33.727	0	63.264	63.264	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	73.731	26.636	47.095	55.070	31.820	23.250
Krankheiten des Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes (43)	1.314.900	526.681	788.219	807.433	489.069	318.364
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	4.134	1.503	2.631	5.116	3.366	1.750
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	145.788	64.950	80.838	133.015	84.607	48.408
Unfälle (47–51)	841.064	202.669	638.395	564.226	280.546	283.680
Vergiftungen (52–53)	6.833	2.482	4.351	3.019	1.554	1.465
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	12.761	2.737	10.024	5.558	2.462	3.096
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	8.250	2.508	5.742	10.676	6.047	4.629
insgesamt	4.976.609	1.920.772	3.055.837	4.617.484	2.821.037	1.796.447

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Die **durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall** ist – abgesehen von der Ursache des Krankenstandes – sowohl innerhalb der Gruppen ArbeiterInnen und Angestellte als auch zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmern zum Teil sehr unterschiedlich. So etwa lassen sich bei **ArbeiterInnen** vergleichsweise längere Krankenstände infolge von Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, Krankheiten des Blutes sowie Herz- und Gefäßkrankheiten feststellen als bei Angestellten. Fast gleich lange Zeiten pro Fall weisen ArbeiterInnen und Angestellte bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie nach Unfällen auf (vgl. Grafik 56).

Grafik 56: Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall (ArbeiterInnen und Angestellte), Wien 1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Bei den **ArbeiterInnen** weisen die **Frauen** vor allem bei den Neubildungen, bei den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie nach Vergiftungen längere Krankenstände auf als die **Männer**. Diese wiederum haben längere Krankenstände auf Grund von Herz- und Gefäßkrankheiten sowie infolge von Krankheiten des Blutes.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die **Männer**. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man – ebenso wie bei den ArbeiterInnen – im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Krankheiten des Blutes. Aber auch bei den Krankheiten des Nervensystems, den Erkrankungen des Verdauungstraktes sowie bei den Vergiftungen weisen Männer im Durchschnitt längere Krankenstände auf als Frauen. Bei den **Frauen** hingegen lassen sich durchschnittlich längere Krankenstände infolge von Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie bei kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen feststellen.

Getrennt nach **Geschlecht** weisen bei den **Frauen** die Arbeiterinnen in fast allen Fällen (Ausnahme: kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen) längere Krankenstände auf als ihre Kolleginnen im Angestelltenverhältnis. Besonders deutlich sind die Unterschiede bei den Neubildungen, den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, bei den Krankheiten des Blutes sowie bei den Vergiftungen. Aber auch bei den **Männern** weisen die Arbeiter in fast allen Bereichen längere Krankenstände auf als die Angestellten, insbesondere aber bei den Neubildungen und Blutkrankheiten.

Die durchschnittliche **Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall** der letzten Jahre wies (österreichweit) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Krankenstandsfall einen Tiefststand (siehe Grafik 57). Nach einem minimalen Anstieg um 0,2 Tage im Jahr 1998 ist im Berichtsjahr wieder ein leichter Rückgang auf durchschnittlich 12,5 Tage pro Krankenstandsfall zu beobachten.

1999 weist die Statistik für Wien durchschnittlich 12,1 Krankenstandstage pro Krankenstandsfall aus (Österreich insgesamt: 12,5 Tage). Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – seit Jahren Frauen eine geringere Krankenstandsdauer aufweisen als Männer. 1999 meldeten sich die Wiener Frauen im Schnitt 0,8 Tage weniger krank als Männer. Aktuell dürfte die Abnahme der Krankenstände bei den Frauen zum einen auf den fortgesetzten Rückgang der Geburten, zum andern wohl auch auf die für Frauen deutlich spürbaren Auswirkungen der verschärften Wirtschafts- und Arbeitslage zurückzuführen sein.

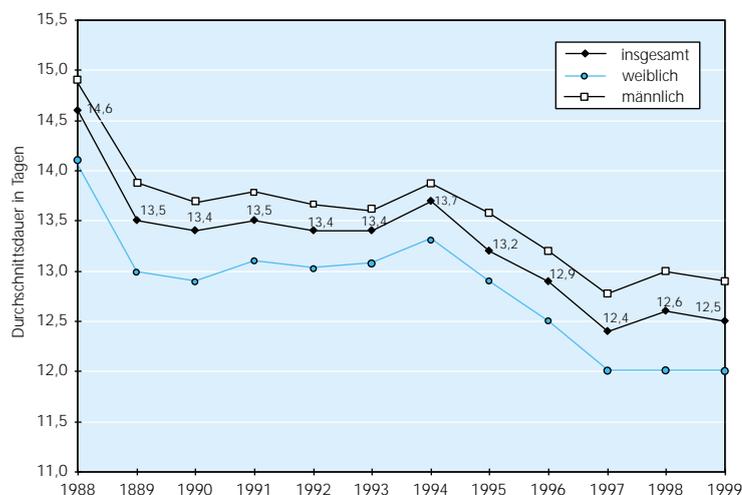
Die Ursachen für den relativ starken Rückgang der Krankenstandsdauer der Jahre 1994–1998 sind vielfältig. Als wichtigste Gründe werden angeführt:

- Altersabhängigkeit der Krankenstände (frühe Pensionen, Alters-Arbeitslosigkeit),
- Rückgang der Kuraufenthalte (die in der Regel mit Krankenständen verbunden sind) seit der Einführung eines Selbstbehaltes (135,- bis 194,- Schilling, je nach Einkommen; bei Rehabilitation 76,- Schilling),
- Rückgang der Geburten (ebenfalls mit Krankenständen verbunden),
- zunehmender Rückgang von ArbeiterInnen (v. a. in den riskanten Berufen) und Zunahme von Angestellten,
- keine echte Grippewelle in den Jahren 1996, 1997 und 1998,
- verschärfte Wirtschafts- und Arbeitslage (Arbeitsplatzunsicherheit).

Tabelle 58: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen, Wien 1999

Krankheitsgruppen (Krankenstandsbeurteilung)	Ø Krankenstandstage pro Krankenstandsfall								
	insgesamt			ArbeiterInnen			Angestellte		
	insg.	weibl.	männl.	insg.	weibl.	männl.	insg.	weib.	männl.
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	6,2	6,1	6,3	7,0	7,5	6,7	5,6	5,6	5,7
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	31,1	32,4	29,0	40,3	44,0	35,7	27,2	28,2	25,3
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	22,0	24,7	19,7	25,8	31,9	22,3	19,1	21,0	17,0
Krankheiten des Blutes (18)	18,1	13,5	24,5	24,1	19,3	29,0	14,4	10,7	20,8
psychische Krankheiten (19)	30,3	30,6	29,8	30,9	32,9	28,6	29,9	29,4	30,9
Krankheiten des Nervensystems (20)	12,4	11,3	14,1	14,7	14,9	14,6	10,3	9,3	13,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	11,3	11,3	11,2	12,4	14,2	11,4	10,5	10,2	10,9
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	22,4	17,3	27,7	26,2	20,7	30,6	19,2	15,2	24,5
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	7,8	7,8	7,9	9,1	9,8	8,8	7,0	7,0	7,0
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	11,0	10,2	11,7	12,0	12,3	11,9	10,0	9,2	11,5
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	12,5	12,3	13,4	15,9	15,9	16,1	10,6	10,6	10,8
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39–41)	11,6	11,6	0,0	14,0	14,0	0,0	10,6	10,6	0,0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	12,1	11,7	12,4	13,1	13,8	12,8	10,9	10,4	11,8
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	19,1	20,2	18,1	19,0	21,2	17,7	19,2	19,3	19,0
kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	21,1	23,4	19,0	21,3	22,4	20,7	20,9	23,9	16,8
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	9,4	9,0	9,9	10,2	10,7	9,9	8,6	8,1	9,8
Unfälle (47–51)	21,6	22,1	21,3	21,7	23,9	21,1	21,3	20,9	21,7
Vergiftungen (52–53)	17,1	20,3	15,4	18,5	31,8	14,9	14,7	12,8	17,2
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	22,6	21,0	23,4	24,3	24,2	24,3	19,6	18,2	20,9
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	15,6	17,2	14,4	18,6	20,9	17,8	13,8	16,0	11,7
insgesamt	12,1	11,7	12,5	13,9	14,8	13,5	10,5	10,2	11,1

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Grafik 57: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalltes in Tagen, 1988–1999 (Österreich)

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Bezogen auf **Krankenstandsdauer pro Erwerbstätigen** befanden sich 1999 die bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Erwerbstätigen durchschnittlich 14,85 Tag im Krankenstand.

Wien weist auf Grund seiner Altersstruktur gemeinsam mit Oberösterreich und Niederösterreich (hoher Industrieanteil) im Vergleich zu den anderen Bundesländern eine relativ hohe Krankenstandsdauer pro Erwerbstätigen auf. Die niedrigsten Krankenstände sind in Salzburg, Tirol und Vorarlberg zu verzeichnen. Steiermark, Kärnten und Burgenland rangieren im Mittelfeld (Krankenstandsstatistik 1999).

4.8 Spitalsentlassungsstatistik

Zusammenfassung

Zwar kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht auf die tatsächliche Krankheitslage (Morbidität) in der Bevölkerung geschlossen werden, doch gibt sie Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt werden. So etwa sind die längsten Krankenhausaufenthalte (durchschnittlich 31,0 Tage) bei Krankheiten im Bereich des Kreislaufsystems zu verzeichnen. Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen Neoplasien (Neubildungen), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Summary: Hospital release statistics

While hospital release statistics say little about a population's actual morbidity, they do give an account of the duration of hospital stays in relation to the different diseases. The longest hospital stays by far are registered with diseases of the circulatory system (on average 31.0 days). Most frequent diagnoses at the time of release are neoplasia (neoformations), followed by diseases of the circulatory system.

Die Diagnosen der aus allen Wiener Spitälern im Berichtsjahr entlassenen Personen werden von den SpitalsärztInnen in ein international standardisiertes Klassifikationsschema, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird,⁵⁵ eingeordnet und an die STATISTIK ÖSTERREICH gemeldet. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lag erst die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 1998 vor.

Im Allgemeinen kann von Spitalsentlassungsdaten nicht auf die Krankheitslage (Morbidität) in einer Bevölkerung geschlossen werden. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, u. a. etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, durch das Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch durch die Einweisungspraxis der niedergelassenen ÄrztInnen. Auch das 1997 neu eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung findet seinen Niederschlag in der Statistik (z. B. Rückgang der Aufenthaltsdauer, etc.).

Die Krankenhausentlassungsstatistik gibt jedoch sehr zuverlässig Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt wurden. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems betrug zum Beispiel die durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer 31,0 Tage, wobei bei den weiblichen Patienten – v. a. altersbedingt – eine besonders lange Aufenthaltsdauer (durchschnittlich 44,1 Tage) registriert werden konnte (männliche Patienten: 16,8 Tage).

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** zählten auch 1998 die **bösartigen Neubildungen**, gefolgt von den **Krankheiten des Kreislaufsystems**. An dritter Stelle stehen **Krankheiten des Skeletts**, der Muskeln und des Bindegewebes.

Auf Grund der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber auch auf Grund von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit Gravidität und Entbindung, befinden sich **Frauen** häufiger in stationärer Behandlung als Männer. Besonders dominiert das weibliche Geschlecht bei den **Neoplasien** (Brustkrebs!), bei den **Krankheiten der Sinnesorgane** (v. a. Affektionen der Augen), **Hypertonie**, Krankheiten der Urogenitalorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Bei **Männern** hingegen kam es öfter als bei Frauen zu Spitalsaufenthalten auf Grund von **Krankheiten der Atmungsorgane**.

⁵⁵ In Österreich wird derzeit die in 18 Hauptgruppen unterteilte neunte Version der „International Classification of Diseases“ (ICD-9), KRAZAF-Version verwendet.

Tabelle 59: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1998²⁾ nach Geschlecht

Hauptgruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Geschlecht		Stationäre PatientInnen insgesamt ⁴⁾
			weiblich	männlich	
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	6.232	6.731	12.963
II.	140–239	Neoplasien	50.391	40.343	90.734
		darunter: 140–208 bösartige Neubildungen	42.989	36.595	79.584
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	11.624	8.059	19.683
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	2.712	2.141	4.853
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	19.050	17.442	36.492
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	24.224	18.137	42.361
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	36.803	34.063	70.866
		darunter:			
		401–405 Hypertonie	3.796	2.061	5.857
		410–414 ischämische Herzkrankheiten	5.265	8.654	13.919
		415–429 sonstige Herzkrankheiten	10.437	8.350	18.787
		430–438 cerebrovaskuläre Krankheiten	8.495	6.974	15.469
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	16.104	19.264	35.368
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	18.714	18.047	36.761
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	22.714	12.587	35.301
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation d. Gravidität	27.338	–	27.338
		darunter: 650 normale Entbindung	10.048	–	10.048
XII.	680–709	Krankheiten d. Haut und d. Unterhautzellgewebes	4.031	3.634	7.665
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	29.173	15.976	45.149
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	1.641	1.990	3.631
XV.	760–779	perinatale Affektionen	1.098	1.525	2.623
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	7.313	6.053	13.366
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	18.198	18.587	36.785
XVIII.	V01–V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	766	247	1.013
I–XVIII	001–999, V01–V99	alle Diagnosen	298.126	224.826	522.952

1) Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, PKH Josefstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH, K.-Franz-Josef-KH, Goldenes Kreuz KH, Hanusch-KH, Sanatorium Hera, Herz Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung, St. Elisabeth-Spital, St. Josef KH, UKH & RehabZ, Wilhelminenspital, Poliklinik, Sophienspital, Baumgarten PFH, Pulmologisches Zentrum, Baumgartner Höhe PSYKH, STRAFA, Gersthof OrthSp., Glanzing KIKL, Preyer'sches KISP, PFH Haus d. Barmherzigkeit, Heeresspital, Semmelweis-FrauenKL, Lainz GeriatrieZ, Liesing PFH, Lorenz-Böhler UKH, Maria-Theresien-Schlössl, Mautner-Markhof'sches KISP, Speising Orthop. SP, Meidling RehabZ, Rosenhügel NKH, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebartsstr., St. Anna KISP, PKlinik, Göttlicher Heiland, SMZ Ost, SMZ Ost PFH, Paracelsusklinik, Döbling PK, PFH Sanatorium, PZ-PFH, PFA Pulm. Z., PFZ Alsergrund.

2) Die Daten für 1999 waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.

3) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF.

4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Österreich

Tabelle 60: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1998²⁾ nach Abgangstatus und Aufenthaltsdauer

Hauptgruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Abgangstatus ⁴⁾		Ø Aufenth.-dauer (Tage)
			entlassen	gestorben	
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.571	392	10,4
II.	140–239	Neoplasien	87.645	3.089	7,0
		darunter: 140–208 bösartige Neubildungen	76.574	3.010	6,9
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	19.382	301	10,4
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	4.755	98	6,6
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	36.338	154	19,2
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	42.087	274	8,4
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	65.534	5.332	31,0
		darunter:			
		401–405 Hypertonie	5.813	44	9,6
		410–414 ischämische Herzkrankheiten	13.103	816	15,6
		415–429 sonstige Herzkrankheiten	15.789	2.998	73,8
		430–438 cerebrovaskuläre Krankheiten	14.320	1.149	23,2
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	34.150	1.218	15,6
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	35.882	879	9,5
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	34.867	434	7,4
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation in Gravidität	27.337	1	5,0
		darunter: 650 normale Entbindung	10.048	–	5,3
XII.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	7.606	59	8,9
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	45.094	55	9,5
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	3.597	34	17,7
XV.	760–779	perinatale Affektionen	2.572	51	14,3
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	12.798	568	16,2
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	36.205	580	8,9
XVIII.	V01–V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	1.011	2	3,1
I – XVIII	001–999, V01–V99	alle Diagnosen	509.431	13.521	12,8

1) Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, PKH Josefstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH, K.-Franz-Josef-KH, Goldenes Kreuz KH, Hanusch KH, Sanatorium Hera, Herz Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung, St. Elisabeth-KH, St. Josef KH, UKH & RehabZ, Wilhelminenspital, Poliklinik, Sophienspital, Baumgarten PFH, Pulmologisches Zentrum, Baumgartner Höhe PSYKH, STRAFA, Gersthof OrthSp., Glanzing KIKL, Preyer'sches KISP, PFH Haus d. Barmherzigkeit, Heeresspital, Semmelweis-FrauenKL, Lainz GeriatrieZ, Liesing PFH, Lorenz Böhler UKH, Maria-Theresien-Schlössl, Mautner-Markhof'sches KISP, Speising Orthop. SP, Meidling RehabZ, Rosenhügel NKH, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebartsstr., St. Anna KISP, PKlinik, Göttlicher Heiland, SMZ Ost, SMZ Ost PFH, Paracelsusklinik, Döbling PK, PFH Sanatorium, PZ-PFH, PFA Pulm. Z., PFZ Alsergrund

2) Die Daten für 1999 waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.

3) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF.

4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Österreich

V.
GESUNDHEITLICHE
SITUATION VON KINDERN
UND JUGENDLICHEN

*CHILDREN'S AND
ADOLESCENTS'
STATE OF HEALTH*

5	GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	191
	5.1 Geburtenstatistik	191
	5.1.1 Geburtsgewicht	191
	5.1.2 Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht	191
	5.1.3 Todesursachen bei Säuglingen	193
	5.2 Haltungstörungen	197
	5.3 Gesundheit und Gesundheitsverhalten im internationalen Vergleich	201
	5.3.1 Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden	201
	5.3.2 Beschwerden und Symptome	203
	5.3.3 Zahnpflege	203
	5.3.4 Rauchen	204
	5.3.5 Alkoholkonsum	206
	5.3.6 Suizid	208
	5.4 Stellungsuntersuchungen 1999	209

5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN⁵⁶

5.1 Geburtenstatistik

Zusammenfassung

In Wien wurden 1999 92,7 Prozent der Säuglinge reif (> 2.500 Gramm) geboren. 5,9 Prozent waren frühgeborene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 Gramm und 1,4 Prozent waren extrem frühgeborene Kinder mit weniger als 1.500 Gramm. Die Säuglingssterblichkeitsrate betrug 1999 für Wien 5,1 (im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen). Insgesamt starben 77 Säuglinge, davon 42 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Die häufigste Todesursache bei Säuglingen waren auch 1999 kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems.

Summary: Birth statistics

In 1999, 92.7 percent of neonates registered in Vienna were mature births (weight of birth above 2,500 grams). 5.9 percent were premature births with a weight between 1,500 and 2,500 grams. 1.4 percent were extremely premature, weighing less than 1,500 grams. In Vienna infant mortality for Vienna in 1999 was 5.1 children that died in the first year per 1,000 viable births. In total, 77 infants, 42 of whom were male and 35 female, died in that year. The main causes of death for infants in 1999 as in the years before were congenital anomalies of the heart and the circulatory system.

5.1.1 Geburtsgewicht

Das durchschnittliche Geburtsgewicht wird für Mädchen allgemein mit 3.200 Gramm und für Buben mit 3.400 Gramm angegeben. Rund 91 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien weisen ein „normales“ Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm auf. Etwa sieben Prozent der Säuglinge wiegen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeborene), wobei Säuglinge unter 1.500 Gramm als sehr kleine Frühgeburten gelten und besonderen Risiken ausgesetzt sind. Etwas mehr als ein Prozent der lebend geborenen Säuglinge kommen mit mehr als 4.500 Gramm auf die Welt.

5.1.2 Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

Das Sterberisiko der unter Einjährigen steht in Zusammenhang mit dem Lebensalter des Säuglings. In den ersten Lebensstunden und Tagen sind Säuglinge viel gefährdeter als in den späteren Lebensmonaten. So etwa bestimmen endogene Faktoren, z. B. die Frühgeburt des Kindes oder angeborene Fehlbildungen, das Sterblichkeitsgeschehen unmittelbar nach der Geburt. Exogene Faktoren, z. B. Infektionskrankheiten, plötzlicher Kindstod (SIDS)⁵⁷ oder Unfälle sind hingegen für die meisten Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat verantwortlich. Die bedeutendsten singulären Einflussfaktoren für die Säuglingssterblichkeit sind jedoch das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft.⁵⁸

⁵⁶ Der „Wiener Kindergesundheitsbericht 2000“ (Hrsg. MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung) bietet eine umfangreiche Darstellung der gesundheitlichen Lage der Wiener Kinder.

⁵⁷ Vgl. dazu: Wiener Kindergesundheitsbericht 2000, Kapitel 4.1.2.1.1: SIDS – Plötzlicher Kindstod und die Wiener Informationskampagne „Sicheres Schlafen für Babys“.

⁵⁸ Vgl. dazu: KYTIR, J.; KÖCK, Ch.: Säuglingssterblichkeit in Wien. Eine gesamtbevölkerungsbezogene Untersuchung über die epidemiologischen Ursachen der überdurchschnittlichen Sterblichkeit der Wiener Kinder im ersten Lebensjahr. Wien, Dezember 1995.

Tabelle 1: Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 1999

Geburtsgewicht in Gramm	Lebendgeborene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
unter 1.000	36	0,5	38	0,5	74	0,5
1.000 bis unter 1.500	73	1,0	66	0,9	139	0,9
1.500 – unter 1.700	30	0,4	32	0,4	62	0,4
1.700 – unter 1.900	58	0,8	48	0,6	106	0,7
1.900 – unter 2.100	75	1,0	57	0,7	132	0,9
2.100 – unter 2.300	133	1,8	95	1,2	228	1,5
2.300 – unter 2.500	211	2,8	148	1,9	359	2,4
2.500 – unter 2.700	328	4,4	261	3,4	589	3,9
2.700 – unter 2.900	587	7,8	485	6,3	1.072	7,1
2.900 – unter 3.100	965	12,9	774	10,1	1.739	11,5
3.100 – unter 3.300	1.208	16,1	1.049	13,7	2.257	14,9
3.300 – unter 3.500	1.270	17,0	1.255	16,3	2.525	16,7
3.500 – unter 3.700	1.017	13,6	1.184	15,4	2.201	14,5
3.700 – unter 3.900	707	9,5	956	12,5	1.663	11,0
3.900 – unter 4.100	434	5,8	595	7,8	1.029	6,8
4.100 – unter 4.300	203	2,7	335	4,4	538	3,5
4.300 – unter 4.500	77	1,0	173	2,3	250	1,6
4.500 – unter 5.000	61	0,8	109	1,4	170	1,1
5.000 und mehr	7	0,1	17	0,2	24	0,2
insgesamt	7.480	100,0	7.677	100,0	15.157	100,0

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 2: Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999

Geborene	Geschlecht				insgesamt	
	männlich		weiblich		insgesamt	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene ¹⁾	44	5,7	38	5,1	82	5,4
Lebendgeborene ¹⁾	7.677	994,3	7.480	994,9	15.157	994,6
davon:						
unter 2.500 g (Frühgeborene) ²⁾	484	6,3	616	8,2	1.100	7,3
2.500 g und mehr (Reifgeborene) ²⁾	7.193	93,7	6.864	91,8	14.057	92,7
Geborene	Legitimität				insgesamt	
	ehelich		unehelich		insgesamt	
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene ¹⁾	54	4,8	28	7,1	82	5,4
Lebendgeborene ¹⁾	11.238	995,2	3.919	992,9	15.157	994,6
davon:						
unter 2.500 g (Frühgeborene) ²⁾	758	6,7	342	8,7	1.100	7,3
2.500 g und mehr (Reifgeborene) ²⁾	10.480	93,3	3.577	91,3	14.057	92,7

1) Relativ = in Promille.

2) Relativ = in Prozent.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

In Wien starben 1999 insgesamt 5,1 von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen. Bei den reifgeborenen Säuglingen (über 2.500 Gramm) beträgt die Sterblichkeitsrate 2,3 von 1.000 Geborenen gleicher Gewichtsguppe; bei den frühgeborenen Säuglingen (unter 2.500 Gramm) erreicht sie 40,0. Dies bedeutet gegenüber 1998 allerdings einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit bei den Frühgeborenen um 15,9 pro 1.000.

Tabelle 3: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Reifegrad				insgesamt	
	Frühgeborene (unter 2.500 g)		Reifgeborene (über 2.500 g)			
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾
unter 7 Tagen	21	19,1	6	0,4	27	1,8
7 – unter 28 Tage	10	9,1	9	0,6	19	1,3
28 Tage – unter 1 Jahr	13	11,8	18	1,3	31	2,0
insgesamt	44	40,0	33	2,3	77	5,1

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Gewichts.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

5.1.3 Todesursachen bei Säuglingen

In Wien starben 1999 insgesamt 77 Säuglinge, davon 42 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Die Mortalitätsrate (auf 1.000 Lebendgeborene) beträgt somit für das Jahr 1999 rund 5,1. Dieser Wert liegt etwas unter dem Durchschnittswert der letzten Jahre und deutlich unter dem erhöhten Wert von 7,0 des Jahres 1998 (siehe auch Kapitel 2.2.1.2.3 Säuglingssterblichkeit).

Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen waren auch 1999 kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems. An zweiter und dritter Stelle folgten Schädigungen des Fetus oder Neugeborenen durch Plazenta, Nabelschnur und Eihäute sowie andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit.

Tabelle 4: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 1998

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich		absolut	auf 1.000 ¹⁾
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾		
unter 7 Tagen	15	2,0	12	1,6	20	1,8	7	1,8	27	1,8
7 – unter 28 Tage	9	1,2	10	1,3	12	1,1	7	1,8	19	1,3
28 Tage – unter 1 Jahr	18	2,3	13	1,7	21	1,9	10	2,6	31	2,0
insgesamt	42	5,5	35	4,7	53	4,7	24	6,1	77	5,1

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 5: Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 1999

Geburtsgewicht der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich		absolut	auf 1.000 ¹⁾
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾		
unter 2.500 g (Frühgeburt)	24	49,6	20	32,5	29	38,3	15	43,9	44	40,0
2.500 g und mehr (Reifegeburt)	18	2,5	15	2,2	24	2,3	9	2,5	33	2,3
insgesamt	42	5,5	35	4,7	53	4,7	24	6,1	77	5,1

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 6: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Legitimität und Geburtsgewicht, 1999

Geburts- gewicht in Gramm	männlich ehelich			männlich unehelich			weiblich ehelich			weiblich unehelich			insgesamt		
	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. ¹⁾												
unter 500	5	3	600,0	1	1	1.000,0	4	4	1.000,0	-	-	-	10	8	800,0
500 – unter 600	2	2	1.000,0	1	1	1.000,0	3	2	666,7	1	1	1.000,0	7	6	857,1
600 – unter 700	1	-	0,0	3	1	333,3	4	3	750,0	2	2	0,0	10	6	600,0
700 – unter 800	3	2	666,7	1	-	0,0	5	1	200,0	2	-	1.000,0	11	3	272,7
800 – unter 900	6	-	0,0	2	-	0,0	6	-	0,0	1	1	500,0	15	1	66,7
900 – unter 1.000	11	2	181,8	2	-	0,0	6	1	166,7	2	1	83,3	21	4	190,5
1.000 – u. 1.200	15	1	66,7	8	1	125,0	17	1	58,8	12	1	0,0	52	4	76,9
1.200 – u. 1.500	28	-	0,0	15	2	133,3	35	1	28,6	9	-	0,0	87	3	34,5
1.500 – u. 2.000	71	1	14,1	34	2	58,8	81	-	0,0	36	-	0,0	222	3	13,5
2.000 – u. 2.500	186	4	21,5	89	1	11,2	269	1	3,7	121	-	2,3	665	6	9,0
2.500 – u. 3.000	764	5	6,5	314	-	0,0	934	8	8,6	430	1	5,2	2.442	14	5,7
3.000 – u. 3.500	1.989	6	3,0	757	1	1,3	2.226	1	0,4	768	4	0,0	5.740	12	2,1
3.500 – u. 4.000	1.907	2	1,0	589	3	5,1	1.538	1	0,7	432	-	0,0	4.466	6	1,3
4.000 – u. 4.500	585	-	0,0	162	-	0,0	375	-	0,0	93	-	0,0	1.215	-	0,0
4.500 – u. 5.000	92	-	0,0	17	-	0,0	51	-	0,0	10	-	0,0	170	-	0,0
5.000 u. mehr	14	1	71,4	3	-	0,0	5	-	0,0	2	-	0,0	24	1	41,7
unter 1.000	28	9	321,4	10	3	300,0	28	11	392,9	8	5	625,0	74	28	378,4
unter 1.500	71	10	140,8	33	6	181,8	80	13	162,5	29	6	206,9	213	35	164,3
unter 2.500	328	15	45,7	156	9	57,7	430	14	32,6	186	6	32,3	1.100	44	40,0
2.500 und mehr	5.351	14	2,6	1.842	4	2,2	5.129	10	1,9	1.735	5	2,9	14.057	33	2,3
Insgesamt	5.679	29	5,1	1.998	13	6,5	5.559	24	4,3	1.921	11	5,7	15.157	77	5,1

1) In Promille.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich (Bevölkerungsstatistik)

Tabelle 7: Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 1999

Diagnose	Anzahl der verstorbenen Säuglinge	Mortalitätsrate auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres	
		1999	Ø 1996–1998
Infektionskrankheiten	1	0,00	0,07
kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems	12	0,74	0,79
Chromosomenanomalien	7	0,30	0,46
andere kongenitale Anomalien	7	0,72	0,46
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Krankheit der Mutter	2	0,19	0,13
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	3	0,32	0,20
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur und Eihäute	9	0,36	0,59
Unreife, Frühgeburt (Geburtsgewicht unter 2.500 g)	3	0,98	0,20
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung	4	0,13	0,26
respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen	3	0,30	0,20
hämolytische Krankheiten des Fetus oder Neugeborenen	1	0,00	0,07
andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	9	0,36	0,59
Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter (SIDS)	5	0,81	0,33
Unfälle (Vergiftungen und Verletzungen)	0	0,00	0,00
Mord, Totschlag	0	0,09	0,00
alle sonstigen Todesursachen	11	0,32	0,73
insgesamt	77	5,62	5,08

1) Anzahl der Lebendgeborenen 1999: 15.157.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

5.2 Haltungsstörungen⁵⁹

Zusammenfassung

Eine orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6–10 Jahren zeigte, dass 46 Prozent der untersuchten Kinder Haltungsfehler aufweisen. Bei 38 Prozent der untersuchten Kinder wurde Haltungsturnen entweder neu veranlasst oder eine Fortsetzung empfohlen.

29 von 100 untersuchten Kindern weisen Wirbelsäulenanomalien und 22 von 100 Kindern Bein- und Fußanomalien auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und so genannte Flügelschultern.

Bereits bei Schuleintritt weisen 21,8 Prozent der Kinder Haltungsstörungen (Haltungsschwächen und Fehlformen der Wirbelsäule) auf, in der 4. Schulstufe sind es bereits 23,5 und in der 8. Schulstufe 27,9 Prozent. Bei den 19-Jährigen klagen 40 Prozent über Wirbelsäulenschmerzen.

Besonders kritische Phasen für den Haltungs- und Bewegungsapparat sind der Schuleintritt sowie die Phase des pubertären Wachstumsschubs, welcher bei Mädchen im Alter von 10–12 Jahren, bei Knaben etwas später im Alter von 12–15 Jahren stattfindet.

Summary: Postural damages

46 percent of Viennese schoolchildren aged 6 to 10 years who underwent orthopaedic examinations were found to have a faulty posture. 38 percent of the children examined were told to take up or, where similar recommendations had been made before, to continue postural gymnastics as a remedy.

29 out of 100 children examined exhibited anomalies of the spine, 22 out of 100 cases were diagnosed with anomalies of the legs and feet. The most frequent anomalies of the spine are hollow back, hunchback and so-called wing shoulders.

At the time of school entry, 21.8 percent of children suffer from postural disturbances (postural deficiencies or malformations of the spine), by grade 4 that percentage is found to be 23.5, at grade 8 it is 27.9 percent. 40 percent of all 19 year olds complain of spinal pains.

The most crucial phases of development for the postural and locomotor system are school entry and the puberal growth thrust which girls experience between ages 10 and 12, boys between 12 and 15.

Ein falscher Umgang mit Bewegungsapparat und Wirbelsäule tritt in unserer Gesellschaft schon sehr frühzeitig auf. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die Rangliste der Gesundheitsstörungen an.

Haltungsstörungen (Haltungsschwäche und Fehlformen der Wirbelsäule) sind nach den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen zu Schuleintritt bei etwa 21,8 Prozent der Kinder festzustellen, in der 4. Schulstufe bei etwa 23,5 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 27,9 Prozent der Kinder (Schuljahr 1999/00). Eltern, LehrerInnen und ÄrztInnen müssen sich daher mit dem Problem Haltungsstörung auseinander setzen.

Erstmals seit dem Schuljahr 1994/95 wurden im Berichtsjahr im Auftrag der MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung wieder die Untersuchungen der SchulärztInnen für Wien (Gesundheitsblätter) ausgewertet. Die Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass können leider nicht herangezogen werden. Damit geht wichtiges Informationsmaterial verloren.

⁵⁹ Vgl. dazu auch das ausführlichere Kapitel zum Thema Haltungsstörungen von Univ.-Prof. Dr. Franz GRILL im Gesundheitsbericht 1997 (S. 197 ff.) bzw. Kapitel 4.2.6.2.2 im „Wiener Kindergesundheitsbericht 2000“.

Im Schuljahr 1999/00 wiesen nach den schulärztlichen Untersuchungen in Wien bereits in der 1. Schulstufe 20,5 Prozent der untersuchten Kinder eine auffällige **Haltungsschwäche der Wirbelsäule** auf. In der 4. Schulstufe waren es 21,2 Prozent und in der 8. Schulstufe bereits 24,5 Prozent. In der 12. Schulstufe wurden im Schuljahr 1993/94 bei 28,3 Prozent der Jugendlichen Haltungsanomalien der Wirbelsäule diagnostiziert (Vergleichsergebnisse der 12. Schulstufe im Schuljahr 1999/00 liegen leider nicht vor). Während es in der 1. Schulstufe kaum Unterschiede zwischen Buben und Mädchen in der Häufigkeit des Auftretens von Haltungsschwächen und Fehlformen der Wirbelsäule gibt, nimmt dieser Unterschied mit zunehmendem Alter zugunsten der Mädchen zu.

Tatsächliche **Fehlformen der Wirbelsäule** und des Brustkorbes treten deutlich seltener auf und sind in der 1. Schulstufe bei 1,3 Prozent der untersuchten Kinder, in der 4. Schulstufe bei 2,3 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 2,5 Prozent zu beobachten.

Fehlformen der Beine und Füße (ohne Funktionsbehinderung) nehmen im Lauf der Schuljahre von der 1. Schulstufe mit 28,8 Prozent der untersuchten Kinder auf 21,4 Prozent in der 4. Schulstufe und auf 18,3 in der 8. Schulstufe kontinuierlich ab.

Tabelle 8: Untersuchungsbefunde der schulärztlichen Untersuchungen, Wien, Schuljahr 1995/6 und 1999/2000, Häufigkeiten in Prozent

Untersuchungsbefunde	Schuljahr 1995/96						Schuljahr 1999/00									
	1. Schulstufe			4. Schulstufe			1. Schulstufe			4. Schulstufe			8. Schulstufe			
	M ¹⁾	B ¹⁾	i ¹⁾	M	B	i	M	B	i	M	B	i	M	B	i	
Wirbelsäule, Brustkorb																
Haltungsschwäche	17,8	15,3	16,5	21,4	23,2	22,4	21,2	21,3	20,5	19,9	21,3	21,2	20,7	28,9	25,4	
Fehlform	1,6	1,5	1,4	1,7	1,6	1,6	1,8	0,9	1,3	2,5	2,2	2,3	2,5	2,8	2,5	
Beine, Füße																
Fehlform ohne Funktionsbehinderung	21,9	25,2	24,4	19,7	27,8	24,4	24,1	32,5	28,5	21,5	21,3	21,3	17,6	19,7	18,3	
Fehlform mit Funktionsbehinderung	0,6	0,5	0,6	0,2	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6	0,4	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	

1) M = Mädchen, B = Buben, i = insgesamt

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, eigene Berechnungen

Eine orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6–10 Jahren im Schuljahr 1999/00 konnte zeigen, dass knapp 30 Prozent der untersuchten Kinder haltungsgefährdet sind (Veranlassung von Haltungsturnen). 29 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** und 22 von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und Flügelschultern.

Die Häufigkeit von Haltungsfehlern, Fußanomalien und Übergewicht (zehn von 100 Kindern) ist beträchtlich. Darüberhinaus treten orthopädische Auffälligkeiten vielfach nicht isoliert, sondern bei den betroffenen SchülerInnen meist kombiniert auf.

Bei knapp 30 Prozent der untersuchten Kinder⁶⁰ wurde **Haltungsturnen** neu veranlasst, wobei die meisten Veranlassungen (61 Prozent) bereits in der 1. Klasse Volksschule (also bei 6- bis 7-Jährigen) stattfanden. Bei weiteren knapp neun Prozent aller Kinder⁶¹ wurde empfohlen, das Haltungsturnen fortzusetzen. Bei rund neun Prozent erfolgte eine Einlagenverordnung. – Das heißt, etwa die Hälfte aller Kinder haben Probleme mit der Haltung. Bei 53,6 Prozent der untersuchten Kinder wurde im Schuljahr 1999/00 kein Haltungsfehler diagnostiziert (1998/99: 48 Prozent).

⁶⁰ Schuljahr 1999/00: 29,2 %; Schuljahr 1998/99: 30,5 %; Schuljahr 1997/98: 32,4 %.

⁶¹ Schuljahr 1999/00: 8,6 %; Schuljahr 1998/99: 9,6 %; Schuljahr 1997/98: 7,3 %.

Tabelle 9: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen¹⁾ in den Schuljahren 1998/99 und 1999/00

festgestellte Haltungsfehler	Anzahl der PflichtschülerInnen mit orthopädischen Auffälligkeiten			
	Schuljahr 1998/99		Schuljahr 1999/00	
	absolut	auf 100 untersuchte Kinder	absolut	auf 100 untersuchte Kinder
Wirbelsäulenanomalien insgesamt	2.921	36,2	2.881	28,9
davon:				
Beckenschiefstand	37	0,5	45	0,5
schlaffe oder unbestimmte Haltung	14	0,2	17	0,2
Flügel Schultern (Scapulae alatae)	545	6,8	528	6,2
Flachrücken	548	6,8	361	4,2
Hohlrücken (Hohlkreuz)	455	5,6	662	7,8
Hohlrundrücken	159	2,0	168	2,0
Rundrücken	539	6,7	540	6,3
Skoliose	505	6,3	449	5,3
sonstiges	119	1,5	111	1,3
Fußanomalien insgesamt	2.446	30,3	1.881	22,1
davon:				
Bein- und Fußdeformitäten	2.442	30,3	1.868	21,9
idiopathische Beinverkürzungen	4	0,0	13	0,2
Adipositas	721	8,9	859	10,1
orthopädische Auffälligkeiten insgesamt ²⁾	6.088	–	5.621	–
untersuchte Kinder insgesamt	8.066	–	8.517	–

1) Ohne Sonderschulen für Körperbehinderte.

2) Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

Tabelle 10: Haltungsturnen und Einlagenverordnungen, Wien 1998/99 und 1999/00

Haltungsturnen und Einlagenverordnungen	Veranlassungen			
	Schuljahr 1998/99		Schuljahr 1999/00	
	absolut	in %	absolut	in %
Haltungsturnen neu veranlasst	2.459	30,5	2.490	29,2
Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt	776	9,6	732	8,6
kein Haltungsfehler, daher kein Haltungsturnen veranlasst	3.870	48,0	4.561	53,6
nur Einlagenverordnung	925	11,5	734	8,6
untersuchte Kinder insgesamt	8.066	100,0	8.517	100,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

Tabelle 11: Veranlassungen von Haltungsturnen nach Alter, Wien 1998/99 und 1999/00

Klasse (Volksschule)	Schuljahr 1998/99				Schuljahr 1999/00			
	Mädchen	Buben	insg.	in %	Mädchen	Buben	insg.	in %
1. Klasse (6–7 J.)	848	860	1.708	69,5	789	740	1.529	61,4
2. Klasse (7–8 J.)	84	91	175	7,1	73	61	134	5,4
3. Klasse (8–9 J.)	201	256	457	18,6	288	297	585	23,5
4. Klasse (9–10 J.)	63	56	119	4,8	118	124	242	9,7
insgesamt	1.196	1.263	2.459	100,0	1.253	1.201	2.490	100,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

Tabelle 12: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen¹⁾, Schuljahr 1986/87–1999/00

Schuljahr	untersuchte Schulen	durchgeführte Untersuchungen	festgestellte haltungsgefährdete Kinder ¹⁾		Wirbelsäulenveränderungen und Skoliosen		Bein- und Fußdeformitäten		Adipositas	
			absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1986/87	131	9.800	4.690	47,9	3.170	32,3	2.700	27,6	1.060	10,8
1987/88	117	9.640	4.318	44,8	2.650	27,5	2.300	23,9	1.200	12,4
1988/89	117	10.423	4.633	44,4	3.775	36,2	2.120	20,3	1.240	11,9
1989/90	93	9.854	4.000	40,6	3.765	38,2	1.405	14,3	1.160	11,8
1990/91	78	8.330	3.800	45,6	3.750	45,0	1.633	19,6	965	11,6
1991/92	81	8.960	3.272	36,5	4.044	45,1	1.917	21,4	1.028	11,5
1992/93	75	7.064	3.160	44,7	3.282	46,5	1.597	22,6	982	13,9
1993/94	72	6.390	2.950	46,2	3.338	52,2	1.665	26,1	1.215	19,0
1994/95	72	6.397	2.726	42,6	3.365	52,6	1.355	21,2	644	10,1
1995/96	58	4.791	2.120	44,2	2.306	48,1	1.324	27,6	523	10,9
1996/97	54	5.391	2.640	49,0	2.658	49,3	1.157	21,5	635	11,8
1997/98	73	8.352	2.710	32,4	3.313	39,7	2.155	25,8	754	9,0
1998/99	78	8.066	2.459	30,5	2.921	36,2	2.446	30,3	721	8,9
1999/00	82	8.517	2.490	29,2	2.881	33,8	1.881	22,1	859	10,1

1) Haltungsturnen neu veranlasst. Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind jene Kinder, bei denen Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt wurde.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Referat VII/3 (Körperbehindertenbetreuung, orthopädische Angelegenheiten); eigene Berechnungen

5.3 Gesundheit und Gesundheitsverhalten im internationalen Vergleich⁶²

Zusammenfassung

Im Großen und Ganzen fühlen sich die Kinder und Jugendlichen der verschiedenen Länder gesund. Die Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand durchwegs schlechter ein als die Burschen. Die österreichischen Jugendlichen fallen darin auf, dass sie am seltensten angeben, sich bedrückt oder traurig zu fühlen. Dennoch weisen gerade die österreichischen Burschen die dritthöchste Suizidrate im Ländervergleich auf.

Symptome wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen nennen die österreichischen Kinder und Jugendlichen eher selten. Von Kreuzschmerzen sind allerdings etwa 20 Prozent betroffen. Bei der Häufigkeit des Rauchens führen die 15-jährigen ÖsterreicherInnen im Ländervergleich, insbesondere die Mädchen. Auch der Alkoholkonsum der österreichischen Jugendlichen – besonders bei den Burschen – ist verglichen mit den anderen Ländern sehr hoch.

Summary: Health and health behaviour – a cross-nation comparison

In most countries the majority of children and young adults consider themselves healthy. Girls tend to feel more negative about their state of health than boys. Young adults in Austria are conspicuous inasmuch as they admit to being depressed or sad far less frequently than those in other countries. Yet the third highest suicide rate of all countries is found among boys in Austria.

Austrian children and young adults rarely state symptoms like headaches or stomach aches. 20 percent claim to suffer from lower back pain. 15 year old Austrians, girls in particular, are leaders in cigarette consumption. Alcohol consumption among Austrian young adults is also remarkably high compared to other countries.

Österreich ist seit 1983/84 an der übernationalen Forschungsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) beteiligt, deren Ziel es ist, neue Einsichten in und Erkenntnisse über das Gesundheitsverhalten, über Lebensstile und Lebensumwelt von Jugendlichen zu gewinnen. Die österreichische Stichprobe bestand 1998 aus 4.316 Kindern und Jugendlichen (2.086 Buben und 2.230 Mädchen). Altersmäßig verteilten sich die Kinder und Jugendlichen folgendermaßen: 1.422 11-Jährige, 1.518 13-Jährige und 1.376 15-Jährige.

Die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes, Selbstvertrauen und Lebenszufriedenheit können als Gradmesser für Stress und Angst, welche die Jugendlichen erfahren, betrachtet werden.

5.3.1 Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden

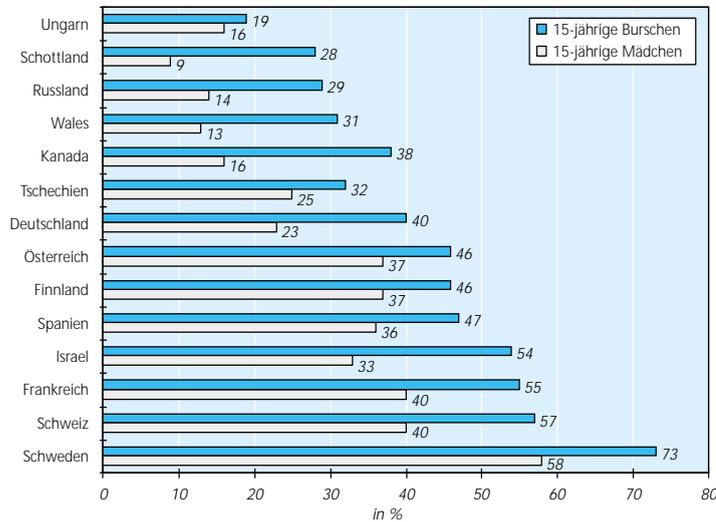
Die Periode der Pubertät und Adoleszenz ist für die Jugendlichen eine Zeit mit erhöhtem Bewusstsein und verstärkter Aufmerksamkeit für den physiologischen Zustand und das Wohlbefinden. Traditionell wird das Jugendalter als die Lebensspanne mit einem nahezu optimalen Gesundheitszustand betrachtet. Dennoch ist die Gesundheit der Jugendliche gerade auch in dieser Zeit durch Depression, Suizid, psychische Problemen, Sucht, AIDS, etc. bedroht.

Mehr als 90 Prozent der Jugendlichen aller an der Untersuchung beteiligten Länder (1997/98) fühlen sich im Allgemeinen **gesund**. Durchwegs schätzen die Mädchen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als

⁶² CURRIE, C.; HURRELMANN, K.; SETTERTOBULTE, W.; SMITH, R.; TODD, J. (2000): Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), International Report.

die Burschen. Dieser Geschlechtsunterschied nimmt mit dem Alter noch zu. Am häufigsten betrachten sich die Jugendlichen in Schweden als sehr gesund, gefolgt von der Schweiz und Frankreich. Österreich nimmt im Ländervergleich einen mittleren Rang ein (Grafik 1).

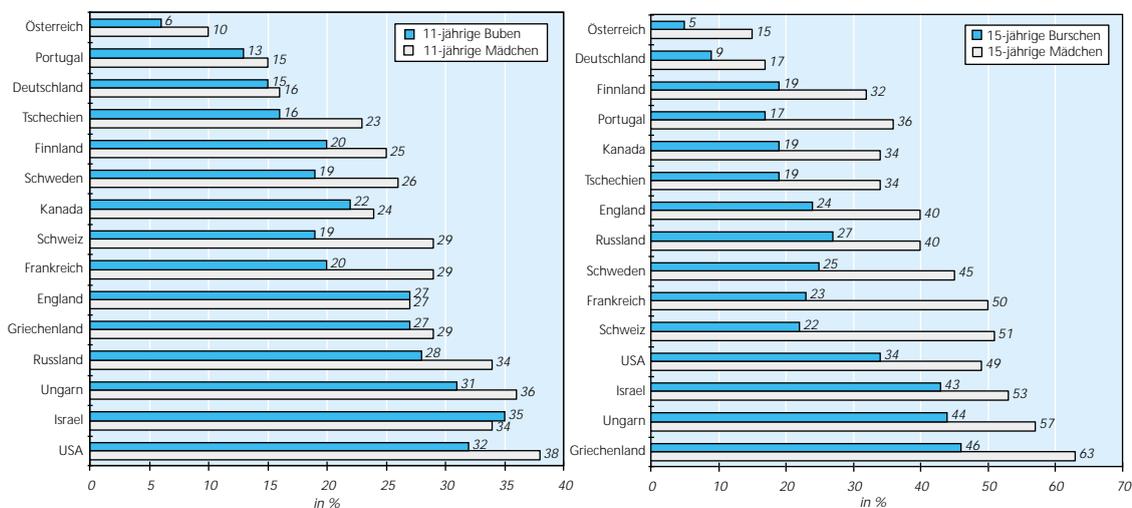
Grafik 1: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die sich als „sehr gesund“ einschätzen (in %)



Quelle: KING et al. (1996): *The Health of Youth. A Cross-national Survey*. In: WHO – Regional Office for Europe (Ed.) (1999). *Gender and Health in Adolescence*.

Die meisten Jugendlichen schätzen sich als **glücklich** ein; die Burschen antworten auch auf diese Frage etwas positiver als die Mädchen. Trotz dieser positiven Ergebnisse gibt ein relativ großer Anteil der SchülerInnen (insgesamt etwa 25 Prozent) an, sich mindestens einmal in der Woche **bedrückt** zu fühlen. Diese negativen Stimmungszustände betreffen in allen Altersgruppen häufiger die Mädchen als die Burschen und steigen mit zunehmendem Alter der Mädchen noch weiter an. Bei den Burschen hingegen bleibt dieser Anteil in den drei Altersgruppen annähernd konstant. Die höchsten Raten von negativen Stimmungszuständen sind in Griechenland, Israel, Ungarn und in den USA zu beobachten. Die **österreichischen Jugendlichen** weisen die niedrigsten Raten auf (Grafik 2).

Grafik 2: Anteil der 11- und 15-jährigen SchülerInnen, die sich mindestens einmal in der Woche bedrückt fühlen (innerhalb des letzten halben Jahres)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

5.3.2 Beschwerden und Symptome

Die rasanten körperlichen und psychischen Veränderungen in der Adoleszenz werden von einer erhöhten Sensitivität und Aufmerksamkeit für körperliche Symptome begleitet. Eine steigende Häufigkeit von Symptomen, die keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen darstellen, können ein Ungleichgewicht in der psychosozialen Umwelt der Jugendlichen anzeigen. Depression im Jugendalter kann sich etwa in häufigen Kopfschmerzen manifestieren; verstärkte körperliche Symptome können Hinweise auf Kummer, Angst und instabile psychosoziale Verhältnisse sein.

Kopfschmerzen

Kopfschmerzen sind die am häufigsten von den Jugendlichen genannten Symptome. Mädchen geben öfters als Buben an, dass sie in der letzten Woche Kopfschmerzen hatten, mit zunehmendem Alter steigt der Anteil noch weiter an (33–43 Prozent). Buben klagen weniger über Kopfweh, der Anteil der Betroffenen bleibt in den drei Altersgruppen annähernd konstant (24 Prozent).

In allen Altersgruppen leiden die israelischen Jugendlichen am häufigsten unter Kopfschmerzen; die ÖsterreicherInnen gehören zu den am wenigsten von diesen Symptomen betroffenen Jugendlichen.

Bauchschmerzen

Bauch- oder Magenschmerzen in wöchentlicher Regelmäßigkeit sind zwar nicht so häufig wie Kopfschmerzen, dennoch weit verbreitet. Es zeigt sich dasselbe geschlechtsspezifische Muster wie bei den Kopfschmerzen: Mädchen klagen häufiger über Schmerzen in diesem Bereich als Buben. Bei den 11-Jährigen sind Bauchschmerzen am stärksten ausgeprägt.

Kreuzschmerzen

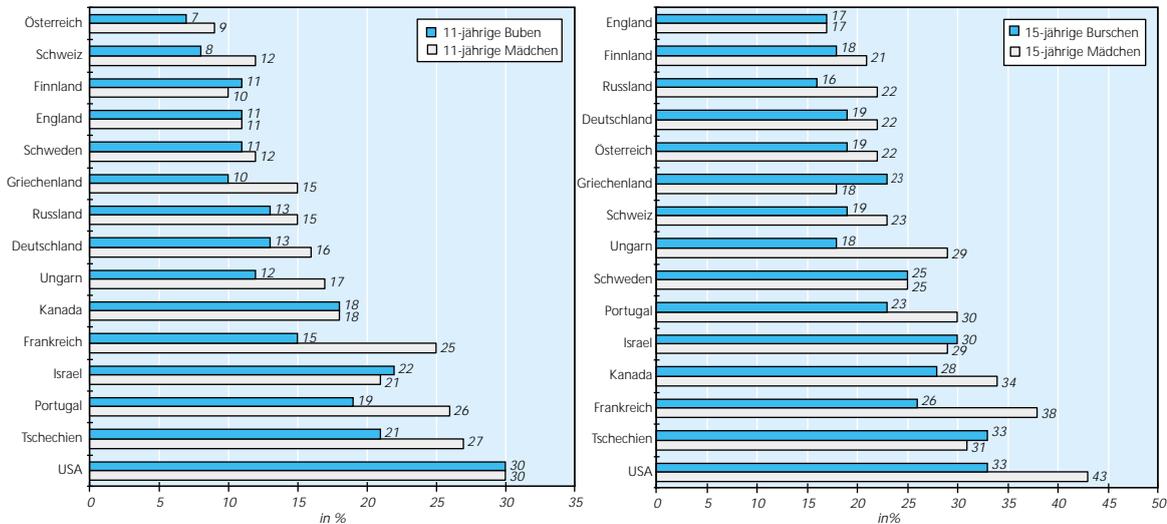
Insgesamt berichten die Jugendlichen weniger von Kreuzschmerzen als von Bauch- oder gar Kopfschmerzen. In den meisten Ländern werden von den Mädchen etwas häufiger Kreuzschmerzen genannt als von den Buben. Bei beiden Geschlechtern ist eine Zunahme der Häufigkeit mit dem Alter zu beobachten (von 14 Prozent bzw. 16 Prozent für 11-jährige Buben und Mädchen; auf 22 Prozent bzw. 25 Prozent bei den 15-Jährigen).

SchülerInnen aus den USA geben am häufigsten an, unter Kreuzschmerzen zu leiden, gefolgt von den tschechischen Jugendlichen. Auch in Portugal, Israel und Frankreich sind Kreuzschmerzen bei den Jugendlichen sehr verbreitet. Bei den 11-jährigen ÖsterreicherInnen kommen Rückenleiden im Ländervergleich am wenigsten oft vor (sieben Prozent bei Mädchen und neun Prozent bei den Buben), bei den 15-Jährigen allerdings ist etwa ein Fünftel der österreichischen Jugendlichen betroffen (Grafik 3).

5.3.3 Zahnpflege

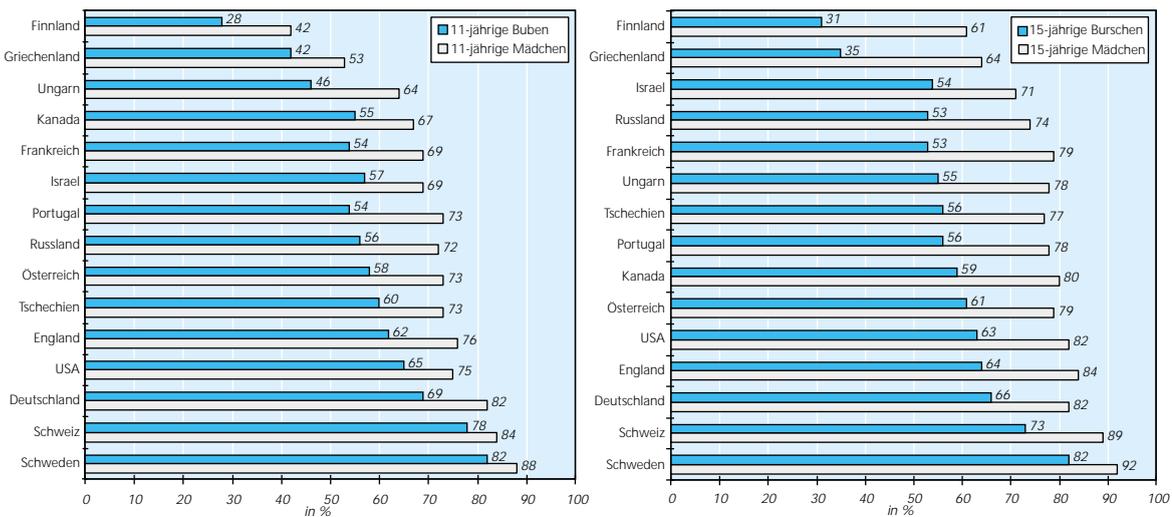
Die Tatsache, dass der Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen aller Länder täglich Schokolade oder Süßigkeiten isst, unterstreicht die Bedeutung der täglichen Zahnpflege. Insgesamt mehr als 80 Prozent der SchülerInnen in Schweden und in der Schweiz putzen sich mehrmals täglich die Zähne. Im Gegensatz dazu putzt sich in Finnland und Griechenland weniger als die Hälfte der Jugendlichen die Zähne öfter als einmal am Tag. Für alle Länder und Altersgruppen gilt, dass die Mädchen die Zahnpflege ernster nehmen als die Buben, dieser Unterschied steigt noch mit dem Alter. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich bei den 15-jährigen FinnInnen (30 Prozent) und GriechInnen (29 Prozent). Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Buben steigt mit dem Alter der Anteil jener, die sich öfter als einmal am Tag die Zähne putzen (Grafik 4).

Grafik 3: Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche unter Kreuzschmerzen leiden (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

Grafik 4: Anteil der SchülerInnen, die sich öfter als einmal am Tag die Zähne putzen (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

5.3.4 Rauchen

Obwohl Risikoverhalten wie Substanzgebrauch und Rauchen kurzfristig und langfristig in Zusammenhang mit sowohl Morbidität als auch Mortalität steht, ist auch es ein wichtiger Indikator für Wohlbefinden und soziale Beziehungen. Auf der Suche nach Identität und Autonomie, die notwendig und charakteristisch für die Adoleszenz ist, kommt Risikoverhalten oft ins Spiel, wenn Jugendliche mit Grenzen experimentieren und Kapazitäten ausreizen.

Auf die Frage, ob sie jemals eine Zigarette versucht haben, antworten in allen Ländern weniger als 20 Prozent der 11-jährigen Kinder mit ja. Dieser Anteil steigt auf 40–50 Prozent bei den 13-Jährigen an und erreicht 60–70 Prozent bei den 15-jährigen Jugendlichen.

Einige schulbezogene Faktoren, wie Schule schwänzen und ungern in die Schule gehen, weisen über Alter und Geschlecht hinweg einen stabilen Zusammenhang mit dem Tabak-Experimentierverhalten der Kinder und Jugendlichen auf. Das Gefühl, durch die Schule unter Druck zu geraten, erscheint hingegen nur bei den Jüngeren als bedeutender Faktor. Je mehr Zeit nach der Schule mit den FreundInnen verbracht wird, umso eher werden auch Zigaretten ausprobiert. Die Anzahl der engeren FreundInnen steht allerdings in keinem Zusammenhang damit. Die subjektive Gesundheit ist nur bei den älteren SchülerInnen eine wesentliche Variable. Die Beziehung zu den Eltern weist geschlechtsspezifische Muster auf: Bei Burschen scheint das Experimentierverhalten mit dem Rauchen mit der Beziehung zu beiden Elternteilen in Zusammenhang zu stehen; bei den Mädchen hingegen nur mit der Beziehung zur Mutter. Der ausgeprägte Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum illustriert anschaulich die Häufung von Risikoverhaltensweisen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Faktoren, die mit dem Rauch-Experimentierverhalten zusammenhängen

Jugendliche, die mit Tabak experimentieren ...	Stärke des statistischen Zusammenhanges (Phi-Koeffizient) ¹⁾					
	11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
fühlen sich öfters einsam	kein ¹⁾	mittel ¹⁾				
fühlen sich weniger glücklich						
fühlen sich weniger gesund						
haben mehr Probleme mit der Mutter zu sprechen						
haben mehr Probleme mit dem Vater zu sprechen						
empfinden sich als gut aussehend						
empfinden sich als dick						
verbringen nach der Schule mehr Zeit mit FreundInnen				stark ¹⁾		
verbringen mehr Abende mit FreundInnen						
haben mehr enge FreundInnen						
schwänzen öfters die Schule						
mögen die Schule nicht						
fühlen sich durch die Schule unter Druck gesetzt						
haben einen alkoholischen Drink konsumiert						
trinken häufiger Bier						
sind häufiger betrunken						

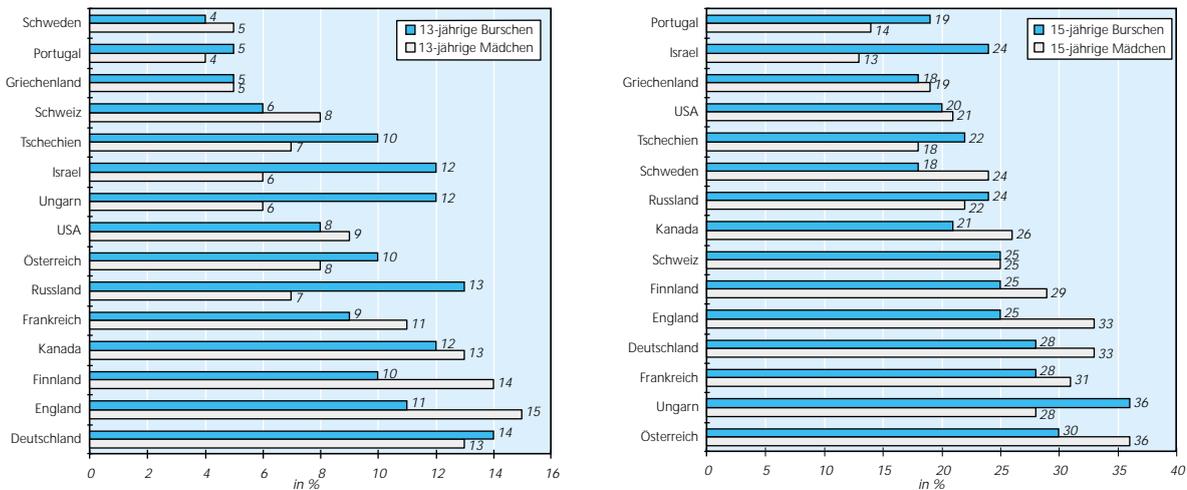
1) kein Zusammenhang: $\phi > 0,1$; mittel: $0,1 < \phi < 0,25$; stark: $\phi > 0,25$

Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

Die Rate der zumindest einmal wöchentlich rauchenden Jugendlichen nimmt über die Altersgruppen hinweg zu. Insgesamt reichen diese Raten von unter fünf Prozent bei den 11-Jährigen, bis unter 20 Prozent bei den 13-Jährigen und unter 40 Prozent bei den 15-Jährigen. In den meisten Ländern kommt es zwischen den Altersgruppen 13 und 15 Jahre zu einem sprunghaften Anstieg. Bei den österreichischen Jugendlichen etwa rauchen im Alter von 13 Jahren durchschnittlich neun Prozent, im Alter von 15 Jahren springt der Anteil bereits auf 33 Prozent.

Die Länder unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich des Raucheranteils bei Jugendlichen. Bei den 11-Jährigen platziert sich Österreich in den Ländern mit den niedrigsten Raucheranteilen. Bei den 15-Jährigen hingegen weist Österreich die höchste Raucherquote auf, gefolgt von Ungarn, Frankreich und Deutschland. Ein entgegengesetztes Muster ist in Israel zu beobachten, das sich vom zweithöchsten Rang bei den 11-Jährigen zu einem der niedrigsten Ränge bei den 15-Jährigen bewegt. In den zentral- und osteuropäischen Ländern (z. B. Tschechien, Ungarn, Russland) weisen die Burschen höhere Raucherquoten auf als die Mädchen. Dieses Muster zeigt sich aber auch in Portugal und Israel. In Österreich geben bei den 15-Jährigen mehr Mädchen (36 Prozent) an, mindestens einmal in der Woche zu rauchen als Burschen (30 Prozent; Grafik 5).

Grafik 5: Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche rauchen (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

5.3.5 Alkoholkonsum

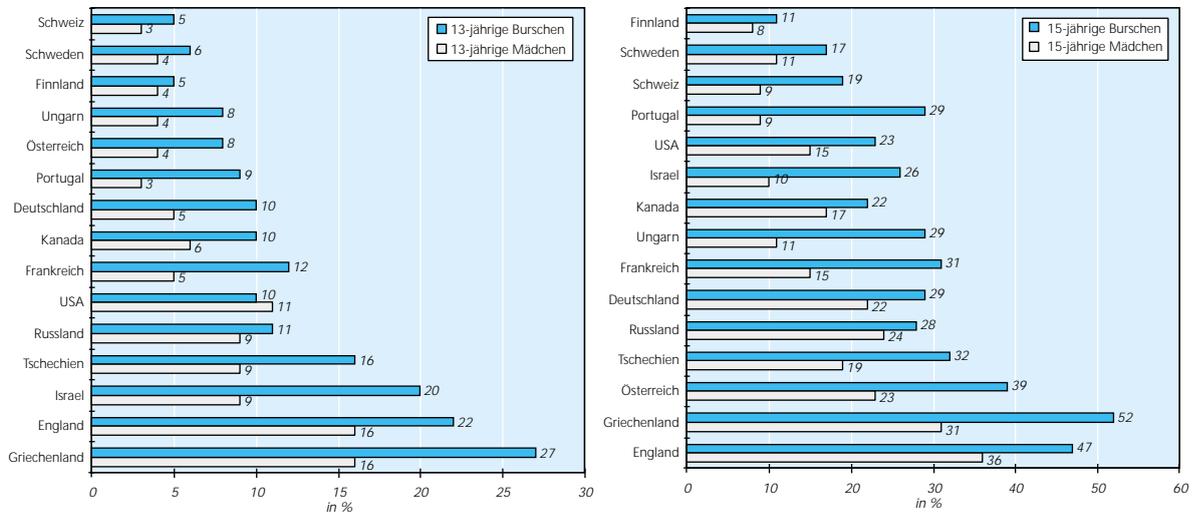
Der regelmäßige wöchentliche Konsum von Bier, Wein oder Spirituosen steigt mit dem Alter: Während bei den 11-Jährigen höchstens etwa zehn Prozent angeben, mindestens einmal in der Woche alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, sind es bei den 15-jährigen SchülerInnen bereits etwa 40 Prozent. Dabei ist zwischen den Altersgruppen 13 und 15 Jahre ein sprunghafter Anstieg zu beobachten.

Es können auch eindeutige **Unterschiede zwischen den Ländern** festgestellt werden. Die niedrigsten Raten des regelmäßigen Alkoholkonsums weisen die Jugendlichen in Finnland, Schweden und in der Schweiz auf; die höchsten Griechenland und England. Einige Länder, z. B. **Österreich**, wechseln ihre relative Position bei den drei Altersgruppen: So platzieren sich die 13-jährigen ÖsterreicherInnen an fünftletzter Stelle; die 15-Jährigen hingegen nehmen den dritten Platz ein und gehören damit zu jenen, die am häufigsten alkoholische Getränke konsumieren (Grafik 6).

Geschlechtsspezifische Unterschiede werden dahingehend sichtbar, dass bei den Burschen der regelmäßige Konsum von Alkohol wahrscheinlicher als bei den Mädchen ist. Bei den 15-Jährigen übertreffen diese Unterschiede in den meisten Ländern zehn Prozentpunkte, in Österreich, Griechenland, Ungarn und Portugal sogar 20 Prozentpunkte.

Von den Faktoren, die mit der Häufigkeit des Alkohol-Trinkens korreliert sein dürften, ist bei den älteren SchülerInnen besonders die Zeit, die mit Gleichaltrigen verbracht wird, relevant; nicht hingegen die Anzahl der engen FreundInnen. Schulbezogene Faktoren sind besonders für Burschen und ältere Mädchen von Bedeutung. Die Häufigkeit des Rauchens und das Experimentieren mit Tabak sind ebenfalls relevante Faktoren (Tabelle 14).

Grafik 6: Anteil der SchülerInnen, die zumindest einmal in der Woche Bier, Wein oder Spirituosen konsumieren (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

Tabelle 14: Faktoren, die mit dem häufigeren Trinken von alkoholischen Getränken zusammenhängen

Jugendliche, die häufiger Alkohol trinken ...	Stärke des statistischen Zusammenhanges (Spearman's-Rho) ¹⁾					
	11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
fühlen sich öfters einsam	kein ¹⁾					
fühlen sich weniger glücklich						
fühlen sich weniger gesund						mittel ¹⁾
haben mehr Probleme mit der Mutter zu sprechen						
haben mehr Probleme mit dem Vater zu sprechen						
empfinden sich als gut aussehend						
sind unglücklich mit ihrer Figur						
verbringen nach der Schule mehr Zeit mit FreundInnen						
verbringen mehr Abende mit FreundInnen						
haben mehr enge FreundInnen						
schwänzen öfters die Schule						
mögen die Schule nicht						
fühlen sich durch die Schule unter Druck gesetzt						
haben schon einmal eine Zigarette probiert						
rauchen häufiger					stark ¹⁾	

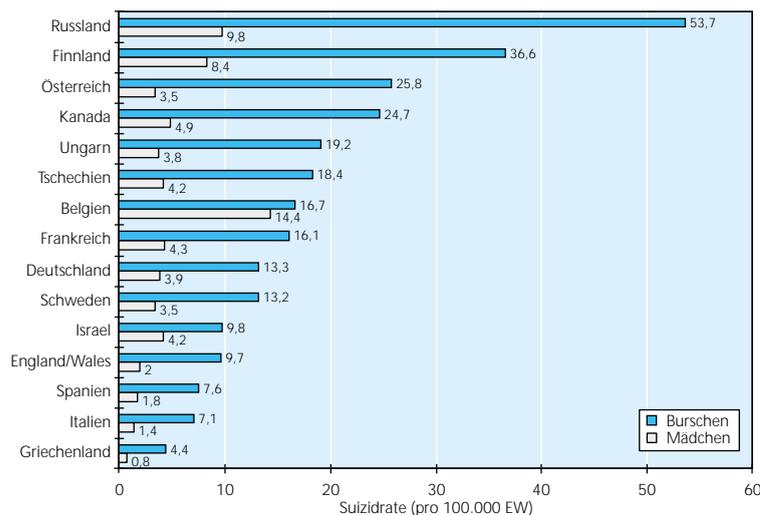
1) kein Zusammenhang: $p > 0,1$; mittel: $0,1 < p < 0,25$; stark: $p > 0,25$

Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

5.3.6 Suizid

In der Suizidrate von Jugendlichen spiegelt sich ein eindeutiger geschlechtsspezifischer Unterschied dahingehend wider, dass in den meisten Ländern die Suizidrate der Burschen um ein Vielfaches über jener der Mädchen liegt. Mit Abstand die höchste Rate mit 54 Suiziden pro 100.000 EinwohnerInnen ist bei den Burschen in Russland festzustellen. Aber auch Finnland weist eine sehr hohe Suizidrate bei den Burschen auf. Österreich folgt bereits an dritter Stelle. Die höchste Suizidrate bei den Mädchen ist in Belgien zu beobachten, gefolgt von Russland. Griechenland hat insgesamt die niedrigste Rate.

Grafik 7: Suizidrate bei Jugendlichen (pro 100.000 EinwohnerInnen)



Quelle: WHO, World Health Statistics Annual, 1996

5.4 Stellungsuntersuchungen 1999

Zusammenfassung

Rund 80 Prozent der Wiener Jungmänner wurden bei den Stellungsuntersuchungen 1999 für tauglich befunden. Allerdings wurde bei 80 Prozent aller Untersuchten mindestens eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert. Die meisten Befunde betrafen die Bereiche „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ und „Augen“. Auch Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten waren sehr häufig.

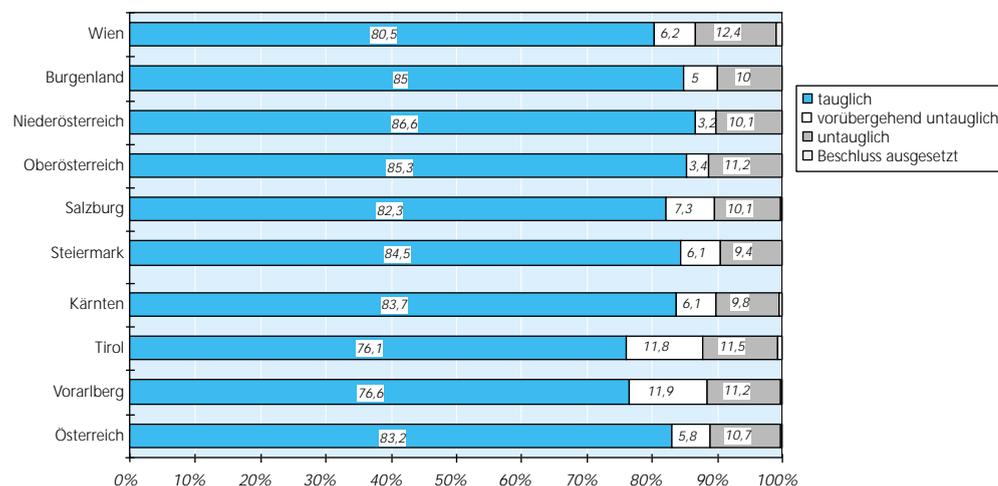
Summary: Aptitude tests for military service in 1999

In 1999, 80 percent of the young men examined in Vienna were found to be fit for military service. However, 80 percent of the boys examined were diagnosed with one or more disorders or diseases, the majority of these being disorders of the skeleton, the muscles, connective tissues or the eyes. Nutritional and metabolic disorders are also quite common in this section of the population.

Die Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres im Heereskommando Wien erfolgten 1999 an jungen Männern des Geburtsjahrganges 1981. Aus militärischen Gründen wird die Anzahl der untersuchten Männer nicht bekannt gegeben, alle Angaben über Untersuchungsbefunde sind Prozentwerte. Zu bedenken ist auch, dass der Zweck der Stellungsuntersuchung primär die Feststellung der Diensttauglichkeit und nicht die Erhebung eines allgemeinen Gesundheitszustandes ist.

Die Tauglichkeitsrate ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und liegt in Wien mit rund 80 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von etwas mehr als 83 Prozent. Die höchsten Tauglichkeitsraten weisen übrigens Niederösterreich und Oberösterreich auf, die niedrigsten Tirol und Vorarlberg.

Grafik 8: Tauglichkeit nach Bundesländern, 1999 (Geburtsjahrgang 1981)



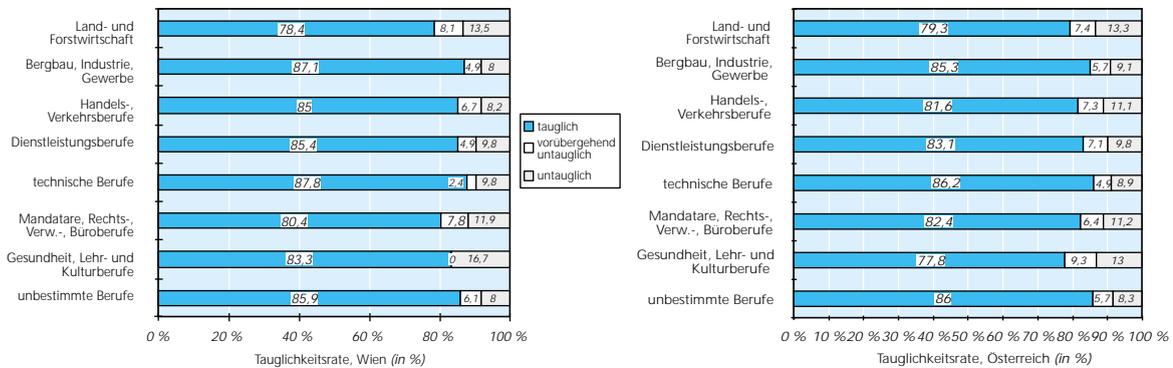
Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

Die Feststellung der Tauglichkeit nach **Berufsgruppen** zeigt, dass die Berufsausübenden aus den Bereichen „Technische Berufe“, „Bergbau, Industrie und Gewerbe“ und so genannte „unbestimmte Berufe“ die höchsten Tauglichkeitsraten aufweisen, während sich die niedrigsten Raten (österreichweit) im Bereich „Gesundheit, Lehr- und Kulturberufe“ sowie (in Wien) bei den Angehörigen von Land- und Forstwirtschaftsberufen finden.

Die als untauglich eingestuftten Jungmänner werden entweder als vorübergehend untauglich oder als wirklich untauglich registriert. Der mit Abstand höchste Anteil an „Untauglichen“ kommt in Wien aus

dem Bereich „Gesundheit, Lehr- und Kulturberufe“ . Österreichweit betrachtet fällt der höchste Anteil an „Untauglichen“ in den Bereich „Land und Forstwirtschaft“ .

Grafik 9: Tauglichkeit nach Berufsgruppen (Geburtsjahrgang 1981), Wien und Österreich 1999



Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

Der **Gesundheitsstatus** der Untersuchten sieht wie folgt aus: Ohne Diagnose (also vollkommen „gesund“) waren 19,5 Prozent der untersuchten Jungmänner.

Bei etwa 80 Prozent aller Untersuchten wurde eine Störung/Erkrankung diagnostiziert. Der größte Anteil (26,7 Prozent) entfällt dabei auf die Kategorie „Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten“. Jeweils etwa 15 Prozent der Befunde betreffen den Bereich „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ und den Bereich „Augen und deren Anhangsgebilde“. Zehn Prozent der Untersuchten mit einer diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigung weisen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten auf. Bei knapp sieben Prozent der Untersuchten wurden seelische Störungen angegeben. Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wurden bei ebenfalls fast sieben Prozent konstatiert.

Von den Untersuchten mit diagnostizierten „Krankheiten“ verteilen sich die Hauptgruppen wie folgt:

Tabelle 15: Befunde der Stellungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1981, Wien 1999

Diagnose	Anteil in %
Atmungsorgane	6,7
seelische Störungen	6,9
Augen und deren Anhangsgebilde	15,4
Ohren, Gehör, Warzenfortsatz	1,4
angeborene Missbildungen	1,9
Nervensystem (zentral und peripher)	1,3
Verdauungstrakt, Verdauungsorgane	1,2
endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung	10,1
Neubildungen – Tumore	0,5
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	15,7
Kreislaufsystem	3,8
Verletzungen und Vergiftungen	5,1
Haut- und Unterhautzellgewebe	2,1
Harn- und Geschlechtsorgane	0,8
Blut und Blut bildende Organe	0,1
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	26,7
infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,2
Mundhöhle, Speicheldrüsen, Kiefer	0,1
Pränatalzeit – Affektionen	0,0
insgesamt (Summe der diagnostizierten Hauptgruppen)	100,0

Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

VI.
GESUNDHEITLICHE
SITUATION
ÄLTERER MENSCHEN

*STATE OF HEALTH
OF THE ELDERLY*

6	SCHWERPUNKT: GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN	213
6.1	Subjektive Gesundheit der Wiener SeniorInnen	213
6.1.1	Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich	215
6.2	Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns	217
6.2.1	Zur Epidemiologie der Demenz	219
6.2.2	Zur Diagnose der Demenz	219
6.2.3	Depression und Demenz	220
6.2.4	Zur Prävention und Therapie der Demenz	221
6.2.5	Zum Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind	223
6.3	Osteoporose	224
6.3.1	Definition der Osteoporose	224
6.3.2	Ursachen von Osteoporose und Risikofaktoren	225
6.3.3	Epidemiologie der Osteoporose	226
6.3.4	Folgen von Osteoporose	226
6.3.5	Prävention und Früherkennung der Osteoporose	226
6.3.6	Therapie der Osteoporose	227
6.3.7	Einrichtungen und Leistungen	227
6.3.8	Gesundheitspolitische Relevanz	228
6.4	Harninkontinenz	228
6.4.1	Ursachen und Formen von Harninkontinenz	228
6.4.2	Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum	229
6.4.3	Methodik	230
6.4.3.1	Ergebnisse	230
	Prävalenz der Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern	230
	Einfluss der Harninkontinenz auf Lebensqualität und Sexualleben	232
	Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz	233

6 SCHWERPUNKT: GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN

6.1 Subjektive Gesundheit der Wiener SeniorInnen

Zusammenfassung

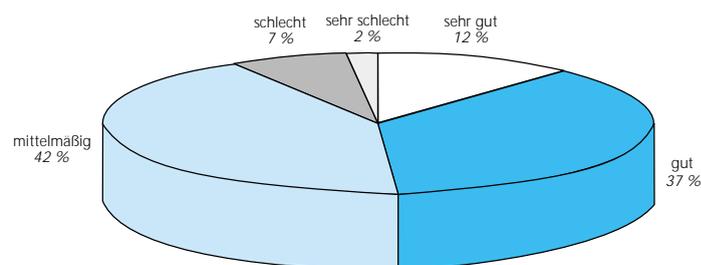
Nahezu die Hälfte der befragten über 60-Jährigen schätzt ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, 42 Prozent der Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig; schlecht oder sehr schlecht fühlen sich rund zehn Prozent. Frauen betrachten sich etwas gesünder als Männer dieser Altersgruppe; mit steigendem Alter nehmen die günstigen Gesundheitsbeurteilungen immer mehr ab. Ehemalige ArbeiterInnen beurteilen ihre Gesundheit negativer als Selbstständige und Angestellte/BeamtenInnen.

Summary: Subjective state of health of senior citizens in Vienna

Almost half of the people interviewed in the age group above 60 consider themselves in good or very good health, 40 percent rate their state of health as average and approximately 10 percent claim to be in poor or very poor health. Women tend to think better of their state of health than men in the same age group. The older people grow the less favourably they consider their health. Former blue-collar workers are more negative about their health than former self-employed or white-collar workers.

Im Mikrozensus-Sonderprogramm über ältere Menschen (STATISTIK ÖSTERREICH, 1998) wurde u. a. die subjektive Beurteilung der Gesundheit, welche ein entscheidender Einflussfaktor für das Aktivitätsniveau ist,⁶³ erhoben. Die Ergebnisse für Wien zeigen, dass nahezu die Hälfte der befragten über 60-Jährigen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt, 42 Prozent der Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig; schlecht oder sehr schlecht fühlen sich beinahe zehn Prozent (Grafik 1).

Grafik 1: Beurteilung des Gesundheitszustandes durch Wiener SeniorInnen, 1998



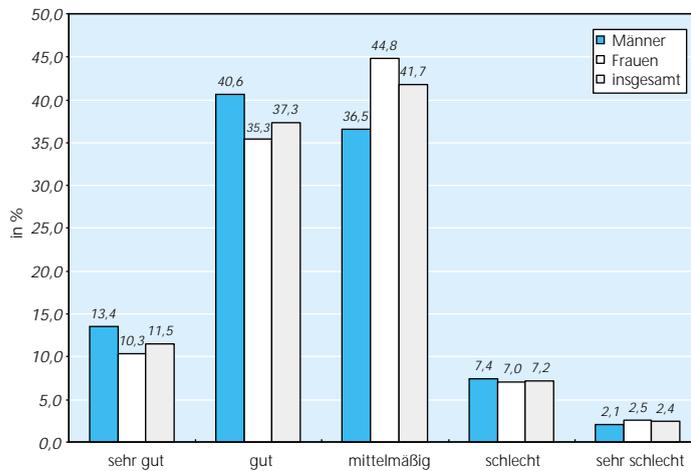
Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

Erfolgt eine Differenzierung nach **Geschlecht**, lässt sich an den vorliegenden Daten ersehen, dass über 60-jährige Männer ihren Gesundheitszustand geringfügig besser beurteilen als Frauen dieser Altersgruppe. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich v. a. durch den höheren Anteil älterer Frauen erklären.

Folgende Ergebnisse wurden für Männer und Frauen erzielt: Eine sehr gute bzw. gute Gesundheitseinschätzung geben 54 Prozent der Wiener Senioren ab, aber nur 46 Prozent der Wiener Seniorinnen. Bei der mittelmäßigen Gesundheitseinschätzung dominieren Frauen. Kein Geschlechterunterschied lässt sich bei der Kategorie schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand erkennen: Männer und Frauen je 9,5 Prozent (Grafik 2).

⁶³ STATISTIK ÖSTERREICH: Statistische Nachrichten 2/2000, 112 ff.

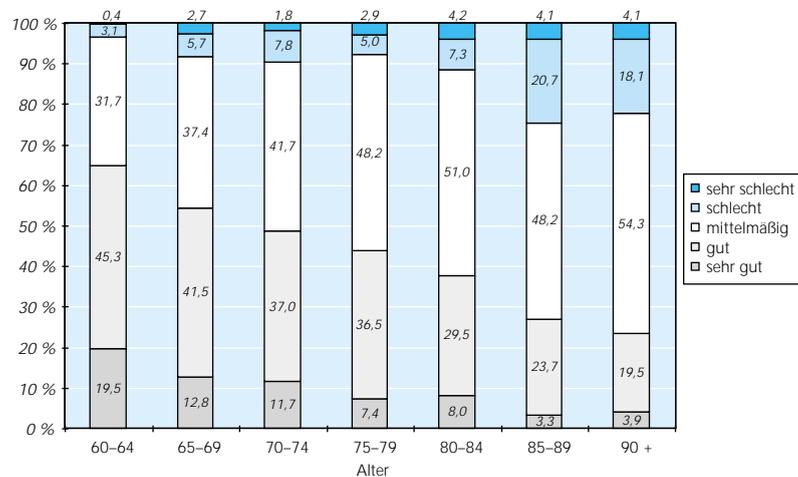
Grafik 2: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

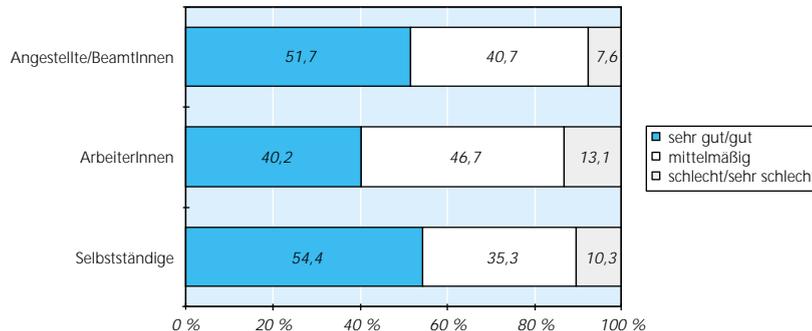
Mit steigendem **Alter** nehmen die günstigen Gesundheitsbeurteilungen immer mehr ab, die schlechteren analog zu. So weisen noch knapp zwei Drittel der 60- bis 64-Jährigen und rund die Hälfte der 65- bis 74-jährigen Wiener und Wienerinnen einen sehr guten bzw. guten Zustand auf, jedoch nur 37 Prozent der über 75-Jährigen. Der Anteil der Befragten mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand beträgt bei den 60- bis 64-Jährigen vier Prozent, bei den 65- bis 74-Jährigen neun Prozent und bei den über 75-Jährigen schon 13 Prozent. Die Werte für die einzelnen Altersgruppen sind der Grafik 3 zu entnehmen.

Grafik 3: Subjektive Gesundheit nach Alter, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

Werden die Daten nach der früheren **beruflichen Stellung** analysiert, zeigt sich, dass Wiener SeniorInnen, die ArbeiterInnen waren, ihre Gesundheit negativer beurteilen als ehemals Selbstständige und Angestellte/BeamtenInnen. Dies lässt sich aus Grafik 4 ersehen.

Grafik 4: Subjektive Gesundheit nach früherer beruflicher Stellung, Wien 1998

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998.

6.1.1 Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich

Dr. Gerhard FÜLÖP
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

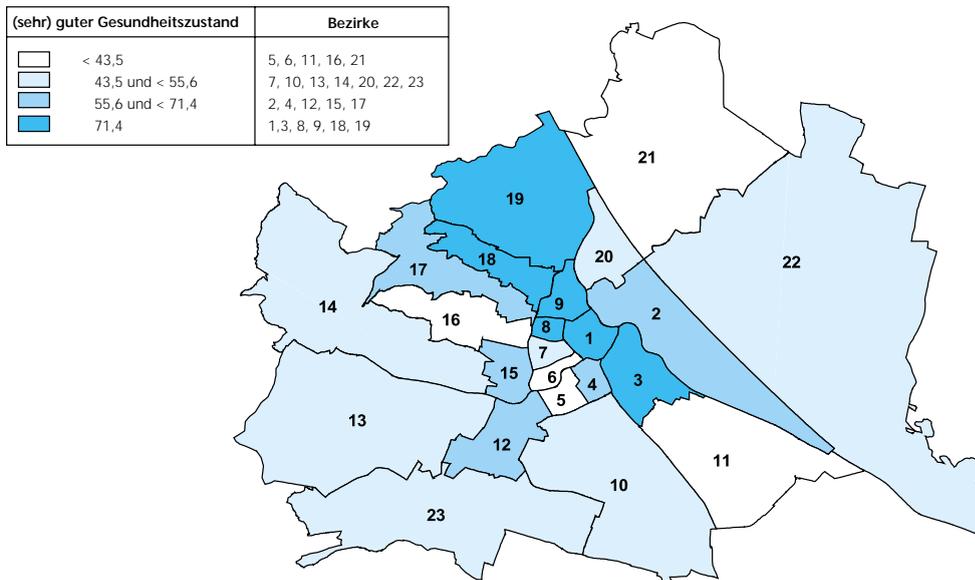
Bei der von der Bundesanstalt STATISTIK ÖSTERREICH im Jahr 1998 durchgeführten Mikrozensususerhebung „Ältere Menschen“ wurden über 60-jährige Personen, darunter auch rund 1.400 WienerInnen, unter anderem nach der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt.

Rund 54 Prozent der befragten Wiener Senioren bzw. rund 46 Prozent der Wiener Seniorinnen bezeichneten ihren Gesundheitszustand dabei als „gut“ oder „sehr gut“. Gesundheitlich „schlecht“ oder „sehr schlecht“ fühlten sich zehn Prozent der älteren Männer bzw. rund neun Prozent der älteren Frauen. Der Rest schätzte den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ ein.

Der Anteil der subjektiv gesunden oder fast gesunden SeniorInnen schwankte zwischen den Bezirken zum Teil beträchtlich. Im 1., 3., 8., 18. und 19. Bezirk schätzten sowohl die älteren Männer als auch die älteren Frauen ihren Gesundheitszustand deutlich besser ein als dies vor allem in den Bezirken 13, 16 und 21 der Fall war (vgl. Grafiken 5 und 6). Im Südwesten des Stadtgebietes und jenseits der Donau fiel die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes tendenziell schlechter aus als in den innerstädtischen Bereichen sowie im 18. und 19. Bezirk.

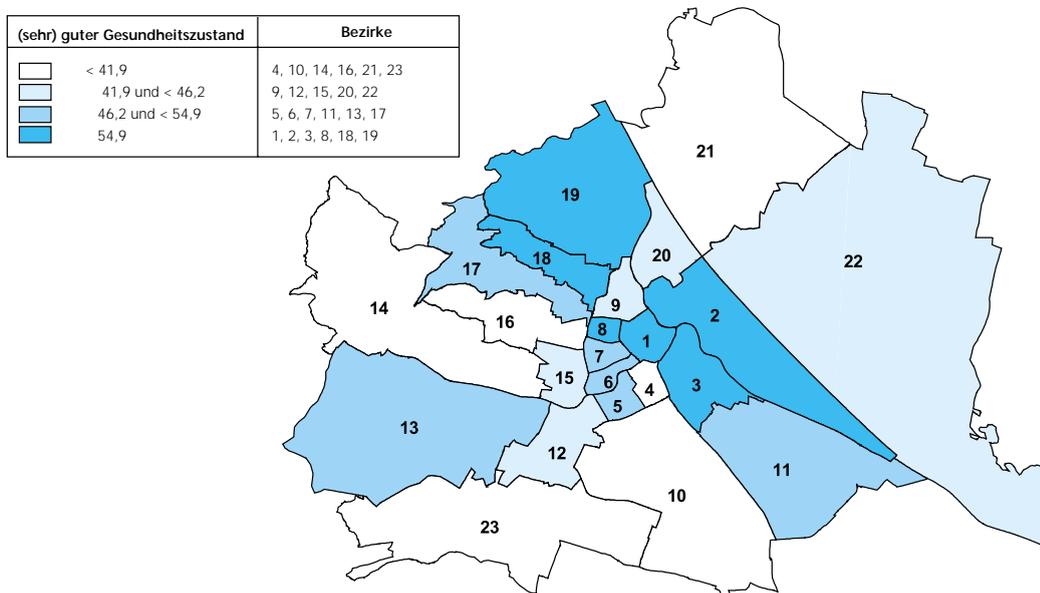
Wie auch bei anderen Gesundheitsindikatoren zeigt sich hier eine Analogie zwischen der sozioökonomischen Situation der Bezirksbevölkerung und der gesundheitlichen Selbsteinschätzung – je besser die Situation im Hinblick auf Ausbildung und Wohlstand, umso günstiger sind tendenziell auch Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. Eine Ausnahme bilden hier jedoch die Bezirke 13, 14 und 23, in denen sozioökonomisch besser gestellte Bevölkerungsschichten konzentriert sind, andererseits aber die gesundheitliche Selbsteinschätzung bei beiden Geschlechtern relativ ungünstig ausfällt. Dies mag mit der kritischeren Grundhaltung von höher gebildeten Personen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit in Zusammenhang stehen.

Grafik 5: Über 60-jährige Männer mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 6: Über 60-jährige Frauen mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998, ÖBIG-Berechnungen

6.2 Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns

Dr. Thomas FRÜHWALD
Geriatrizentrum am Wienerwald

Zusammenfassung:

Bei etwa fünf Prozent der über 65-Jährigen findet sich eine Demenz, bei den über 90-Jährigen sind es schon ca. 30 Prozent. Durch die prognostizierte Zunahme älterer Menschen wird im EU-Raum mit einem starken Anstieg der Demenzkranken in den nächsten Jahrzehnten gerechnet.

Die bekannteste und häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer Krankheit. Etwa 60 Prozent der Demenzen haben diese Ursache. Mit einem Anteil von ca. 20 Prozent sind Durchblutungsstörungen, die zu einem Schlaganfall führen können, die zweithäufigste Form einer Demenz. Durchblutungsstörungen werden durch die Arteriosklerose verursacht (Risikofaktoren: Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, erhöhter Cholesterinspiegel).

Präventive Maßnahmen beziehen sich u. a. auf die Verbesserung der Muskelkraft, die auch die Gedächtnisleistungen im Alter verbessern soll. Durch die Vorbeugung bzw. frühzeitige Behandlung von Diabetes mellitus und Hypertonie kann die Anzahl der Demenzkranken ebenfalls reduziert werden. Auch gibt es Hinweise auf den Zusammenhang zwischen der postmenopausalen Hormonsubstitutionstherapie und einer niedrigeren Inzidenz von Morbus Alzheimer.

Empfehlungen für den Umgang mit demenzkranken Menschen:

- keine Urteile und kein Aufzwingen der eigenen Realität,
- keine Infantilisierung des Kranken,
- Ehrlichkeit und Wertschätzung,
- ernst nehmen des Kranken,
- keine Analysen und Interpretationen des Lebens des Demenzen.

Summary: Dementia – pathological ageing of the brain

Approximately 5 percent of people above the age of 65 are found to suffer from dementia, for people aged 90 and over that percentage is as high as 30 percent. Bearing in mind forecasts of an EU-wide increase in the number of elderly people, the number of cases of dementia is also expected to rise dramatically in the decades to come.

The best known and most common form of dementia is Alzheimer's disease, with 60 percent of all dementia patients being afflicted. 20 percent are diagnosed with circulatory disorders, the second most frequent type of dementia, which in the worst case may trigger apoplectic fits. Circulatory disturbances are caused by arteriosclerosis; risk factors include hypertension, diabetes and high cholesterol levels.

Preventive measures are targeted, amongst others, at increasing muscular strength, which is also said to improve the memory with elderly people. Prevention and/or early treatment of diabetes mellitus and hypertension is also effective in reducing the number of dementia cases. Furthermore, links have been found between post-menopausal hormone substitution therapies and a lower incidence of morbus Alzheimer.

Recommendations for dealing with and treating patients suffering from dementia:

- *Never make judgements or impose your own reality on them*
- *Do not treat them as infantile*
- *Be honest with them and show your appreciation of them*
- *Take them seriously*
- *Do not attempt analyses or interpretations of a patient's life.*

Mit „Demenz“ bezeichnet man jene Störungen der Gedächtnisleistung und anderer kognitiver Funktionen wie Sprache, Orientierung, abstraktes Denkvermögen, motorische Handlungsfähigkeiten, Lesen, Rechenfähigkeit sowie des Verhaltens, die so schwerwiegend sind, dass der betroffene Mensch bei den meisten Aktivitäten im täglichen Leben merkbar behindert wird. Der Alltag wird nicht mehr selbstständig bewältigbar, das Berufs- oder Gesellschaftsleben wird beeinträchtigt. Demenz ist ein erworbener Zustand, der zu einer globalen Desorganisation intellektueller Funktionen in unterschiedlichen Schweregraden führt. Sie ist – im Gegensatz zu den rein psychischen Erkrankungen – mit einer morphologisch fassbaren organischen Hirnschädigung verbunden.

Der Begriff „Demenz“ bezeichnet nicht eine spezielle Krankheit, sondern ein Syndrom, eine Reihe von Symptomen, wie die erwähnten Störungen, die von mehreren Gehirnerkrankungen verursacht werden können. Einige – wenn auch bisher leider nur wenige – dieser Krankheiten können behandelt werden. Deshalb ist eine genaue Diagnose beim Erstauftreten der Symptome wichtig.

Zu den eventuell behandelbaren Ursachen der Demenz gehören u. a. verschiedene Stoffwechselerkrankungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen oder das Gehirn betreffende Infektions- und Tumorerkrankungen. Zusammen mit den von anderen selteneren Erkrankungen verursachten Demenzen machen sie nicht mehr als fünf Prozent aller Demenzerkrankungen aus.

Der überwiegende Teil der Demenzerkrankungen ist jedoch durch ein langsames Fortschreiten der Symptome (Vergesslichkeit, Denk- und Verhaltensstörungen) bis zur vollständigen geistigen und auch körperlichen Behinderung gekennzeichnet. Diese Entwicklung lässt sich noch nicht aufhalten – die Medizin vermag sie jedoch zu verzögern.

Die bekannteste und häufigste Krankheit, welche eine Demenz verursacht, ist die **Alzheimer Krankheit** (Morbus Alzheimer). Sie ist nach dem deutschen Neurologen Alois Alzheimer benannt, der sie 1906 als Erster beschrieb. Etwa 60 Prozent der Demenzen haben diese Ursache. Der relative Anteil der Alzheimer Krankheit an der Gesamtzahl der Demenzen wird mit zunehmendem Alter bei ihrer Erstmanifestation größer. Kennzeichnend für die Alzheimer Krankheit ist nicht eine einzige spezifische morphologisch fassbare Veränderung der Gehirnschubstanz, sondern der Komplex aus einer eher diffusen Verminderung der Zahl der Neuronen der Großhirnrinde, aus Einlagerung von so genannten senilen oder neuritischen Plaques, die aus dem Peptid Amyloid gebildet werden, und aus degenerativen Veränderungen der Neuronen, z. B. in Form der vermehrten Bildung von Neurofibrillen. Diese Veränderungen kommen schon bei asymptomatischen älteren Menschen vor, für die Manifestation der Krankheit und für deren Schweregrad ist jedoch deren Quantität verantwortlich. Durch die Neuronendegeneration kommt es zu einer gestörten Weiterleitung von Informationen von Zelle zu Zelle. Diese gestörte Neurotransmission betrifft vor allem das cholinerge System mit dem Transmitter (Botenstoff) Acetylcholin. Verschiedene, genauer differenzierbare Rezeptoren dieses Systems degenerieren in unterschiedlichem Ausmaß. Auch kommt es zu einer Verminderung der Dichte der Synapsen (der Umschaltstellen von einem Neuron zum anderen) im Bereich der Hirnrinde um 30–50 Prozent. Aus diesen, mit der Dauer der Erkrankung quantitativ zunehmenden Veränderungen besteht das zellulär-morphologische Korrelat zur klinischen Symptomatologie der Demenz. Die derzeitigen pharmakologischen Therapieansätze basieren auf dem Versuch, die gestörte Kommunikation zwischen den Nervenzellen der Großhirnrinde, die Neurotransmission, zu beeinflussen. Das bleibt ein symptomatischer Therapieansatz. Eine kausale Therapie ist genauso fern wie die Kenntnis der kausalen Bedingungen für diese Störungen.

Mit einem Anteil von ca. 20 Prozent sind **Durchblutungsstörungen** die zweithäufigste Ursache einer Demenz; sie können auch zu einem Schlaganfall führen. Deren Ursache ist die Arteriosklerose: Dabei kommt es zur Schädigung der Arterienwand bis zu Ablagerungen von Kalk. Als Risikofaktoren für diese Gefäßschädigung gelten vor allem Bluthochdruck, Zuckerkrankheit sowie ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut. An der geschädigten Blutgefäßwand können sich Blutgerinnsel bilden, die den Blutfluss behindern, auch können sie fortgeschwemmt werden und ein engeres Gefäß verstopfen. Das von diesem Blutgefäß abhängige Gehirnareal erhält weniger Sauerstoff, es bildet sich ein Infarkt; die Funktion des betroffenen Gehirnareals wird gestört. Die so entstehende Demenz wird als **vaskuläre Demenz**, oder, wenn mehrere solche Ereignisse nachweisbar sind, als **Multiinfarktdemenz** bezeichnet.

Eine Kombination der zwei häufigsten Demenzursachen – der Alzheimer Krankheit und der vaskulären Demenz – wird bei etwa 15 Prozent der Fälle angenommen.

6.2.1 Zur Epidemiologie der Demenz

Die Häufigkeit der Demenzen steigt mit zunehmendem Alter. Das Alter ist sozusagen der wichtigste Risikofaktor für eine Demenz. Auf Grund der noch uneinheitlichen Anwendung der diagnostischen Kriterien fehlen exakte Inzidenz- und Prävalenzraten. Bei etwa fünf Prozent der über 65-Jährigen findet sich eine Demenz, bei den über 90-Jährigen sind es schon ca. 30 Prozent. Diese Tatsache kann auch anders – optimistischer – betrachtet werden: Zwei Drittel der Menschen, die dieses hohe Alter erreichen, sind von diesem Problem nicht betroffen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung wird immer länger. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass der Anteil gerade jener Altersgruppe, in welcher das Problem der Demenz zunimmt – eben der über 65-Jährigen und vor allem der noch Älteren an der Gesamtbevölkerung – in naher Zukunft deutlich zunehmen wird. Diese Entwicklung wird bis ungefähr zur Mitte des 21. Jahrhunderts prognostiziert. Im EU-Raum rechnet man bis zum Jahr 2025 mit einer 50-prozentigen Zunahme der 60- bis 80-Jährigen, einer 100-prozentigen Zunahme der 80- bis 90-Jährigen und einer 200-prozentigen Zunahme der über 90-Jährigen. Etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung wird dann mehr als 60 Jahre alt sein. In Österreich gibt es hinsichtlich der Zunahme der mehr als 60-Jährigen ein deutliches West-Ost- und Süd-Nord-Gefälle: Während die Zunahme der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren im Zeitraum von 1981–2021 in Westösterreich mit + 97,2 Prozent angegeben wird, so rechnet man in Südösterreich mit + 46,0 Prozent und in Ostösterreich mit + 16,1 Prozent (ÖROK-Prognose). Der Bevölkerungszuwachs in der geriatrischen Altersgruppe wird überwiegend weiblich sein, auf 1.000 Frauen der Altersgruppe von 75–80 Jahre werden 525 Frauen kommen. Somit wird auch die Gesamtzahl der von Demenz Betroffenen ansteigen, und es werden hauptsächlich verwitwete Frauen sein, deren soziale Betreuung schon rein quantitativ eine nie da gewesene Aufgabe und Belastung für die Gesellschaft darstellen wird. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass schon jetzt die Hälfte der pflegenden Angehörigen mehr als 65 Jahre alt ist und selbst an einer Krankheit leidet. Schon heute wird die Zahl der an der Alzheimer Krankheit leidenden Menschen in Österreich mit etwa 80.000–90.000 angegeben, bis zum Jahr 2050 werden bis zu 190.000 erwartet, auf Grund der unterschiedlichen demographischen Entwicklung von West- und Ostösterreich der Hauptanteil davon im Westen.

6.2.2 Zur Diagnose der Demenz

Die Demenz verläuft chronisch fortschreitend, sie beeinträchtigt höhere Gehirnfunktionen wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die Vigilanz, das Wachsein als Voraussetzung des Bewusstseins, ist nicht beeinträchtigt. Diese Störungen sind meist von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Wie erwähnt, müssen diese Symptome schwerwiegend genug sein, um mit der sozialen Funktion der Betroffenen zu interferieren – dies hängt auch von den kulturellen Gegebenheiten ab, in welchen sie leben. Bei der Demenzdiagnose sind falsch positive Zuordnungen zu vermeiden; insbesondere bei der Depression und bei der Parkinson'schen Erkrankung geschehen diese immer wieder. Mangelnde Motivation, Verlangsamung des Antriebs und der Motorik, allgemeine körperliche Schwäche und Ermüdbarkeit, welche Symptome dieser Krankheiten sein können, täuschen den Verlust intellektueller Fähigkeiten, wie sie bei einer Demenz auftreten, nur vor.

Als das markanteste diagnostische Hauptkriterium gilt die Störung des Gedächtnisses. Sie betrifft typischerweise die Aufnahme, das Speichern und die Wiedergabe neuer Information. Erst im späteren Verlauf kommt es zum Verlust von früher gelernten, länger vertrauten Gedächtnisinhalten. Wie schon angesprochen, ist Demenz nicht nur eine Gedächtnisstörung: Die Verarbeitung von neuen Informationen wird schwierig bis unmöglich – die Betroffenen können sich nicht mehr als nur einem Stimulus zuwenden, sie sind nicht in der Lage, einem Gespräch mit mehr als nur einer Person zu folgen, sie können die Aufmerksamkeit von einem Thema zum anderen nicht mehr verlagern. Im Unterschied zur akuten Verwirrtheit (Delir), die ähnliche kognitive Symptome aufweist, bei der es sich aber um einen im Grunde reversiblen, durch verschiedene exogene Faktoren ausgelösten Zustand handelt, ist bei der Demenz die Vigilanz ungestört, das Bewusstsein klar, die Symptome bestehen länger. Für die sichere klinische Diagnose einer De-

menz wird eine Symptombdauer von mindestens sechs Monaten verlangt – dies und einige der oben erwähnten Kriterien verlangt die ICD-10, die auch bei uns obligatorische internationale Klassifizierung von Krankheiten.

Im DSM III-R, der revidierten dritten Fassung des international gebräuchlichen „Diagnostic and Statistical Manual“ wird neben der nachweisbaren Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses mindestens eines der folgenden vier Merkmale verlangt:

- Beeinträchtigung des abstrakten Denkvermögens,
- Beeinträchtigung des Urteilvermögens,
- Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie (Störung der Sprache), Apraxie (Unfähigkeit, trotz intakter Motorik, motorische Aktivitäten auszuüben), Agnosie (Unfähigkeit, trotz intakter sensorischer Funktionen, Gegenstände zu erkennen und zu benennen) und der Fähigkeit, konstruktive Aufgaben zu lösen (z. B. Unfähigkeit verschiedene geometrische Figuren nachzuzeichnen oder Blöcke zusammenzusetzen),
- Persönlichkeitsveränderungen (Veränderung oder Akzentuierung bestehender Persönlichkeitszüge).

Laut DSM III-R müssen durch den Schweregrad der Störungen soziale Alltagsaktivitäten und persönliche Beziehungen zu anderen Menschen ebenfalls deutlich beeinträchtigt werden, wobei diese nicht während eines Delirs auftreten dürfen. Es sollen Hinweise auf einen spezifischen organischen Faktor, der einen ätiologischen Zusammenhang mit der Störung nahe legt, vorhanden sein. Wenn ein konkreter ätiologischer Zusammenhang nicht nachzuweisen ist, muss eine nicht organisch bedingte psychische Störung, z. B. eine Depression mit kognitiver Beeinträchtigung, ausgeschlossen sein. Das heißt, es muss nach einer sekundären Demenz und nach einer Depression gesucht werden – erst deren Ausschluss ermöglicht die Verdachtsdiagnose einer primären Demenz im Sinne einer Alzheimer Krankheit.

Zur Diagnostik der kognitiven Leistungsfähigkeit verfügt die Neuropsychologie über eine Reihe psychometrischer Testverfahren. Diese sind genauso unabdingbar wie eine gründliche internistische und neurologische Untersuchung inklusive EKG und EEG, die Bestimmung einiger Laborparameter sowie die Anwendung bildgebender Verfahren wie die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie, von welchen zumindest eines angewandt werden sollte. Die so genannte Positronen Emissions Tomographie (PET) und die Single Photon Emissions Computertomographie (SPECT) sind spezialisierten Zentren vorbehalten, funktionsberechnende (PET) und funktionsdarstellende (SPECT) Verfahren, mit welchen die Durchblutung, der Stoffwechsel, die Rezeptordichte und Aktivität von Gehirnarealen untersucht werden kann – sie ergeben vor allem differenzialdiagnostische Hinweise.

Die Laboruntersuchungen dienen zunächst dem Ausschluss von Krankheiten, die u. a. auch eine kognitive Symptomatik aufweisen können. Derzeit gibt es noch keinen sicheren Labortest zum Nachweis der Alzheimer Krankheit. Der Nachweis bestimmter, bei der Alzheimer Krankheit vermehrt vorkommenden Peptide und Proteine in der Gehirnflüssigkeit, z. B. das Tau-Protein oder das A-Beta-42-Peptid, kann dazu beitragen, die derzeit bei der klinischen Diagnostik noch vorhandene Rate von ca. zehn Prozent Fehldiagnosen zu reduzieren. Der Nachweis einer bestimmten, das so genannte Apolipoprotein-E Gen (ApoE) betreffende, genetischen Konstellation, die dann in Abhängigkeit vom Alter für die Manifestation der Alzheimer Krankheit prädisponiert, könnte zu deren Frühdiagnose führen. Mangels einer nachhaltig wirksamen prophylaktischen bzw. therapeutischen Interventionsmöglichkeit ergäben sich aus diesem Wissen derzeit aber hauptsächlich ethische Probleme.

Die erwähnten diagnostischen Verfahren ermöglichen auch die Differenzialdiagnose zwischen der Alzheimer Krankheit und der vaskulären Demenz.

6.2.3 Depression und Demenz

Höheres Alter geht mit einem höheren Risiko für psychische und kognitive Störungen einher. Vor allem in den Anfangsstadien der Demenz reagieren viele der Betroffenen – möglicherweise als Reaktion auf den auch subjektiv noch wahrgenommenen kognitiven Verfall – mit einem depressiven Syndrom. Das diagnostische und therapeutische Prozedere unterscheidet sich nicht von jenem bei nicht dementen Personen,

wobei – wie bei jeder Medikation bei älteren Menschen – auch bei den Antidepressiva niedriger dosiert und einschleichend verabreicht werden soll.

Eine Depression kommt bei älteren Menschen relativ häufig vor, und sie kann sich besonders bei diesen oft mit kognitiven Einbußen und Störungen, also mit allgemeiner Verlangsamung, Vergesslichkeit und Denkstörungen bis zur Verwirrtheit manifestieren – somit mit Symptomen wie bei einer Demenz. Oft ist es schwierig, diese Symptome eindeutig einer Demenz oder einer Depression zuzuordnen. Im letzteren Fall ist eine antidepressive Behandlung angezeigt. Auch sollte die typische allgemeine Verlangsamung wie sie bei der Parkinson'schen Krankheit vorkommt, nicht zur Diagnose einer Demenz führen (so wie diese auch mit einer Depression nicht verwechselt werden sollte). Bei der Parkinson'schen Krankheit kann eine gezielte Behandlung ebenfalls eine merkbare Verbesserung bringen. Aus den angeführten Gründen wird ersichtlich, warum bei Verdacht auf das Vorhandensein von Demenzsymptomen eine kompetente medizinische und psychologische Diagnostik durchgeführt werden sollte.

6.2.4 Zur Prävention und Therapie der Demenz

Die Möglichkeiten der Primärprävention der meisten Formen der Demenz sind, ähnlich wie jene der Therapie und Rehabilitation (also Sekundär- und Tertiärprävention) noch immer recht bescheiden. Zwar kann auf zunehmende Möglichkeiten der Frühdiagnose und auf durchaus wirksame Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen werden, doch kann der demenzielle Abbau bisher lediglich verzögert werden. Ihn rückgängig zu machen oder gar zu verhindern, bleibt eine Aufgabe für die Zukunft.

Zumindest sind aber Ansätze zur **Prävention** vorhanden:

Die Erhaltung höherer Hirnleistungsfähigkeiten, vor allem die Erhaltung der Gedächtnisfunktion ist eine Voraussetzung für die Erhaltung von Autonomie und Selbstständigkeit im Alter. Das psychische Wohlbefinden älterer Menschen, damit auch das Freisein von Depression, wird auch von der positiven subjektiven Einschätzung der eigenen Gedächtnisleistung (HÖPFLINGER, STUCKELBERGER, 1999) wesentlich beeinflusst. Gedächtnisverlust und andere kognitive Einbußen werden im Sinne des Defizitmodells des Alterns im hohen Alter noch oft als unvermeidlich antizipiert – und das bereits von jungen Erwachsenen. Gedächtnisprobleme bei älteren Menschen werden von der Umwelt besonders häufig, fast bevorzugt, registriert. Eine differenzierte wissenschaftliche Betrachtung zeigt aber, dass Gedächtnisstörungen mit zunehmendem Alter wohl häufiger auftreten, aber individuell in sehr unterschiedlichem Ausmaß, und nicht alle Gedächtnisfunktionen gleichzeitig bzw. im gleichen Ausmaß betreffen.

Bekannt ist die, den Intelligenzmodellen folgende, recht vereinfachende Differenzierung zwischen fluider und kristalliner Intelligenz. Die erste, an Hand der Lösung handlungsorientierter und tempogebundener Aufgaben gemessene kognitive Leistung erreicht im Alter von ca. 20 Jahren ihr Maximum, um dann wieder abzunehmen. Die zweite, kristalline Intelligenz, welche an der Lösung erfahrungsabhängiger Aufgaben gemessen wird, nimmt bis ins Alter von etwa 30 Jahren zu und bleibt dann bis ins hohe Alter konstant bestehen. Nach Ansicht mancher Forscher nimmt diese im Alter sogar zu. Besonders altersabhängig, also mit zunehmendem Alter schlechter werdend, ist die in einem bestimmten Moment verfügbare Aufmerksamkeitskapazität und die damit einhergehende Verarbeitungsgeschwindigkeit von Information. Daraus ergibt sich, dass die kognitiven Funktionen und das Gedächtnis im Alter insbesondere dann als defizitär auffallen, wenn alte Menschen eine Leistung unter Zeitdruck erbringen müssen, wenn sie mehrere Aufgaben gleichzeitig lösen müssen oder wenn ihnen zusätzliche Erinnerungshilfen fehlen. Die Lernfähigkeit im Sinne der Speicherung und Nutzung von Erfahrung bleibt beim gesunden alten Menschen unverändert erhalten (HÖPFLINGER, STUCKELBERGER, 1999).

Studien weisen nach, dass objektive, somatische Gesundheitsindikatoren mit Gedächtnisleistungen im Alter positiv korrelieren. Eine positive Beeinflussung dieser Faktoren, insbesondere der durch Training erreichbaren besseren Muskelkraft verbessert auch die Gedächtnisleistungen im Alter (PERRIG, PERRIG-CHIILLO, STÄHELIN, 1997).

Für die Multiinfarktdemenz (vaskuläre Demenz) gelten die gleichen Risikofaktoren wie für kardiovaskuläre Ereignisse. Sie kommt vor allem bei Menschen mit Diabetes mellitus und Hypertonie gehäuft vor. Die Vorbeugung bzw. Behandlung dieser Risikofaktoren reduziert das Risiko des Auftretens von Multiinfarktdemenz.

Einzelnen wissenschaftlich bekannten Risikofaktoren für die Alzheimer Krankheit, wie eine genetisch determinierte Konstellation von bestimmten Apolipoproteinen, kann nicht vorgebeugt werden. Es gibt aber gewisse – noch vorläufige, aber epidemiologisch bereits dokumentierte – Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der postmenopausalen Hormonsubstitutionstherapie und einer niedrigeren Inzidenz von Morbus Alzheimer. Möglicherweise ergibt sich daraus – neben der Osteoporose-Prävention – ein zusätzliches Argument für die Hormonsubstitution. Eine Langzeitanwendung von nichtsteroidalen Antirheumatika, z. B. im Rahmen der Therapie von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, scheint ebenfalls einen protektiven Effekt hinsichtlich eines kognitiven Abbaus im höheren Alter zu haben – hier muss aber ebenfalls noch zusätzliche Evidenz geliefert werden, um sicherere Empfehlungen abgeben zu können. Auch gibt es einen durch einige Studien belegten Zusammenhang zwischen den niedrigen Plasmaspiegeln von Folsäure und Vitamin B12 und einem kognitiven Defizit im Sinne einer Demenz. Allerdings fehlt noch der sichere Beweis eines positiven Effekts der Supplementierung dieser Substanzen im Sinne einer Prävention der Entwicklung von Demenz. Möglicherweise wird es demnächst diesbezügliche Empfehlungen geben.

Die medikamentöse **Therapie** der Demenz ist derzeit nur im Sinne von Ansätzen zu einer symptomatischen Therapie möglich. Die meisten der in Österreich für die Indikation Alzheimer Krankheit zugelassenen Substanzen, die so genannten Antidementiva (früher „Nootropika“) entsprechen den von der EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) festgesetzten Kriterien. Diese fordern neben einer standardisierten Diagnose der Indikation Alzheimer Krankheit auch einen – in prospektiv, randomisiert und doppelblind durchgeführten Untersuchungen festgestellten – Wirksamkeitsnachweis, welcher im Vergleich zur Kontrollgruppe aus einer Verbesserung der kognitiven Funktion, der Leistungsfähigkeit in den Alltagsaktivitäten (ADL, Activities of Daily Living) und des klinischen Eindrucks bestehen soll. Die Studiendauer soll dabei mindestens sechs Monate betragen. Bei fehlender Wirksamkeit nach drei Monaten soll nach dem Österreichischen Alzheimer-Krankheit-Konsensuspapier (1999) die Therapie beendet werden und eventuell eine andere Substanz versucht werden.

Es stehen drei Substanzgruppen zur Verfügung:

Im Rahmen der Alzheimer-Krankheit ist das cholinerge System am frühesten und am stärksten betroffen. Die **Cholinesterasehemmer** hemmen jenes Enzym, welches den Botenstoff Acetylcholin abbaut. Dem für die Alzheimer-Krankheit charakteristischen Acetylcholinmangel soll dabei entgegengewirkt werden. In Österreich stehen die Substanzen Donepezil, Galanthamin, Rivastigmin und Tacrin zur Verfügung. Sie verlangsamen die Krankheitsprogredienz, sie verbessern die kognitive Leistung (jedoch in einem eher geringen Ausmaß) und sie verbessern die Leistungsfähigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese positiven Wirkungen sind nur bei der leichten bis mäßigen Demenz im Rahmen der Alzheimer-Krankheit festzustellen, nicht aber bei schwereren Formen. Bei der zuerst eingeführten Substanz Tacrin gibt es – im Unterschied zu den anderen genannten – erhebliche Nebenwirkungsraten, insbesondere Leberfunktionsstörungen und diverse gastrointestinale Nebenwirkungen.

Die **Nootropika** sollen den Metabolismus des Gehirns positiv beeinflussen und zu verbesserten Parametern für die Durchblutung sowie die Glukose- und Sauerstoffverwertung führen. Hinsichtlich des für diese Substanzen postulierten Wirkmechanismus herrscht jedoch kein wissenschaftlicher Konsens. Auch entsprechen die Studien, die den Wirksamkeitsnachweis erbringen wollten, vielfach nicht den hohen wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen wie jene über die Cholinesterasehemmer. In Österreich können u. a. folgende Substanzen aus dieser Klasse verordnet werden: Co-Dergocrin, Piracetam, Gingko-biloba-Extrakte, Nimodipin.

Antioxidative Substanzen (Vitamin E und Selegilin) werden vor allem auf deren krankheitsverzögernde Wirkung geprüft, die Ergebnisse sind bisher wissenschaftlich noch nicht gesichert.

Ein Parameter für die Krankheitsverzögerung ist der Zeitpunkt der Institutionalisierung. Wenn dieser tatsächlich hinausgezögert werden kann, dann müsste dieser Effekt auch in die ökonomische Argumentation bei der Diskussion um die Kosten der Medikamententherapie einbezogen werden.

Bei der medikamentösen Behandlung von Demenz sollten auch die nichtkognitiven Symptome berücksichtigt werden. Dazu gehören: Depression, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe, psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie akute Verwirrtheit (Delir). Die Gabe von psychoaktiven Medikamenten sollte hier aber wohl überlegt sein und nicht unbedingt die Therapie der ersten Wahl darstellen. Verhaltens- und milieutherapeutische Interventionen sowie eine einfühlsame, die Er-

lebenswelt des Kranken berücksichtigende Kommunikationsweise (z. B. Validation) sollten einer Gabe von Psychopharmaka (hierbei handelt es sich vor allem um Antidepressiva und Neuroleptika) vorangehen bzw. diese adjuvant begleiten.

6.2.5 Zum Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind

Ein Kennzeichen der zeitlichen, örtlichen und situativen Desorientierung, von welcher Demenzkranke in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung meist betroffen sind, ist die Rückkehr der früheren, weit zurückliegenden Art, die Welt zu erleben. Grundlegende Bedürfnisse nach Liebe und Anerkennung drückt der verwirrte Mensch nicht im „Hier und Jetzt“ aus, sondern er beginnt mit Personen seiner Vergangenheit zu kommunizieren. Die logische, erlernte Sprache nimmt mit der Zeit ab und die Person kehrt zu früheren Sprachmustern zurück – vor allem zu Lauten, die Geborgenheit hervorrufen, oder zu Gedichten, Reimen, etc., die an die Kindheit erinnern. Desorientierten dementen Menschen fehlt ein flexibles Verhaltensrepertoire, sie halten an ihren vergangenen Rollen fest, z. B. will die demente alte Frau für ihren – längst verstorbenen – Mann das Mittagessen richten. Unbewältigte Gefühle aus der Vergangenheit wie Angst oder Schuld werden sehr präsent. Eine Argumentation auf der Basis intellektueller, vernünftiger Einsicht ist unmöglich. Es ergeben sich folgende Empfehlungen für den Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind:

- man soll nicht urteilen und dem desorientierten Menschen seine eigene Realität aufzwingen,
- man darf die Demenzkranken nicht infantilisieren; sie sind keine Kinder,
- man muss ehrlich und wertschätzend sein,
- man muss die Gefühle des Demenzkranken ernst nehmen und zuhören,
- man hüte sich vor leichtfertigen Analysen, vor eigenen Interpretationen des Lebens des dementen Menschen.

Die Hauptlast der Betreuung Demenzkranker wird weiterhin von den Angehörigen getragen – dabei handelt es sich, wie überhaupt in der Geriatrie, überwiegend um Frauen: Ehefrauen, Partnerinnen und Töchter bzw. Schwiegertöchter der betreuungsbedürftigen Kranken. Sie sind dabei großen psychischen, physischen, sozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und erfahren relativ wenig Unterstützung und Anerkennung. So zeigt sich hinsichtlich des materiellen Aspekts, dass etwa 85 Prozent der jährlichen Gesamtpflegekosten von den Angehörigen getragen werden. Nicht kalkulierbar sind dabei die Folgen für die Angehörigen wie Aufgabe des Berufs, Einkommensverzicht, soziale Isoliertheit, Vereinsamung und Verschlechterung der eigenen psychischen und somatischen Gesundheit. Angehörigen-Selbsthilfegruppen versuchen hier Abhilfe zu leisten und einem Burnout der betreuenden Angehörigen entgegenzuwirken. Strukturen zur Entlastung der BetreuerInnen sind weitestgehend vorhanden: Tageszentren, Tageskliniken und Urlaubsbetten („Respite care“), deren Dichte vor allem im Hinblick auf den zukünftigen Bedarf und deren Nutzungsgrad aber nicht ausreichend sind. Nur etwa 20–30 Prozent der Demenzkranken sind in institutioneller Betreuung. Auch wenn es bei dieser Rate bleibt, wird es in Zukunft vor allem im westlichen Österreich einen deutlich höheren Bedarf an Heimplätzen geben, wobei hier nicht nur ein rein quantitativ höherer Bedarf abgedeckt werden sollte. Die zu fordernden professionellen Qualitätsstandards verlangen eine entsprechende Anzahl und Ausbildung der BetreuerInnen aus den Bereichen der Pflege, der Rehabilitation (Physio-, Ergo-, Musiktherapie, Logopädie) Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, etc. Die mit der zu erwartenden höheren Lebenserwartung der Demenzkranken einhergehende höhere Co-Morbiditätsrate wird auch einen vermehrten medizinischen Betreuungsbedarf mit sich bringen. Im Vorfeld der extramuralen und institutionellen Langzeitbetreuung der Demenzkranken stehen natürlich diagnostische und therapeutische Maßnahmen, für die es in naher Zukunft den Ausbau eines wiederum quantitativ und qualitativ adäquaten Netzes sowohl internistischer als auch neurologisch geriatrischer und gerontopsychiatrischer ambulanter, teilstationärer und stationärer Strukturen, inklusive der spezialisierten Memory Kliniken, bedarf.

6.3 Osteoporose

A.o. Univ.-Prof. Dr. Elisabeth PREISINGER
Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zusammenfassung

Unter den metabolischen Knochenerkrankungen hat Osteoporose die höchste Prävalenz in den Industrienationen. Sie ist eine systemische Skeletterkrankung, die mit einer verminderten Knochenmasse, einer gestörten Mikroarchitektur des Knochengewebes und einer erhöhten Knochenfragilität einhergeht. Die Folge sind Frakturen mit allen Konsequenzen. Insbesondere Osteoporose-bedingte Wirbelkörper- und hüftgelenksnahe Frakturen führen nicht nur zu Schmerzen, sondern häufig auch zur permanenten Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Einrichtungen, die sich mit der gesamten Problematik dieser Erkrankung auseinandersetzen – Prävention, Früherkennung, Risikoabklärung, gezieltes therapeutisches Vorgehen – und eine umfangreiche öffentliche Aufklärung sollten nicht nur die individuelle Lebensqualität verbessern, sondern auch Einsparungen am Gesundheitssektor bringen.

Summary: Osteoporosis

Osteoporosis is the single most prevalent of all metabolic bone diseases registered in industrial countries. It is a skeletal disease typically accompanied by reduced bone mass, disturbed micro-architecture of the bone tissue and increased bone fragility. Osteoporosis increases the likelihood of fractures with all their consequences. Fractures of the vertebral bodies or the hip joint thus incurred are not only painful but frequently lead to long-term disabilities and a patient's dependency on nursing care. The measures developed to deal with all the aspects of the disease – such as prevention, early diagnosis, risk assessment, targeted therapies – as well as extensive information of the public are believed to improve the quality of life of the people concerned and to at the same time alleviate the health budget.

6.3.1 Definition der Osteoporose

Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die mit einer verminderten Knochenmasse, einer gestörten Mikroarchitektur des Knochengewebes und einer erhöhten Knochenfragilität einhergeht (Consensus Development Conference, 1993). In der Folge kommt es zu Frakturen mit allen Konsequenzen wie akute und chronische Schmerzen, eine permanente gesundheitliche Beeinträchtigung und Behinderung bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Diese Knochenbrüche sind nicht durch massive Krafteinwirkungen, die vergleichsweise beim Verkehrsunfall auftreten, sondern durch Bagateltraumen, z. B. durch einen Sturz in der Wohnung, oder sogar atraumatisch bedingt (= Fragilitätsfrakturen).

Nach den Richtlinien der WHO wird bei Frauen dann von Osteoporose gesprochen, wenn die Knochendichte mehr als 2,5 Standardabweichungen unterhalb des Normwertes gesunder junger erwachsener Frauen liegt (WHO Technical Report 843, 1994; Tabelle 1). Für Männer wurde noch kein derartiger Wert definiert.

Tabelle 1: WHO-Kriterien für Osteoporose bei Frauen

Definition: WHO-Kriterien für Osteoporose bei Frauen	Anzahl der SD ¹⁾ von BMD ¹⁾ oder BMC ¹⁾ unterhalb des Normwertes junger erwachsener Frauen
normal	≤ 1
Osteopenie (niedrige Knochenmasse)	1–2,5
Osteoporose	> 2,5
manifeste Osteoporose	> 2,5; zusätzlich die Präsenz von einer oder mehreren Fragilitätsfrakturen

1) SD = Standardabweichung, BMD = Knochenmineraldichte, BMC = Knochenmineralgehalt.

6.3.2 Ursachen von Osteoporose und Risikofaktoren

Die Knochenmasse des Menschen ist eine Funktion der individuellen maximalen Knochenmasse und nachfolgender Substanzverluste. Im Durchschnitt erreicht sie um das 30. Lebensjahr ihr Maximum und nimmt danach ab. Neben Einflüssen, die sich aus den individuellen Lebensgewohnheiten ergeben – darunter Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen – stellen weitere Faktoren wie Lebensalter, Geschlecht, Krankheiten, etc. wichtige Determinanten des Frakturrisikos dar. Einige Ursachen von Osteoporose sind in Tabelle 2 angeführt.

Besonders gefährdet an Osteoporose zu erkranken sind Frauen mit heller Hautfarbe, mit einer familiären Disposition, grazilem Körperbau und frühem Eintritt der Menopause (vor dem 45. Lebensjahr). Weitere Faktoren, die das Frakturrisiko erhöhen und mit dem Lebensalter zunehmend relevant werden, sind neben der verminderten Knochendichte:

- reduzierte Balancefähigkeit,
- reduzierte Muskelkraft,
- reduziertes Sehvermögen,
- Inaktivität,
- körperliche Beeinträchtigung (z. B. Unvermögen, sich ohne Mithilfe der Arme vom Sessel zu erheben),
- vorangegangene Knochenbrüche,
- Sensibilitätsstörungen,
- schlechter Allgemeinzustand,
- hohe Ruheherzfrequenz (> 80/min).

Tabelle 2: Ursachen für Osteoporose

Ursachen für Osteoporose	
Hypogonadismus	Menopause (besonders vor dem 45. Lebensjahr), bilaterale Eierstockentfernung, Keimdrüsenbestrahlung, Amenorrhoe, verspätete Pubertät, Hodenentfernung
weitere endokrine Ursachen	Überfunktion der Schilddrüse, der Epithelkörperchen oder der Nebennierenrinde
Krankheiten	rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew oder weitere entzündlich-rheumatische Erkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Skoliose, multiples Myelom, Sarkoidose, biliäre Leberzirrhose, Osteogenesis imperfecta
Fehlernährung	Mangelernährung (z. B. einseitige Ernährung, mangelnde Zufuhr von Kalzium, Vitamin D, C und K, Anorexia nervosa, Malabsorption), phosphatreiche Nahrung, Koffein, kochsalzreiche Nahrung, hoher Anteil an tierischen Proteinen
reduzierte Gewichtsbelastung	Immobilisation, Paralyse (Insult, Querschnittparese), Raumfahrt
Medikamente	Glukokortikoide (> 7,5 mg pro Tag), adrenokortikotropes Hormon, Antikonvulsiva, Heparin, Nikotin, Zytostatika, Thyroxin-Überdosierung, Tamoxifen prämenopausal
Organtransplantationen	
Gastrektomie	
renale Osteodystrophie	
juvenile Osteoporose	

6.3.3 Epidemiologie der Osteoporose

Unter den metabolischen Knochenerkrankungen hat Osteoporose die höchste Prävalenz in den Industrienationen. Osteoporose-bedingte Frakturen nehmen mit dem Lebensalter zu: Unterarmfrakturen zeigen die höchste Inzidenz um das 50., Wirbelkörperfrakturen um das 60. und hüftgelenksnahe Frakturen um das 70. Lebensjahr.⁶⁴ Nach in den USA durchgeführten Studien weisen 54 Prozent aller postmenopausalen Frauen eine Osteopenie und 30 Prozent eine Osteoporose auf. Etwa 20 Prozent der an Osteoporose erkrankten Personen sind Männer. Die Prävalenz von osteoporotischen Wirbelkörperdeformierungen liegt nach in Dänemark und den USA durchgeführten Studien bei den 65- bis 70-jährigen Frauen zwischen 21 und 27 Prozent. Nach dem 80. Lebensjahr erleidet jede 3. Frau und jeder 6. Mann eine hüftgelenksnahe Fraktur. Schon in den 90er Jahren wurden in den USA die innerhalb von 50 Jahren für hüftgelenksnahe Frakturen anfallenden Kosten auf \$ 240 Mrd. geschätzt.

6.3.4 Folgen von Osteoporose

Die häufigsten Osteoporose-bedingten Knochenbrüche sind Wirbelkörper-, proximale Femur-, distale Radius-, subkapitale Humerus- und Rippenfrakturen. Die langzeitigen Folgen von Wirbelkörper- und hüftgelenksnahen Frakturen sind nicht nur sozialökonomisch bedeutend, sondern können die individuelle Lebensqualität stark beeinträchtigen.

Etwa 30 Prozent der Wirbelkörperfrakturen werden als akut schmerzhaft angegeben (International Course on Osteoporosis, Juni 1999, Wien). Bei 50 Prozent aller Betroffenen, v. a. bei denjenigen mit Mehrfachfrakturen, entwickeln sich chronische Rückenschmerzen und etwa 30 Prozent sind bei der Verrichtung ihrer Alltagstätigkeiten behindert und auf fremde Hilfe angewiesen (Konsensus-Meeting, November 1999, Wien). Im Zusammenhang mit der Anzahl der Wirbeleinbrüche kommt es zu einer eindrucksvollen Deformierung der gesamten Wirbelsäule mit Verlust an Körpergröße, Einschränkung der Lungenfunktion, Zunahme der Schmerzen, Inaktivität und Behinderung im Alltag.

Hüftgelenksnahe Frakturen führen akut zu einer Immobilisation. In der Regel besteht ein akuter chirurgischer Interventionsbedarf. Während des nachfolgenden Halbjahres ist das Mortalitätsrisiko um das Siebenfache erhöht. Bei mehr als der Hälfte aller Betroffenen kommt es zu einem Verlust an Selbstständigkeit. Etwa 20 Prozent der PatientInnen werden versorgungspflichtige Invalide.

6.3.5 Prävention und Früherkennung der Osteoporose

Die Prävention der Osteoporose sollte in der frühen Jugend beginnen. Gewichtsbelastende körperliche Aktivität, gemischte, ausgewogene Kalzium- und Vitamin-D-reiche Ernährung, Vermeiden von Nikotin und übermäßigem Genuss von Kaffee, Alkohol, Kochsalz und tierischem Eiweiß tragen zum Knochenaufbau bei.

Die Hormonersatztherapie während und nach den Wechseljahren, Kalzium- und Vitamin-D-Substitution sind präventiv wirksam. Die Kalziumaufnahme soll beim Erwachsenen vor dem 50. Lebensjahr 1.000 mg pro Tag und danach 1.200 mg pro Tag betragen. Eine tägliche Vitamin-D-Aufnahme von 400–800 IE (Internationale Einheiten) wird bei über 70-Jährigen empfohlen. Besonders bei älteren Personen ist die Kalzium- und Vitamin-D-Substitution zur Frakturprophylaxe sinnvoll.

Die Messung der Knochendichte oder des Knochenmineralgehalts an dafür definierten Stellen ist die Methode der Wahl zur Beurteilung des Osteoporose-bedingten Frakturrisikos.⁶⁵ Nimmt die Knochendichte um eine Standardabweichung (SD) ab, so erhöht sich das Frakturrisiko um das 1,5–3-fache. Sinkt der Knochendichtewert um zwei SD unter den Mittelwert gesunder erwachsener Frauen, so beträgt das Frakturrisiko einer perimenopausalen Frau 60 Prozent.

⁶⁴ LIPPINCOTT, W. & WILKINS (1999): Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. Vierte Auflage, Philadelphia, S. 257–259, S. 264–273.

⁶⁵ KANIS, J.A. et al. (1994): The Diagnosis of Osteoporosis. JBMR, 9, 1137–1141.

6.3.6 Therapie der Osteoporose

Die Therapie der klinisch manifesten Osteoporose verfolgt drei Ziele:

1. Schmerzlinderung,
2. Verbesserung der Knochenfestigkeit,
3. Verbesserung und Erhaltung der für den Alltag erforderlichen Leistungsfähigkeit.

ad 1. Schmerzlinderung

Zur Schmerzlinderung müssen der Schmerzintensität entsprechend alle therapeutischen Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Es können sowohl Methoden der physikalischen Medizin, wie Elektrostimulation, Thermotherapie, Massage, Miederversorgung, Übungs- oder Trainingstherapie als auch nicht-steroidale Antirheumatika und weitere Analgetika bis hin zu den Opiaten erfolgreich eingesetzt werden (Konsensus-Meeting, November 1999, Wien).

ad 2. Verbesserung der Knochenfestigkeit

Zur Verbesserung der Knochenstärke bzw. Reduktion der Frakturen stehen derzeit Bisphosphonate, die Hormonersatztherapie, selektive Östrogen-Rezeptor-Modulatoren (SERMs), Calcitonin, Kalzium- und Vitamin-D-Präparate und Fluoride zur Verfügung. Die Hormonersatztherapie und die SERMs sind therapeutisch für postmenopausale Frauen geeignet. Eine signifikante Senkung der Wirbelkörperfrakturen bei postmenopausalen Frauen durch die Langzeitanwendung der SERMs ist nachgewiesen. Die übrigen Medikamente eignen sich zur Behandlung der Osteoporose von Frauen und Männern. Durch die Anwendung moderner Bisphosphonate kann die Frakturrate bei OsteoporosepatientInnen bis zu 74 Prozent reduziert werden.

Ein „gewichtbelastendes“ medizinisches Übungs- oder Trainingsprogramm zur Vermeidung des Knochenabbaus kann die medikamentöse Therapie unterstützen.

ad 3. Verbesserung und Erhaltung der für den Alltag erforderlichen Leistungsfähigkeit

Zur Verbesserung und Erhaltung der für den Alltag notwendigen Leistungsfähigkeit sind eine frühe Remobilisierung sowohl nach Osteoporose-bedingten Frakturen als auch anderen Krankheiten, die eine Bettlägrigkeit erfordern, essenziell. Diese kann, insbesondere nach Wirbelkörperfrakturen, durch eine kurzzeitige Miederversorgung unterstützt werden.

Ein regelmäßiges, medizinisch kontrolliertes Training zur Verbesserung bzw. Erhaltung des Körperbewusstseins, der Muskelkraft und der Balance- bzw. Koordinationsfähigkeit kann das Sturz- und damit das Frakturrisiko beim älteren Menschen deutlich reduzieren,⁶⁶ insbesondere dann, wenn zudem Medikamente, die die Balancefähigkeit oder Knochendichte beeinträchtigen, reduziert werden. Da mit der Anzahl der vorangegangenen Frakturen die Angst vor einem erneuten Sturz und damit die Ungeschicklichkeit steigt, ist es notwendig, durch Übungen und Training, aber auch durch Beratung über Sturzvermeidung – bzgl. Einrichtungsgegenstände, Visuskontrolle, etc. – und durch Hilfsmittel-, Geh-Hilfen- oder Hüftprotektorenversorgung die Situation für die PatientInnen zu verbessern.

6.3.7 Einrichtungen und Leistungen

Für eine umfangreiche präventive und therapeutische Strategie im Sinne der Gesundheitsförderung sind medizinische und nicht-medizinische Leistungsangebote und Einrichtungen notwendig. Zu den medizinischen Einrichtungen und Leistungen, die zum Teil in Wien bereits bestehen, gehören Spezialambulanzen mit dem Schwerpunkt „Osteoporose“ und deren gute Kooperation mit den niedergelassenen ÄrztInnen, z. B. den HausärztInnen.

⁶⁶ TINETTI, M.E. et al. (1994): A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. NEJM, 331, 821–827.

Zu den nicht-medizinischen Einrichtungen zählen Institutionen, z. B. Selbsthilfegruppen, denen die Aufgabe zukommt, die Bevölkerung und die bereits Betroffenen über die Krankheit, über medizinische Einrichtungen, über präventive Maßnahmen und Einrichtungen, etc. zu informieren. Zusätzlich sind flächendeckend nicht-medizinische, in ihrer gesundheitsfördernden Qualität jedoch kontrollierte Einrichtungen gefordert, wie bsw. Trainingszentren, Fitness- und Wellnessbetriebe, Gymnastikgruppen, „Gesundheitsküchen“ in Restaurants, etc.

6.3.8 Gesundheitspolitische Relevanz

Eine umfangreiche Aufklärung der Bevölkerung könnte das Bewusstsein für die häufige Krankheit Osteoporose schulen und zumindest bei einem Teil der Bevölkerung zu einer Umstellung der Lebensgewohnheiten – Ernährung, Training, Verzicht auf Genussmittel, Erkennen von Risikofaktoren – im Sinne der Prävention beitragen. Ein flächendeckendes Angebot von Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, z. B. geschultes Personal in Trainings- und Fitnessbetrieben, Ernährungsberatung, gesundheitsorientierte Gastbetriebe, etc., könnten dies unterstützen. Eine rechtzeitige Diagnosestellung und gezielte Therapie sowie die Vermeidung von Risiken könnten möglicherweise viele Knochenbrüche mit allen Folgeerscheinungen verhindern und die damit verbundenen Kosten sparen.

6.4 Harninkontinenz

6.4.1 Ursachen und Formen von Harninkontinenz⁶⁷

Das Krankheitsbild der Harninkontinenz (in der Folge kurz als Inkontinenz bezeichnet) ist geprägt durch unfreiwilligen Harnabgang tagsüber oder in der Nacht, auch beim Husten, Niesen, Heben, Springen oder anderer körperlicher Anstrengung. Darüber hinaus tritt Inkontinenz aber auch als Folge eines nicht unterdrückbaren Harndranges auf. In den letzten 25 Jahren hat dieses Krankheitsbild sozialpolitisch zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wurde früher Inkontinenz in erster Linie als Folge einer gestörten Schließmuskelfunktion – verursacht durch Geburt, Operation oder Verletzung – gesehen, so ist die häufigste Ursache heute auf Grund des immer Älterwerdens der Bevölkerung in einer defekt gewordenen Harnblasensteuerung zu suchen. Zwei Drittel der – vor allem älteren – Betroffenen sind der Meinung, dass es sich bei der Inkontinenz um eine natürliche Alterserscheinung handelt, für die es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt und nehmen aus diesem Grund und auch aus Scham keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Inkontinenz gilt als einer der primären Anlässe für die Einweisung in ein Pflege- oder Altenheim.

Die häufigste Form der Harninkontinenz bei Frauen zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr ist die **Harnstressinkontinenz**, deren Ursache eine Beckenbodenschwäche oder eine direkte Schädigung des Schließmuskels sein kann. Bei älteren Menschen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, kann es auf Grund zerebraler, degenerativer und krankhafter Veränderungen zu einem Kontrollverlust über die Blasenfunktion und daher zu einer **Harndranginkontinenz** kommen. Von **Überlaufinkontinenz** spricht man bei chronisch erhöhtem Blasenauslasswiderstand (z. B. durch Prostatavergrößerung) oder bei Blasenmuskelschwäche. Läsionen im Gehirn und im Rückenmark können zur **neurogenen Harninkontinenz** (Reflexinkontinenz) führen, die dadurch charakterisiert ist, dass die Betroffenen bei fehlendem Harndranggefühl keine Kontrolle über ihre Harnblase haben.

⁶⁷ MADERSBACHER, H.: Harninkontinenz. In: Hausarzt Nr. 7/8a, Panta rhei? Fortbildungsheft zum Thema Inkontinenz, 1999.

6.4.2 Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum⁶⁸

Univ.-Prof. Dr. Stephan MADERSBACHER, Klinik für Urologie der Universität Wien

Univ.-Prof. Dr. Gerald HAIDINGER, Abteilung für Epidemiologie am Institut für Krebsforschung der Universität Wien

Dr. Christian TEMML, Abteilung für Gesundheitsvorsorge der Stadt Wien

Zusammenfassung

Insgesamt geben 26 Prozent der untersuchten Frauen und fünf Prozent der Männer eine Harninkontinenz während der letzten vier Wochen an. Für Wien hochgerechnet bedeutet dies, dass 180.000 Frauen und 29.000 Männer betroffen sind. Bei beiden Geschlechtern steigt die Prävalenz der Harninkontinenz kontinuierlich mit zunehmendem Lebensalter an. Etwa 18 Prozent der betroffenen Personen sehen ihre Lebensqualität durch die Harninkontinenz deutlich beeinträchtigt. Nur fünf Prozent der betroffenen Frauen und 16 Prozent der Männer stehen aber in ärztlicher Behandlung. Dieser Umstand verweist auf die sozioökonomische Bedeutung und gesellschaftliche Tabuisierung dieser Erkrankung.

Summary: Prevalence of Urinary Incontinence in Vienna

A total of 26 percent of women and 5 percent of men examined admit to having experienced urinary incontinence in the past 4 weeks. Extrapolated for Vienna this means 180,000 women and 29,000 men are affected. Prevalence of urinary incontinence rises continuously with age for both genders. 18 percent of the people concerned consider their quality of life seriously impaired by urinary incontinence. However, only 5 percent of women and 16 percent of men seek and receive medical treatment, a fact that indicates the socio-economic significance and social embarrassment caused by the disease.

Die Harninkontinenz, insbesondere beim älteren Menschen, ist ein weit verbreitetes medizinisches Problem. Die für Diagnose und Therapie der Harninkontinenz eingesetzten finanziellen Mittel liegen in der Größenordnung von jenen für Diabetes mellitus oder Hypertonie. Die zu erwartende kontinuierliche Überalterung der Bevölkerung, insbesondere in den westlichen Industriestaaten, unterstreicht die sozioökonomische Bedeutung dieser Erkrankung. In Österreich wird der Anteil der BewohnerInnen, die älter als 75 Jahre sind, von ca. 550.000 im Jahre 1998 (6,8 Prozent der Gesamtbevölkerung) auf fast eine Million im Jahre 2030 (12,1 Prozent der Gesamtbevölkerung) ansteigen. Aus diesem Grund sind verlässliche Daten über Prävalenz und Inzidenz der Harninkontinenz vor allem für die Gesundheitsbehörden, aber auch für die mit diesem Problem befassten Ärzte von großem Interesse.

Bis dato lagen zu diesem Thema keine verlässlichen Daten aus Österreich vor. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum detailliert zu untersuchen und diese Daten auch auf Österreich zu extrapolieren.

⁶⁸ MADERSBACHER, S.; HAIDINGER, G.; TEMML, C.: Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung – Ergebnis einer offenen Querschnittstudie. In: Hausarzt Nr. 7/8a, Fortbildungsheft zum Thema Inkontinenz, 1999.

TEMML, C.; HAIDINGER, G.; SCHMIDBAUER, J.; SCHATZL, G.; MADERSBACHER, S.: Urinary Incontinence in Both Sexes – Prevalence Rates, Impact on Quality of Life and Sexual Life. *Neurourol Urodyn* 19: 259–271, 2000.

6.4.3 Methodik

Im Großraum Wiens werden in regelmäßigen Abständen Gesundenuntersuchungen durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung werden folgende Parameter erhoben: detaillierte Anamnese, laufende medikamentöse Therapien, physikalische Untersuchung inkl. Größe, Gewicht, Body-Mass-Index, Pulsfrequenz, Blutdruck, EKG und Spirometrie; Harnstatus; Blutuntersuchung inkl. Leber- und Nierenfunktionsparameter, Blutbild, high und low density Lipoprotein, Cholesterin und Glucose; soziodemografische Parameter wie Ehestatus, Ausbildung, sportliche Aktivitäten, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Stressfaktoren.

Zwischen Mai 1998 und April 1999 legten wir zu diesen Gesundenuntersuchungen einen 37 Fragen umfassenden Fragebogen (Bristol-LUTS-Fragebogen; JACKSON⁶⁹ et al, 1996) bei, der die verschiedenen Aspekte von Harninkontinenz und Miktionsbeschwerden, sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität und des Sexuallebens befragt. In diesem Fragebogen wurde die Harninkontinenz als unwillkürlicher Harnverlust innerhalb der letzten vier Wochen definiert.

Sowohl die Gesamtprävalenz der Harninkontinenz als auch die Prävalenz in den verschiedenen Lebensjahrzehnten wurden altersbezogen berechnet.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe und Gesamtpopulation

	Frauen	Männer	insgesamt
Anzahl (über 20 Jahre)	1.262	1.236	2.498
durchschnittliches Alter	49,7 +/- 13,6 Jahre	48,6 +/- 13,0 Jahre	
Grundpopulation (über 20 Jahre), Österreich 1995	3.233.618	2.942.590	6.176.208
Grundpopulation (über 40 Jahre), Österreich 1995	1.962.415 (60,7 %)	1.611.334 (54,8 %)	3.573749

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

6.4.2.2 Ergebnisse

6.4.2.2.1 Prävalenz der Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern

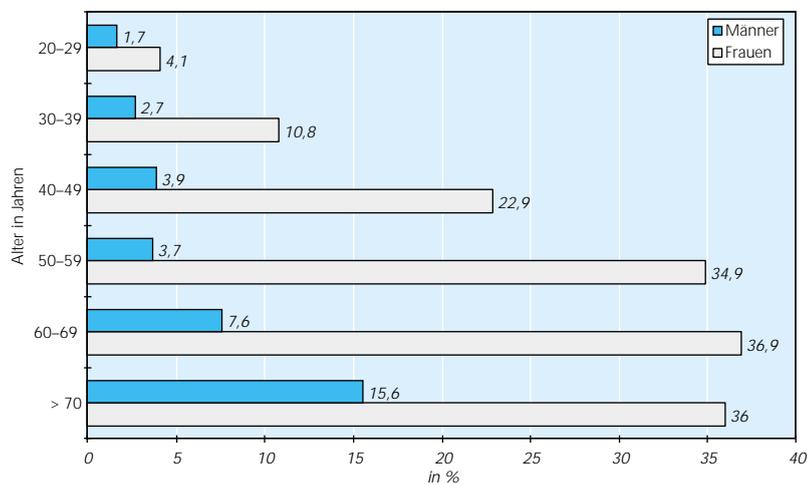
Insgesamt gaben 26,3 Prozent (n = 332) der untersuchten Frauen und 5,0 Prozent (n = 62) der Männer eine Harninkontinenz während der letzten vier Wochen an. Das Auftreten einer Harninkontinenz war im Vergleich zu den Männern bei den Frauen fast siebenmal so hoch. Bei beiden Geschlechtern stieg die Prävalenz der Harninkontinenz kontinuierlich mit zunehmendem Lebensalter an. Bei den Frauen zeigten sich folgende Prävalenzen: Während nur vier Prozent der unter 30-jährigen Frauen von derartigen Episoden berichteten, betraf dies 37 Prozent der 60- bis 69-jährigen Frauen. In sämtlichen Lebensdekaden waren die jeweiligen Prozentzahlen bei den Männern signifikant kleiner.

⁶⁹ JACKSON, S.; DONOVAN, J.; BROOKES, S.; ECKFORD, S.; SWITHINBANK, L.; ABRAMS, P.: The bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: development and psychometric testing. Br J Urol 77: 805–812, 1996.

Tabelle 4: Harninkontinenz nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998/1999

Alter in Jahren	Frauen			Männer		
	Anzahl	Harninkontinenz in den letzten 4 Wochen		Anzahl	Harninkontinenz in den letzten 4 Wochen	
		absolut	in %		absolut	in %
20–29	75	3	4,1	59	1	1,7
30–39	176	19	10,8	184	5	2,7
40–49	397	91	22,9	458	18	3,9
50–59	321	112	34,9	294	11	3,7
60–69	157	58	36,9	132	10	7,6
> 70	136	49	36,0	109	17	15,6
insgesamt	1.262	332	26,3	1.236	62	5,0

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Grafik 7: Harninkontinenz bei Frauen und Männern nach Alter, Österreich 1998/99

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Extrapoliert man diese Daten altersadjustiert auf die Bevölkerung im Wiener Raum, so geben etwa 180.000 Frauen und 29.000 Männer eine Harninkontinenz an. In Österreich leben etwa 850.000 Frauen und 148.000 Männer mit einer Harninkontinenz, in Summe österreichweit nahezu 1.000.000 Menschen, in Wien allein über 200.000 betroffene Personen.

Tabelle 5: Extrapolation der Daten für Wien/Österreich, 1998/99

Alter in Jahren	Anzahl der betroffenen Frauen	
	Wien	Österreich
20–29	6.943	33.783
30–39	19.248	91.849
40–49	29.478	143.720
50–59	42.921	190.206
60–69	30.503	167.238
über 70	51.654	232.603
insgesamt	180.747	859.399

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Harnstressinkontinenz zeigte bei den Frauen in allen Dekaden eine deutlich höhere Prävalenz als bei den Männern. Im Gegensatz dazu fand sich bei der **Dranginkontinenz** bei beiden Geschlechtern eine annähernd gleich hohe Prävalenz.

Dauer und **Frequenz** der Harninkontinenz waren vergleichbar bei beiden Geschlechtern. 17,6 Prozent der Frauen und 22,0 Prozent der betroffenen Männer gaben an, erst relativ kurz (weniger als ein Jahr) an einer Harninkontinenz zu leiden, bei 43,7 Prozent bzw. 32,2 Prozent bestand dieser Zustand schon länger als drei Jahre. Eine tägliche Harninkontinenz wurde von 33,4 Prozent der inkontinenten Frauen und 33,1 Prozent der Männer angegeben.

Im Großen und Ganzen passen diese Ergebnisse in das Spektrum der bis dato publizierten Studien. HAMPEL et al.⁷⁰ führten eine Metaanalyse von 48 epidemiologischen Studien durch, die zwischen den Jahren 1954 und 1995 publiziert worden sind. In der Gruppe der unter 30-Jährigen gaben im Durchschnitt 5,1 Prozent der Frauen einen mehr oder weniger regelmäßigen Harnverlust an (vgl. vorliegende Studie: 4,1 Prozent). Bei den 30- bis 60-Jährigen variierten die Prozentsätze zwischen 14 und 41 Prozent mit einem Durchschnittswert von 24,5 Prozent (vgl. vorliegende Studie: 24,8 Prozent). In der Gruppe der über 60-Jährigen betrug der Durchschnittswert 23,5 Prozent (vgl. vorliegende Studie: 36,5 Prozent). Generell ergaben Studien, die objektive und subjektive Parameter kombinierten, niedrigere Prozentsätze als solche, die nur Symptome erfragten.

Über Harninkontinenz beim Mann ist bisher nicht allzu viel publiziert worden. Ähnliche Daten wie in der vorliegenden Studie wurden erst vor kurzer Zeit in Schweden und Belgien veröffentlicht. MALMSTEN et al.⁷¹ untersuchten unter Zuhilfenahme eines Fragebogens Männer ab dem 45. Lebensjahr und fanden einen linearen Anstieg der Gesamtinkontinenzrate von 3,6 Prozent bei den 45-Jährigen (vgl. vorliegende Studie: 3,9 Prozent) bis zu 28,2 Prozent bei den über 90-Jährigen (vgl. vorliegende Studie: 22,2 Prozent bei über 80-jährigen Männern). SCHULMAN et al.⁷² untersuchten die Prävalenzraten bei 2.499 Männern ab 30 Jahren und beobachteten, dass 5,2 Prozent der Männer Inkontinenzepisoden hatten (vgl. vorliegende Studie: 5,0 Prozent).

6.4.2.2 Einfluss der Harninkontinenz auf Lebensqualität und Sexualeben

Insgesamt gaben 65,7 Prozent der betroffenen Frauen und 58,3 Prozent der inkontinenten Männer an, durch den Harnverlust in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt zu sein. Eine mäßiggradige bis schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität gaben 18,3 Prozent der Frauen und 16,6 Prozent der Männer an. Mehr als ein Drittel aller inkontinenten Frauen (34,3 Prozent) und Männer (41,7 Prozent) negieren jeglichen negativen Einfluss der Harninkontinenz auf die Lebensqualität.

Tabelle 6: Einfluss der Harninkontinenz auf die Lebensqualität nach Geschlecht

Grad der Beeinträchtigung	Frauen	Männer
	in %	
keine	34,3	41,7
leicht	47,4	41,7
mittelgradig bis schwer	18,3	16,6

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Harnstressinkontinenz beeinträchtigt Frauen mehr als Männer: 86,1 Prozent der betroffenen Frauen gegenüber 39,1 Prozent der Männer berichteten über eine derartige Beeinträchtigung. Der Einfluss einer

⁷⁰ HAMPEL, C.; WIENHOLD, D.; BENKEN, N.; EGGERSMANN, C.; THÜROFF, J.W.: Prevalence and natural history of female incontinence. Eur Urol 32 (suppl 2): 3–12, 1997.

⁷¹ MALMSTEN, U.G.H.; MILSOM, I.; MOLANDER, U.; NORLEN, L.J.: Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. J Urol 158: 1733–1737, 1997.

⁷² SCHULMAN, C.; CLAE, S.H.; MATTHIJS, J.: Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. Eur Urol 32: 315–320, 1997.

Dranginkontinenz auf die Lebensqualität war bei beiden Geschlechtern nahezu ident: 62,5 Prozent bei den Frauen und 57,5 Prozent bei den Männern. Eine mäßiggradige oder schwere Beeinträchtigung führten 30,4 Prozent der Frauen und 29,8 Prozent der Männer an.

Über die Beeinträchtigung des Sexuallebens durch die Harninkontinenz wurde nur selten berichtet. So gaben 74,9 Prozent der Frauen und 69,5 Prozent der Männer überhaupt keine Beeinträchtigung an, eine mäßiggradige oder schwere Beeinträchtigung des Sexuallebens beklagten 6,4 Prozent der Frauen und 10,2 Prozent der Männer. Generell bestand eine enge Korrelation zwischen der Beeinträchtigung des Sexuallebens und der Lebensqualität durch die Harninkontinenz.

6.4.2.2.3 Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz

Da im Rahmen dieser Gesundenuntersuchung eine Reihe möglicher Risikofaktoren für eine Harninkontinenz parallel erhoben wurde, untersuchten wir die Assoziation dieser Faktoren zum Auftreten einer Harninkontinenz.

Bei Frauen weisen die Faktoren Lebensalter, Body-Mass-Index, Harndranggefühl und das Gefühl einer unvollständigen Blasenentleerung sowie vorangegangene gynäkologisch-operative Eingriffe die stärksten Zusammenhänge zur Harninkontinenz auf. Von allen erhobenen Laborparametern bestand für den Nüchternblutzucker die höchste Korrelation zur Harninkontinenz.

Bei Männern zeigten sich die höchsten Korrelationen zum Lebensalter, Harndranggefühl, zur Nykturie, zum Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung und zu abgeschwächtem Harnstrahl.

Bei beiden Geschlechtern hatten weder Trink- oder Rauchgewohnheiten noch der Bildungsstand einen Einfluss auf das Auftreten einer Harninkontinenz.

Trotz signifikanter Anstrengungen einer Reihe von Non-Profit-Organisationen, ÄrztInnen und Selbsthilfegruppen in Österreich während der letzten Jahre ist es bemerkenswert, dass derzeit nur 5,1 Prozent der betroffenen Frauen und 16,1 Prozent der inkontinenten Männer in ärztlicher Behandlung stehen. Dieser Umstand zeigt deutlich, dass Harninkontinenz unter betroffenen PatientInnen noch immer tabuisiert wird und ein dringender Bedarf an entsprechender Öffentlichkeitsarbeit besteht.

VII.
GESUNDHEITS-
VERHALTEN

HEALTH BEHAVIOUR

7	GESUNDHEITSVERHALTEN	237
	7.1 Rauchen	238
	7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien	242
	7.2.1 Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke und die Getränkepräferenzen in Wien und in Österreich	243
	7.2.2 Die Wiener Konsumsitten	245
	7.2.3 Die Sterblichkeit an Leberzirrhose	245
	7.2.4 Alkoholunfälle	246
	7.3 Ernährung und Übergewicht	248
	7.3.1 Ernährungssituation der Wiener Bevölkerung	248
	7.3.1.1 Ernährungserhebungen in Wien	249
	7.3.1.2 Erwachsene	250
	7.3.1.3 Kinder und Jugendliche	252
	7.3.1.4 Schwangere und Stillende	252
	7.3.1.5 SeniorInnen	253
	7.3.1.6 Fazit	253
	7.3.2 Übergewicht	254
	7.3.2.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen	255
	7.4 Bewegung und Sport	257
	7.5 Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen	260
	7.5.1 Ergebnisse der Untersuchungen	262
	7.6 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind	265
	7.6.1 Mutter-Kind-Pass/Vorsorgemedizinische Beratungsstellen	265
	7.6.2 Die Wiener Elternberatungsstellen	267
	7.6.3 Perinatalzentren	269

7 GESUNDHEITSVERHALTEN

Da die Ursachen von Krankheit bzw. deren Intensität vielfach umwelt- und lebensstilbedingt sind, bedürfen sie besonderer Aufmerksamkeit. Das Aufzeigen solcher gesundheitsstärkender oder gesundheitsschädigender Faktoren ist Voraussetzung für entsprechende gesundheitspolitische Ansätze.

Gleichzeitig soll aber auch die Aufmerksamkeit auf Risiken und Chancen gelenkt werden, die mit einem bestimmten Verhalten verbunden sind. Damit wird der Hinwendung der Gesundheitspolitik zur Prävention von Krankheiten und Förderung von Gesundheit Rechnung getragen.

Der Begriff **Prävention** umfasst dabei alle Maßnahmen zur Feststellung und Beseitigung von Frühsymptomen für spezifische Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten. Wichtige breitenwirksame Instrumente dieser Präventionsstrategie sind die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen sowie die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

Gesundheitsförderung setzt hingegen noch vor dem Auftreten spezifischer Krankheitssymptome an. Ihr Anliegen ist die Stärkung eines positiven Gesundheitsverhaltens mit dem Ziel, auf eine bewusste Änderung von krankmachenden Lebensweisen hinzuwirken. Grundsätzlich geht es um die Entfaltung des größtmöglichen Gesundheitspotenzials im Sinne von seelischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden. Durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, etc. sollen soziale Fähigkeiten entwickelt und gefördert werden, welche die Menschen zu mehr Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt befähigen. Voraussetzung dafür ist, dass die Menschen sich wieder vermehrt für ihre eigene Gesundheit verantwortlich fühlen.⁷³

In diesem Abschnitt werden neben den am verbreitetsten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, dem Rauchen und Alkoholgenuss, auch die Themen Ernährung und Bewegung/Sport dargestellt. Sie sollen Anstöße zu stärkerem Bewusstsein, Verhaltensänderung sowie die Grundlage für gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen liefern.

⁷³ In diesem Zusammenhang sei auf die 1986 verabschiedete, heute aber noch immer gültige „**Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**“ hingewiesen. Sie definiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, durch den allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit bzw. über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglicht wird; dadurch sollen die Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden. Gesundheit wird hier in einem sehr umfassenden Sinn als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden.

7.1 Rauchen

Zusammenfassung

Laut Mikrozensus-Erhebung 1997 rauchen 41 Prozent der Wiener und 29 Prozent der Wienerinnen, der Großteil davon täglich. Zwischen 1986 und 1997 kam es in Wien zu einem leichten Rückgang der RaucherInnen (von 37 auf 35 Prozent).

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist in Wien der Anteil der RaucherInnen am höchsten.

Einen extrem hohen Anteil an Rauchern findet man bei Männern mit niedrigen Schulabschlüssen und bei Arbeitslosen. Frauen rauchen besonders häufig, wenn sie keinen Pflichtschulabschluss haben bzw. eine hochschulverwandte Lehranstalt absolviert haben, ebenso arbeitslose Frauen.

Summary: Smoking

According to the microcensus of 1997, 41 percent of Viennese men and 29 percent of women are smokers, most of them smoke every day. Between 1986 and 1997, a marginal drop in the number of smokers was noted in Vienna (from 37 to 35 percent).

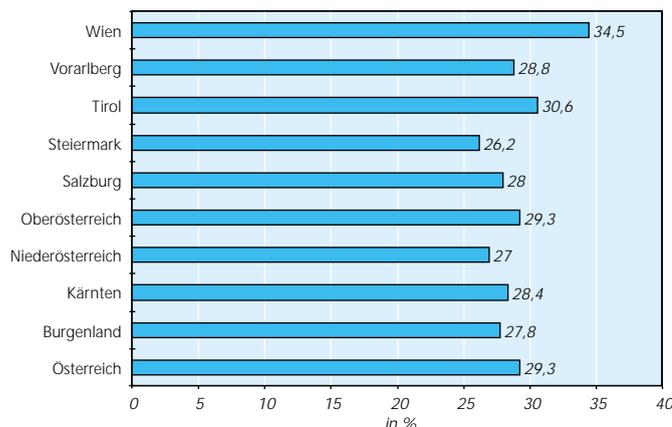
The percentage of smokers is higher in Vienna than it is in the other provinces of Austria.

Smoking is most widespread among men with lower education school leaving certificates and unemployed men. Women most likely to take up smoking are those who have not completed compulsory schooling or who have completed a university-type educational institution as well as those without employment.

In **Österreich** rauchen derzeit knapp 30 Prozent der Bevölkerung, wobei zahlenmäßig noch immer die Männer (36 Prozent) gegenüber den Frauen (23 Prozent) überwiegen. In den letzten Jahrzehnten nahm jedoch der Anteil der rauchenden Frauen zu, jener der rauchenden Männer ist aber rückläufig.

Der **Bundesländervergleich** zeigt, dass Wien den höchsten Raucheranteil aufweist (35 Prozent), gefolgt von Tirol (31 Prozent) und Oberösterreich (29 Prozent). Die Bundesländer mit den niedrigsten Raucheranteilen sind die Steiermark (26 Prozent) und Niederösterreich (27 Prozent).

Grafik 1: RaucherInnenanteil nach Bundesländern, 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

Nach einem Bericht der WHO⁷⁴ rauchen in Österreich 15-jährige Mädchen bereits öfter als gleichaltrige Burschen: Einen täglichen Konsum von Zigaretten geben 26 Prozent der Schülerinnen, aber „nur“ 20 Prozent der Schüler an (siehe auch Kap. 5.3).

Im Dezember 1997 wurde im Rahmen der Mikrozensususerhebungen ein Sonderprogramm zum Thema „Rauchgewohnheiten“ durchgeführt. Die Ergebnisse für **Wien** werden im Folgenden kurz zusammengefasst.⁷⁵

Der **Raucheranteil** der über 16-Jährigen liegt in Wien bei den Männern bei 41 Prozent, bei den Frauen bei 29 Prozent. 80–90 Prozent der RaucherInnen rauchen täglich.

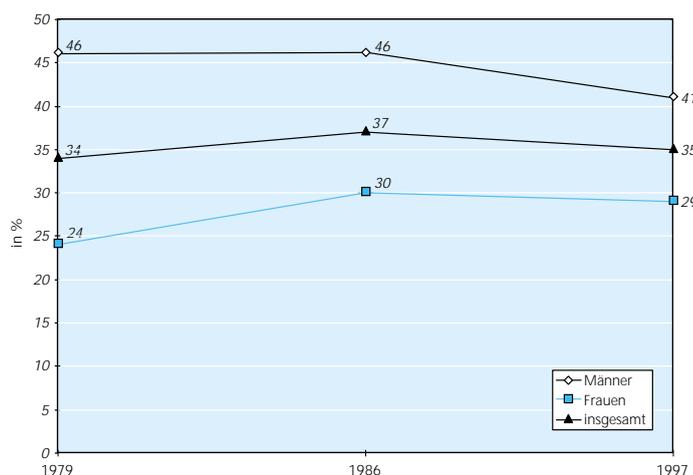
Tabelle 1: Raucherstatus und Raucherfrequenz nach Geschlecht, Wien 1997

	insgesamt	Männer	Frauen
	in %	in %	in %
Raucherstatus			
Ex-RaucherInnen	19,6	23,6	16,0
echte NichtraucherInnen	46,0	35,9	54,8
RaucherInnen	34,5	40,6	29,2
Raucherfrequenz			
täglich	86,3	88,5	83,6
regelmäßig, aber nicht täglich	3,5	3,2	4,0
gelegentlich	10,2	8,4	12,4

Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

In den letzten beiden Jahrzehnten kam es in Wien zu folgender **Entwicklung**: Der Anteil der **männlichen Raucher** blieb zwischen 1979 und 1986 konstant (46 Prozent), danach erfolgte bis 1997 ein Rückgang um fünf Prozentpunkte. Bei den Wiener Frauen hingegen stieg der Anteil der Raucherinnen in den Jahren 1979–1986 von 24 Prozent auf 30 Prozent an, zwischen 1986 und 1997 kam es dann zu einem leichten Rückgang von einem Prozentpunkt. **Insgesamt** ging der Anteil der RaucherInnen zwischen 1986 und 1997 von 37 auf 35 Prozent zurück.

Grafik 2: Anteil der RaucherInnen, Wien 1979, 1986 und 1997



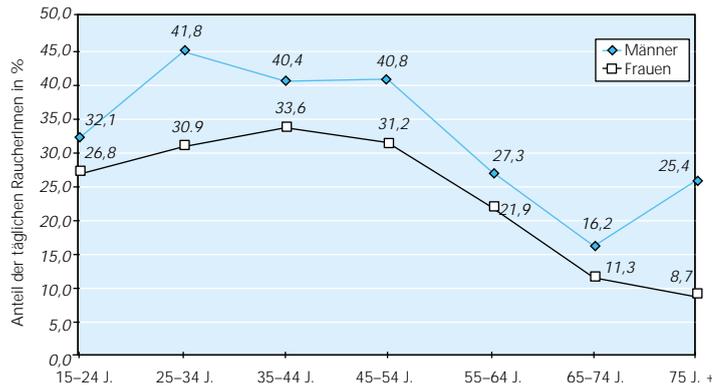
Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

⁷⁴ WHO: Health and health behaviour among young people. Copenhagen 2000.

⁷⁵ Siehe dazu auch Artikel „Rauchgewohnheiten: Ergebnisse des Mikrozensus 1997“ von Mag. Jeannette LANGGASSNER in: ÖSTAT (Hrsg.): Statistische Nachrichten, Heft 5/1999.

Der höchste Anteil der **täglichen Raucher** ist bei den **Männern** in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen zu finden. Noch immer sehr hoch ist aber auch der Anteil in den beiden folgenden Altersgruppen (35–44 und 45–54 Jahre). Erst dann ist ein deutlicher Rückgang der Raucherquoten festzustellen. Bei den **Frauen** verläuft die Alterskurve etwas flacher. Den höchsten Anteil der täglichen Raucherinnen (wenngleich weniger stark ausgeprägt als bei den Männern) hat die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Ebenso wie bei den Männern sinkt auch bei den Frauen die Raucherquote deutlich ab etwa 54 Jahren (vgl. Grafik).

Grafik 3: Raucherstatus in Wien nach Alter: tägliche RaucherInnen, 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

Die Aufschlüsselung der Daten nach der **Höhe der Schulbildung** zeigt, dass bei der über 14-jährigen **männlichen** Wiener Bevölkerung der Anteil der Raucher mit zunehmender Höhe der Schulbildung abnimmt. So rauchen z. B. 46 Prozent der Pflichtschulabsolventen, aber nur 27 Prozent der Männer mit Universitäts- oder Hochschulabschluss.

Im Gegensatz zu den Wiener Männern lässt sich bei den Wiener **Frauen** kein eindeutiger Anstieg des Rauchverhaltens mit abnehmendem Bildungsniveau erkennen. Am häufigsten rauchen Frauen ohne Pflichtschulabschluss (36 Prozent) und Absolventinnen von hochschulverwandten Lehranstalten (35 Prozent), am wenigsten oft Frauen mit Universitäts- oder Hochschulabschluss (24 Prozent) sowie Absolventinnen einer AHS (25 Prozent). Aber auch bei Pflichtschulabsolventinnen liegt der diesbezügliche Wert relativ niedrig (26 Prozent).

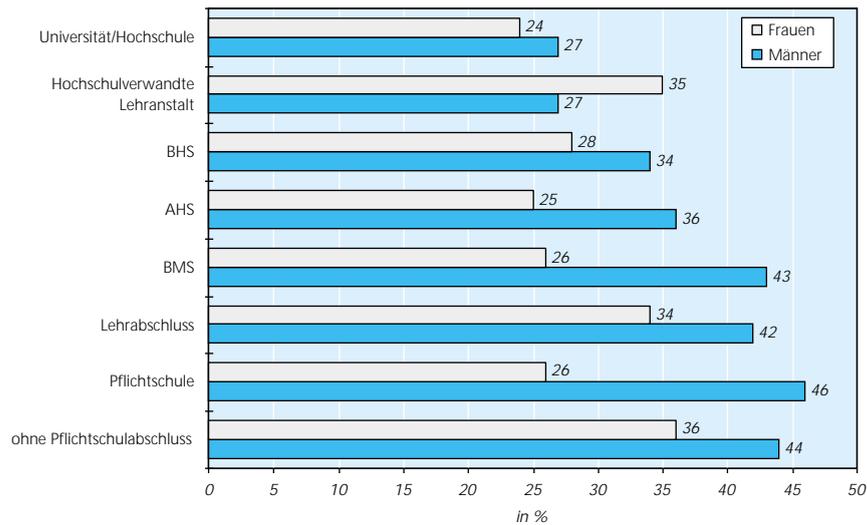
Wird das Rauchverhalten der über 14-jährigen Wiener Bevölkerung nach dem **Erwerbsstatus** analysiert, lässt sich ersehen, dass bei beiden Geschlechtern Arbeitslose den höchsten Anteil an Rauchern haben (Männer: 54 Prozent; Frauen: 48 Prozent), gefolgt von Erwerbstätigen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen liegen diese Werte bei PensionistInnen am niedrigsten.

Die **gesundheitlichen Gefahren des Rauchens** werden in der öffentlichen Meinung vielfach nur mit dem Lungenkrebs gleichgesetzt. Die gesundheitlichen Folgeschäden des Zigarettenkonsums sind jedoch weitreichender:

- höheres Karzinomrisiko (Lunge, Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Zunge, Lippen, Magen-Darm-Trakt, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Niere),
- höheres Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall,
- Belastungen des Atemsystems (erhöhte Infektionsgefahr und Hustenanfälle),
- Beinamputationen („Raucherbein“),
- negative Veränderung des Lipidprofils (Cholesterinspiegel),
- höheres Narkoserisiko bei operativen Eingriffen,
- vorzeitiger Alterungsprozess (Haut, Haare),
- Männer: Reduktion der Spermienzahl und der Spermienbeweglichkeit, höhere Rate an schadhafte Spermien.

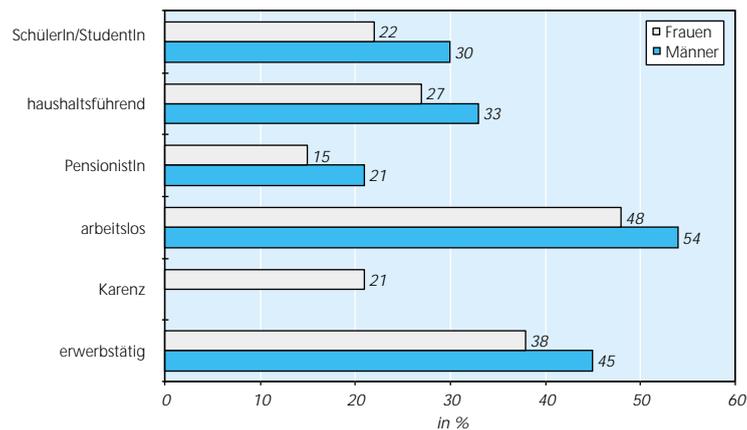
- Frauen: Zyklusstörungen, Gelenksbeschwerden, vorzeitiger Alterungsprozess, unerfüllter Kinderwunsch, höhere Rate an Früh- und Fehlgeburten, höhere Rate an kindlichen Todesfällen, Komplikationen im Wochenbett (Störungen der Wundheilung und der Milchproduktion), in Kombination mit der Anti-Baby-Pille erhöhtes Thromboserisiko, erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs.
- Es wird angenommen, dass Rauchen zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um durchschnittlich 12,3 Prozent bzw. zehn Jahre führt.

Grafik 4: Anteil der RaucherInnen nach Höhe des Schulabschlusses, Wien 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997; ÖBIG-Berechnungen, eigene Berechnungen

Grafik 5: Anteil der RaucherInnen nach Erwerbsstatus, Wien 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997; ÖBIG-Berechnungen, eigene Berechnungen

7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien

Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut, Wien

Zusammenfassung

Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum (reiner Alkohol) der ÖsterreicherInnen nahm seit den 50er Jahren um rund 70 Prozent zu. Dieser Anstieg wurde zwar in den 70er Jahren gestoppt (danach stagnierte der Alkoholverbrauch und ist seit Beginn der 90er Jahre geringfügig rückläufig), dennoch ist der Alkoholkonsum in Österreich im internationalen Vergleich als sehr hoch zu beurteilen.

Das alkoholische Hauptgetränk der ÖsterreicherInnen ist Bier, jenes der WienerInnen Wein.

In den Suchtmittelstudien des Wiener Drogenkoordinators aus den Jahren 1993, 1995, 1997 und 1999 erscheinen die Wiener Trinksitten als sehr konstant, wenn auch alters- und geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt: Jeweils 13–15 Prozent der WienerInnen tranken täglich (ein ähnlicher Anteil im Übrigen, wie in den Studien der 70er und 80er Jahre), die Männer gaben weit häufiger als die Frauen an, regelmäßig zu trinken und je älter sie wurden, desto häufiger tranken sie: die 30- bis 50-Jährigen häufiger als die unter 30-Jährigen, die 50- bis 60-Jährigen häufiger als die unter 50-Jährigen. Der Alkoholkonsum wird mit steigender Bildung und steigendem Einkommen häufiger.

Analog zum Alkoholverbrauch entwickelten sich die Todesfälle durch Leberzirrhose und Alkoholunfälle: Nach starken Zunahmen in den 70er und frühen 80er Jahren erfolgten danach mehr (Alkoholunfälle) oder weniger (Leberzirrhose) starke Abnahmen. Aber auch bei diesen Folgen des Alkoholmissbrauchs weisen sowohl Österreich als auch Wien im internationalen Vergleich sehr hohe Werte auf.

Summary: Alcohol consumption and alcohol-related problems in vienna

Per capita alcohol consumption (pure alcohol) in Austria went up by approximately 70 percent from the 1950s onwards. This upwards trend came to a halt in the 1970s, alcohol consumption stagnated and has even gone down marginally since the early 1990s. Nevertheless, it is still extremely high compared to that in other countries.

Beer is rated Austria's favourite alcoholic drink, while most Viennese prefer wine.

The studies on addictive substances carried out by the Vienna Drug Co-ordination Office in 1993, 1995, 1997 and 1999 found Viennese drinking habits to have remained fairly consistent, although age and gender differences are quite noticeable: 13 to 15 percent of all Viennese consume alcohol on a daily basis (a similar percentage to that registered in the 1970s and 1980s), fewer men than women claim to consume alcohol regularly, however, drinking frequency increases with age: 30 to 50 year olds consume alcohol more frequently than those below 30, 50 to 60 year olds more frequently than those below 50. Consumption frequency goes up with the level of education and income.

The number of deaths caused by cirrhosis of the liver or by alcohol-induced accidents has developed accordingly. The sharp rise registered in the 1970s and early 1980s was followed by a more (alcohol-induced accidents) or less (cirrhosis of the liver) noticeable drop. However, with these figures, too, Austria and Vienna do not compare favourably to other countries.

Die folgenden Seiten konzentrieren sich auf ausgesuchte Themen. Der Darstellung der Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums an alkoholischen Getränken seit dem Zweiten Weltkrieg in Österreich, der Entwicklungen der Getränkepräferenzen und der Trinksitten in Wien folgt eine Diskussion der bekanntesten und

bestdokumentierten negativen Folgen des Alkoholkonsums: der Sterblichkeit an Leberzirrhose, die auf starken, langfristigen Alkoholkonsum verweist und den so genannten „Alkoholunfällen“, die auf akute Berausung und gleichzeitiges risikoreiches Verhalten verweisen.

7.2.1 Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke und die Getränkepräferenzen in Wien und in Österreich

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von Bier, Wein und Spirituosen in Litern der jeweiligen Getränkeart, sowie in Litern reinen Alkohols. Ersichtlich wird, dass sich der Bierverbrauch der durchschnittlichen ÖsterreicherInnen seit den 50er Jahren fast verdoppelte, dass sich der Weinverbrauch etwas mehr als verdoppelte, und dass der Spirituosenkonsum deutlich abnahm. Die geschilderte Entwicklung bildet sich auch im zweiten Teil der Tabelle ab, wo die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums an Bier, Wein und Spirituosen in Litern reinen Alkohols dargestellt wird. Hier lässt sich jedoch auch errechnen, dass der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol insgesamt seit den 50er Jahren um rund 70 Prozent gestiegen ist. Ersichtlich wird des Weiteren, dass der Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol nach dem Zweiten Weltkrieg in den 70er Jahren beendet war, dass er in der Folge rund 20 Jahre stagnierte und in den 90er Jahren leicht zu sinken begann. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in allen Industrieländern beobachten. Anzumerken bleibt, dass Österreich in der „Weltrangliste“ traditionell einen der vordersten Plätze einnimmt.⁷⁶

Tabelle 2 zeigt auch, dass in Österreich Bier das meist konsumierte Getränk ist: In Litern des Getränks, wie auch in Litern reinen Alkohols in Form von Bier oder Wein genossen, liegt Bier vor Wein. Und Bier gewinnt auch an Beliebtheit: Lag der Anteil von reinem Alkohol in Form von Bier konsumiert in den 50er Jahren noch unter der Hälfte des Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol, stieg er in den 80er Jahren auf über 50 Prozent. Auch dieser Trend ist international zu beobachten; in Österreich hat ihn der Weinskandal von 1985 gefördert.⁷⁷

Aber Wien trinkt nicht wie Österreich, Wien trinkt anders. Leider fehlen systematische Studien darüber, wie Wien im Unterschied zu Österreich trinkt und wie sich der Pro-Kopf-Konsum und die Getränkepräferenzen in der Bundeshauptstadt entwickelt haben. Anhand des bis 1994 vom Bundesministerium für Finanzen ausgewiesenen regionalen „Bierabsatzes“ lassen sich jedoch begründete Vermutungen aufstellen: Die in der Tabelle 3 dargestellten Zahlen zeigen, dass Wien und das Burgenland die Bundesländer mit dem niedrigsten Bierkonsum sind, Salzburg und seit den 70er Jahren Tirol jene mit dem höchsten: In Salzburg und Tirol wird seit den 70er Jahren pro Kopf mehr als die doppelte Menge an Bier getrunken wie in Wien und im Burgenland.

Vermutlich wird in Wien und in den anderen Weinbauländern (Burgenland, Niederösterreich und Steiermark) jedoch mehr, und vor allem mehr Wein getrunken als in den westlichen Bundesländern – darauf verweisen verschiedenste Quellen.⁷⁸ Geht man davon aus, dass der Alkoholkonsum der WienerInnen nicht unter jenem aller ÖsterreicherInnen liegt, lässt sich aus den vorhandenen Zahlen grob kalkulieren, dass die durchschnittlichen WienerInnen ein Drittel des reinen Alkohols in Form von Bier zu sich nehmen und etwa die Hälfte in Form von Wein. In Tirol und Salzburg hingegen werden zwei Drittel bis drei Viertel des reinen Alkohols in Form von Bier konsumiert und weniger als ein Fünftel in Form von Wein. Wien und der Wein gehören also nicht nur im Lied zusammen. Ob die Wiener Trinksitten der Gesundheit auch bekömmlich sind, ist eine andere Frage, der in zwei weiteren Abschnitten nachgegangen werden wird. Zuerst aber werden die Wiener Trinksitten noch im Lichte epidemiologischer Studien betrachtet.

⁷⁶ HURST, W.; GREGORY, E.; GUSSMAN, T.: Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies, Brewers Association of Canada, Ontario, 1997.

⁷⁷ EISENBACH-STANGL, I.: Der österreichische Weinskandal von 1985 und seine Folgen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 4, 1992.

⁷⁸ BLASCHKE, S.; MÜLLER, K.H.; SCHIENSTOCK, G.: Sozialer Survey 1993, Bereich Gesundheit, Teil I. Institut für Höhere Studien, Wien 1993.

UHL, A.; SPRINGER, A.: Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Unveröffentlichtes Manuskript. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien 1996.

Tabelle 2: Der Pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken in Litern¹⁾, in Litern reinen Alkohols²⁾; in Prozent des Gesamtverbrauchs an reinem Alkohol pro Kopf; Durchschnittswerte für jeweils fünf Jahre, Österreich

	1955	1965	1975	1985	1995
Pro-Kopf-Konsum in Litern					
Bier	61,5	94,0	105,0	112,2	115,2
Wein	13,8	26,4	35,9	35,0	31,4
Spirituosen	5,1	5,8	5,3	4,3	4,4
Pro-Kopf-Konsum in Litern reinen Alkohols					
Bier	3,1	4,7	5,3	5,6	5,8
Wein	1,5	2,9	3,9	3,9	3,5
Spirituosen	1,8	2,0	1,9	1,5	1,5
reiner Alkohol insgesamt	6,4	9,6	11,1	11,0	10,8
Anteil am Gesamtverbrauch an reinem Alkohol (in %)					
Bier	48	49	48	51	54
Wein	23	30	35	35	32
Spirituosen	28	21	17	14	14

- ¹⁾ Die Daten für Bier aus den 50er Jahren stammen aus den „Ernährungsbilanzen“ des ÖSTERREICHISCHEN STATISTISCHEN ZENTRALAMTS. Danach wurden sie vom Verband der Brauereien übernommen, der alkoholfreies Bier bei seinen Kalkulationen nicht berücksichtigt. Die Daten für Wein stammen bis 1969 aus den „Ernährungsbilanzen“, seither aus den genaueren „Weinbilanzen“ des Statistischen Zentralamtes (nun STATISTIK ÖSTERREICH). Die Daten für die Spirituosen werden vom Verband der Spirituosenindustrie kalkuliert. Es ist davon auszugehen, dass die offiziellen Angaben über die agrarischen Produkte Wein und Spirituosen, die aus Produktions-, Import- und Exportziffern errechnet werden, den „wirklichen Gebrauch“ unterschätzen. Und es ist auch zu bedenken, dass Österreich einerseits ein Land mit einem außerordentlich großen Fremdenverkehrssektor ist, andererseits aber ÖsterreicherInnen in zunehmendem Maße ins Ausland reisen und alkoholische Getränke privat importieren: Vor allem letzteres wurde durch den Beitritt zum EWR und zur EU erleichtert.
- ²⁾ Gemäß Empfehlungen des Instituts für Getränkeanalytik wurde der Alkoholgehalt des Bieres mit fünf Prozent, jener des Weins mit elf Prozent kalkuliert. Der Verband der Spirituosenindustrie errechnet einen durchschnittlichen Alkoholgehalt von 35 Prozent. Zu bedenken ist, dass sich der Alkoholgehalt aller Getränke seit 1945 laufend verändert hat – und vermutlich gestiegen ist.

Quelle: Ernährungs- und Weinbilanzen der Statistik Österreich; Verband der Brauereien; Verband der Spirituosenindustrie; eigene Berechnungen

Tabelle 3: Der Pro-Kopf-Konsum an Litern Bier in den Bundesländern und in Österreich; 1955, 1965, 1975, 1985, 1994¹⁾

Bundesland	1955	1965	1975	1985	1994
Wien	49	69	72	79	75
Burgenland	34	63	64	79	78
Niederösterreich	49	76	81	89	118
Steiermark	60	87	90	112	116
Vorarlberg	65	109	116	122	119
Oberösterreich	78	110	117	121	122
Kärnten	62	108	122	146	145
Salzburg	101	147	162	157	166
Tirol	58	110	147	169	166
Österreich	59	91	99	112	107

- ¹⁾ 1994 ist das letzte Jahr, in dem der regionale Bierabsatz für steuerliche Zwecke vom Verband der Brauereien kalkuliert wurde.

Quelle: Statisches Handbuch der Republik Österreich; eigene Berechnungen

7.2.2 Die Wiener Konsumsitten

In Studien aus den 70er und 80er Jahren wurde Wien als Land mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Abstinente(n) und seltenen Trinkern (maximal einmal pro Woche), mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von häufigen Trinkern (mehr als fünfmal pro Woche) und mit einem Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol weit über dem österreichischen Durchschnitt ausgewiesen: Wenige also schienen sehr viel zu trinken. Und Frauen schienen vergleichsweise gut in die Trinkgewohnheiten integriert.⁷⁹

Die Studien der 90er Jahre zeichnen kein sehr anderes Bild: In den Suchtmittelstudien des Wiener Drogenkoordinators aus den Jahren 1993, 1995, 1997 und 1999 erscheinen die Wiener Trinksitten als sehr konstant, wenn auch alters- und geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt: Jeweils 13 bis 15 Prozent der WienerInnen tranken täglich (ein ähnlicher Anteil im Übrigen wie in den Studien der 70er und 80er Jahre), die Männer gaben weit häufiger als die Frauen an, regelmäßig zu trinken und je älter sie wurden, desto häufiger tranken sie: die 30- bis 50-Jährigen häufiger als die unter 30-Jährigen, die 50- bis 60-Jährigen häufiger als die unter 50-Jährigen. Denselben Studien ist jedoch auch zu entnehmen, dass die WienerInnen die Risiken des häufigen und intensiven Alkoholkonsums sehr wohl anerkennen: So stimmten zum Beispiel mehr als drei Viertel der Befragten der Aussage zu: „Drei Flaschen Bier täglich oder drei Viertel Wein bewirken auf Dauer eine deutliche Gesundheitsschädigung.“ Sie stimmten zu, obwohl sie gleichzeitig nach den Konsumrisiken illegaler Drogen und diverser Psychopharmaka befragt wurden. Die alkoholischen Getränke wurden also nicht verharmlost, wenn auch der Anteil jener, welcher der zitierten Aussage zustimmte, zwischen 1993 und 1999 von 82 auf 77 Prozent leicht zurückging.

Der „Soziale Survey“ aus dem Jahr 1993 (BLASCHKE, 1993) und eine IFES Studie aus dem Jahr 1995⁸⁰ unterstützen die Vermutung, dass Wien ein Bundesland mit überdurchschnittlichem Alkoholkonsum ist und dass die etwa 50- bis 60-jährigen männlichen Wiener jene Altersgruppe sind, die am häufigsten trinkt. Beide verweisen auf die Tendenz, dass der Alkoholkonsum mit steigender Bildung und steigendem Einkommen häufiger zu werden scheint.

7.2.3 Die Sterblichkeit an Leberzirrhose

Die Leberzirrhosesterblichkeit hängt vor allem mit der Dauer und dem Ausmaß des Alkoholkonsums (und weniger mit den Trinkgewohnheiten, so wie zum Beispiel die unten behandelten Alkoholunfälle) zusammen.⁸¹ Sie steigt kontinuierlich mit dem Alter an. Tabelle 4 zeigt, dass die Leberzirrhosesterblichkeit in Wien wie auch in Österreich bis Anfang der 70er Jahre zugenommen hat, dass sie in den folgenden Jahren 10–15 Jahren stagnierte und in der zweiten Hälfte der 80er Jahre zu fallen begann – in Wien stärker als in Österreich insgesamt. Die Leberzirrhosesterblichkeit folgt also in etwa der Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums und sie verweist auf einen stärkeren Rückgang des Alkoholverbrauchs in Wien als in ganz Österreich. Zu bedenken ist freilich, dass die Großstadt Wien über ein weitgespannteres und diversifizierteres Behandlungsnetz für Alkoholranke und an alkoholbezogenen Krankheiten Leidende verfügt als die anderen Bundesländer und dass ein gutes Behandlungsangebot die „Naturgeschichte“ alkoholbezogener Krankheiten aller Art zu unterbrechen vermag. Der Rückgang des Alkoholkonsums, aber auch die Zunahme der Behandlungen können den relativ starken Rückgang der Leberzirrhosesterblichkeit in Wien seit dem Anfang der 80er Jahre erklären.

⁷⁹ EISENBACH-STANGL, I.: Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich, 1918–1984. Campus Verlag, Frankfurt 1991.

⁸⁰ IFES: Leben in Wien, Studie aus dem Jahr 1995.

⁸¹ GREDLER, B.; KUNZE, M.; SCHÖBERBERGER, R.: Trinkgewohnheiten, Wissen und Einstellungen der Österreicher zum Thema Alkoholkonsum – Schlussfolgerungen für die Gesundheitserziehung. In: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 3, 1982.

Tabelle 4: Die Sterblichkeit an Leberzirrhose in Wien und in Österreich, auf 100 000 EW der entsprechenden Bevölkerung, Mittelwerte für jeweils fünf Jahre

Jahr	Wien	Österreich
1961–64	34	23
1965–69	39	29
1970–74	43	31
1975–79	42	31
1980–84	35	30
1985–89	31	28
1990–94	30	28
1995–99	28	24

Quelle: Daten der Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Tabelle 4 zeigt freilich auch, dass Wien bei der Leberzirrhosesterblichkeit – wie vermutlich auch beim Pro-Kopf-Konsum – stets über dem österreichischem Durchschnitt liegt, dass es sich diesem jedoch sukzessive annähert. Anzumerken bleibt, dass der österreichische Durchschnitt international betrachtet bisher stets für einen der vordersten Plätze auf der Weltrangliste dieser Art von Toden sorgt: bei den Männern noch stärker als bei den Frauen.

7.2.4 Alkoholunfälle

Alkoholunfälle werden jene Straßenverkehrsunfälle genannt, bei welchen zumindest ein Beteiligter alkoholisiert war, das heißt mehr getrunken hatte, als es der Gesetzgeber erlaubt. Die Statistik über die Alkoholunfälle wird seit 1961 geführt, dem Jahr in dem erstmals eine Promillegrenze Gültigkeit erlangte. 1998 wurde diese von 0,8 Promille auf 0,5 Promille herabgesetzt. Unter den alkoholisierten Beteiligten finden sich konstant über mehr als die Hälfte unter 34-jährige Männer, dasselbe gilt für die Verunglückten. Dies zeigt, dass die Alkoholunfälle ein alkoholbezogenes Gesundheitsproblem darstellen, das sich deutlich von der Leberzirrhosesterblichkeit (und anderen hier nicht behandelten) alkoholbezogenen Krankheiten unterscheidet: Bei den Alkoholunfällen handelt es sich um risikoreiches Verhalten, das in erster Linie mit akuter Berausung und nicht mit langfristigem und starkem Konsum verbunden ist. Rein quantitativ betrachtet stellen alkoholbezogene Krankheiten ein größeres Problem dar als das alkoholbezogene Unfallgeschehen und dies ist in erster Linie auf die – sozial integrierten, aber mit starkem Konsum verbundenen – österreichischen Trinkgewohnheiten zurückzuführen.

Tabelle 5 zeigt, dass die Zahl der Alkoholunfälle pro Wohnbevölkerung (und auch in absoluten Zahlen) in Wien bis in die erste Hälfte der 80er Jahre und in Österreich bis in die erste Hälfte der 70er Jahre gestiegen und seither kräftig gefallen ist. Die Entwicklung der Alkoholunfälle folgt der Entwicklung der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, deren Rückgang mit der steigenden Verkehrsdichte,⁸² aber wohl auch mit dem Ausbau des Straßennetzes und der Zunahme von Ge- und Verboten im Straßenverkehr zu erklären ist. Der in Wien später stattfindende Rückgang könnte auf die Besonderheiten großstädtischen Verkehrs zurückgeführt werden.

Rückgängig ist jedoch auch der Anteil der Alkoholunfälle an allen Verkehrsunfällen mit Personenschaden: Er fiel in Wien von rund sieben Prozent zwischen 1970 und 1985 auf rund fünf Prozent in den 90er Jahren, in Österreich von rund neun Prozent in den 70er Jahren auf rund sechs Prozent in den 90er Jahren. Dies könnte darauf verweisen, dass sich die Konsumgewohnheiten der ÖsterreicherInnen seit den 70er Jahren verändert haben – dass sie zumindest einzelne Trinkrisiken besser einzuschätzen lernten. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass der Pro-Kopf-Konsum seit den 70er Jahren stagniert und dass es durchaus plausibel wäre anzunehmen, dass sich bei stagnierendem Konsum andere Trinkgewohnheiten ausbilden als bei steigendem Konsum.

⁸² Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.): Straßenverkehrssicherheit im Jahre 1997; Wien 1998.

Tabelle 5: Alkoholunfälle, hierbei Verunglückte und davon Gestorbene¹⁾ auf 100.000 EW der Wohnbevölkerung, Durchschnittswerte für jeweils fünf Jahre

Jahre	Alkoholunfälle		Verunglückte		Tote	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien
1961–64	54,1	30,3	79,1	43,1	4,3	1,4
1965–69	58,8	28,9	88,1	41,9	4,6	1,4
1970–74	61,9	30,6	96,3	47,1	5,0	1,3
1975–79	54,4	31,4	84,6	45,9	4,1	1,0
1980–84	54,5	34,0	84,3	50,8	3,2	1,0
1985–89	43,3	28,8	66,3	41,6	2,2	0,5
1990–94	36,8	21,0	53,9	31,3	1,5	0,4
1995–99	30,6	16,8	44,5	24,2	1,2	0,2

- 1) Vor 1966 und nach 1992 wurden jene als Verkehrstote gezählt, die in einem Zeitraum von 30 Tagen nach dem Unfall verstarben. Dazwischen wurde nur ein Zeitraum von drei Tagen berücksichtigt. Zu bedenken ist auch, dass auf Grund der gesenkten Promillegrenzen seit 1998 mehr Unfälle als Alkoholunfälle gelten.

Quelle: Datenmaterial der Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Die Anzahl der Alkoholunfälle in Wien liegt unter jener in Gesamtösterreich – gemessen an der Wohnbevölkerung (siehe Tabelle 5) wie auch gemessen an ihrem Anteil an allen Verkehrsunfällen mit Personenschaden. Eine Erklärung hierfür ist sicherlich darin zu suchen, dass „Trink-“ und Wohnort in der Großstadt näher beieinander liegen und dass es öffentliche Verkehrsmittel bis spät in die Nacht oder wie neuerdings auch während der Nacht gibt.

Alkoholunfälle sind gefährlicher als Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden insgesamt. Die Zahl der Verunglückten ist höher und es sterben deutlich mehr der Verunglückten. Tabelle 5 zeigt jedoch, dass auch die relative Gefährlichkeit der Alkoholunfälle seit Beginn der 70er Jahre in Wien wie in Österreich abnimmt: Starben in der ersten Hälfte der 70er Jahre in Wien durchschnittlich 21 Personen pro Jahr durch Alkoholunfälle (Österreich: 377), waren es in der zweiten Hälfte der 90er Jahre nur mehr vier (Österreich: 93). Die Zahlen zeigen gleichzeitig, dass die Alkoholunfälle in Wien auch weniger gefährlich sind als in Österreich insgesamt, wenn die Gefährlichkeit an den Verkehrstoten pro Wohnbevölkerung gemessen wird. Hierbei ist wiederum an die besonderen Verkehrsbedingungen einer Großstadt zu denken, die unter anderem geringere Geschwindigkeiten zulassen.

Der absolute wie relative kontinuierliche Rückgang der Alkoholunfälle in Wien seit Mitte der 80er Jahre – sowie in Österreich bereits seit Mitte der 70er Jahre – ist also auf vielfältige Ursachen zurückzuführen: veränderte Verkehrsbedingungen, vermutlich veränderte Konsumgewohnheiten und eine möglicherweise veränderte Koppelung von Fahren und Trinken, nicht zuletzt stimuliert durch neue Transportangebote. Festzuhalten bleibt, dass die Veränderung der personenbezogenen Kontrollen – der flächendeckende Einsatz des „Alkomaten“ im Jahr 1988 sowie die Herabsetzung der Promillegrenze im Jahr 1998 und ihre Überprüfung – nicht maßgeblich zu diesem Rückgang beigetragen haben dürften: Im Jahr ihrer Einführung sanken die Alkoholunfälle zwar deutlicher als in den Jahren zuvor, schnellten im nächsten jedoch wieder hinauf, um dann langsam wieder in ihre fast „natürlich“ anmutende Bahn des steten Rückgangs einzumünden.⁸³

Festzuhalten bleibt freilich auch, dass Wien und Österreich zwar internationalen Entwicklungen folgen, aber beim Rückgang von Straßenverkehrsunfällen bisher nur im „Mittelfeld Europas“ liegen und dass daher ausreichend zu tun bleibt. Die jungen Männer sind auch immer wieder von neuem und mit möglichst immer neuen Mitteln von Risikofahrten im Zusammenhang mit Risikotrinken abzuhalten.

⁸³ EISENBACH-STANGL, I.: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Alkoholpolitik. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1–2, 1991.

7.3 Ernährung und Übergewicht

7.3.1 Ernährungssituation der Wiener Bevölkerung

Univ.-Prof. Dr. Ibrahim ELMADFA
Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien

Zusammenfassung

Die WienerInnen überschreiten – mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen – bei der Aufnahme von Fett, Eiweiß und Cholesterin klar die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Hingegen liegen die Kohlehydrat- und Ballaststoffaufnahmen bei allen Bevölkerungsgruppen (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, SeniorInnen, Schwangere, Stillende) unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Bei der Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen werden großteils die Empfehlungen nicht erreicht und z. T. weit unterschritten.

Hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten zeigt sich, dass Frauen einen höheren Trend zur Aufnahme pflanzlicher Lebensmittel aufweisen, Männer bevorzugen eindeutig Fleisch. Verbesserungswürdig sind – bei Männern und Frauen – sowohl die Aufnahme von Fisch, Getreide und Getreideprodukten, als auch der Obst- und Gemüsekonsum und der Fettverzehr.

Die Beurteilung der Getränkeaufnahme lässt ebenfalls ein ungünstiges Verhalten erkennen: Bei Erwachsenen überwiegt der Tee- und Kaffeekonsum mengenmäßig gegenüber dem Anteil an antialkoholischen Getränken. Generell ist die Flüssigkeitsaufnahme zu gering.

Summary: Nutrition in Vienna

With the exception of children and young adults, Viennese in general take in considerably higher levels of fat, protein and cholesterol than recommended by the German Nutrition Association (DGE). Carbohydrate and fibre intake, on the other hand, is below desirable levels with all population groups (children/young adults, adults, senior citizens, pregnant and breast-feeding women). Likewise, intake of vitamins and minerals is found to be lower, and in some cases well below the recommended amounts. Surveys of eating habits have shown that women tend to consume more vegetables while men definitely prefer meat. It is suggested that both men and women increase their intake of fish, grains and grain products, fruit and vegetables and become more conscious of the effects of fats.

Intake of fluids also shows lack of judgement on the part of adults: tea and coffee are given preference over soft drinks and fluid intake in general is below recommended quantities.

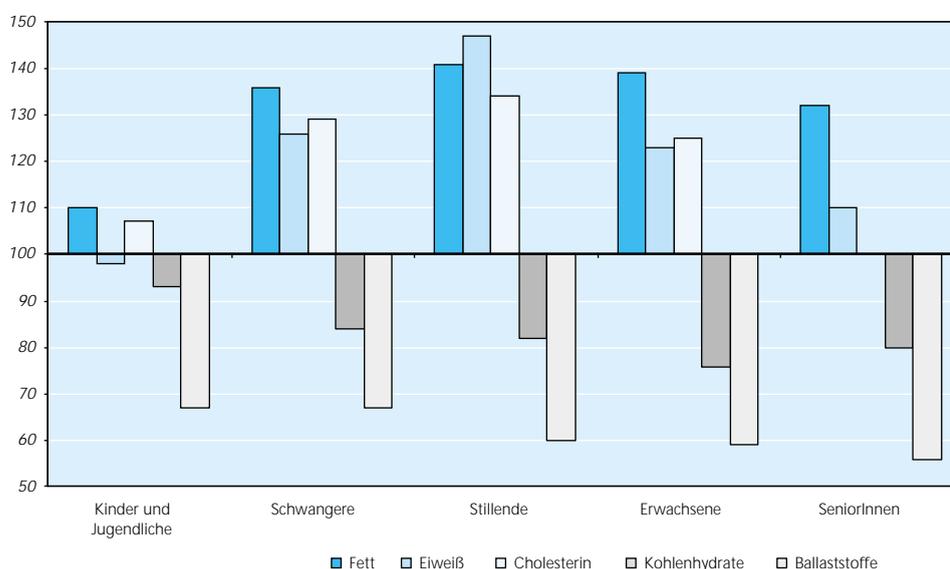
Die Vielfalt und Komplexität der Datenerhebung, Dokumentation und Interpretation auf dem Gebiet der Nahrungsmittelversorgung und des Ernährungszustandes der Bevölkerung in Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen macht eine regelmäßige Bestandsaufnahme und Analyse relevanter vorhandener Informationen erforderlich. Das Institut für Ernährungswissenschaften hat hierzu den „1. Wiener Ernährungsbericht“ (ELMADFA et al., 1994) sowie den „Österreichischen Ernährungsbericht“ (ELMADFA et al., 1999) erstellt. Zur Darstellung des Ist-Zustandes unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen wurden verschiedene, am Institut für Ernährungswissenschaften durchgeführte Erhebungen herangezogen, die sowohl die Ernährungsgewohnheiten, das Ernährungswissen und die Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme als auch den laborchemischen Versorgungszustand mit Vitaminen und Mineralstoffen (Nährstoffstatus) von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen erfassten.

7.3.1.1 Ernährungserhebungen in Wien

Anhand von Messungen der Nahrungsaufnahme sowie der Bestimmung von Funktions- und Versorgungsparametern kann durch einen Vergleich der aufgenommenen mit den empfohlenen Mengen die Qualität der verzehrten Nahrungsmittel, der Versorgungsgrad bzw. der Ernährungsstatus beurteilt werden. Dadurch kann eine grobe Abschätzung ernährungswissenschaftlicher Risikobereiche erfolgen.

Vergleicht man die Aufnahme von Hauptnährstoffen der Wiener Bevölkerung mit den Empfehlungen der DGE (1991; siehe Grafik 6) zeigt sich, dass die Referenzwerte für die Fett-, Protein- und Cholesterinaufnahme von sämtlichen Personengruppen (mit Ausnahme der Eiweißaufnahme bei Kindern und Jugendlichen) deutlich überschritten werden. Hingegen liegen die Kohlenhydrat- und Ballaststoffaufnahmen bei allen merklich unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Dieses ungünstige Verhältnis der Energieträger bedarf einer Umverteilung in Richtung kohlenhydrat- und ballaststoffreicher Lebensmittel.

Grafik 6: Anteil der Energieträger in der typischen Wiener Ernährung



Die Aufnahme einzelner Hauptnährstoffe wird in Relation gesetzt mit den DGE-Empfehlungen (1991) = 100% (schwarz hervorgehobene Linie).

BLAUTÖNE = Nährstoffe, deren Überschreitung kritisch zu sehen ist

GRAUTÖNE = Nährstoffe, die in zu geringen Mengen zugeführt werden

Beurteilt man die Aufnahme an ausgewählten Vitaminen und Mineralstoffen (Grafik 7), wird ersichtlich, dass bei den meisten Mikronährstoffen die DGE-Empfehlungen (1991) nicht erreicht und teilweise sogar weit unterschritten werden.

Grafik 7: Werden Vitamine und Mineralstoffe in ausreichenden Mengen konsumiert?

	Kinder	Schwangere	Stillende	Erwachsene	SeniorInnen
Vitamine					
Vitamin A					
Vitamin D					
Vitamin E					
Vitamin B1					
Vitamin B2					
Vitamin B6					
Vitamin B12					
Folsäure					
Mineralstoffe					
Calcium					
Magnesium					
Eisen					
Zink					
Jod					

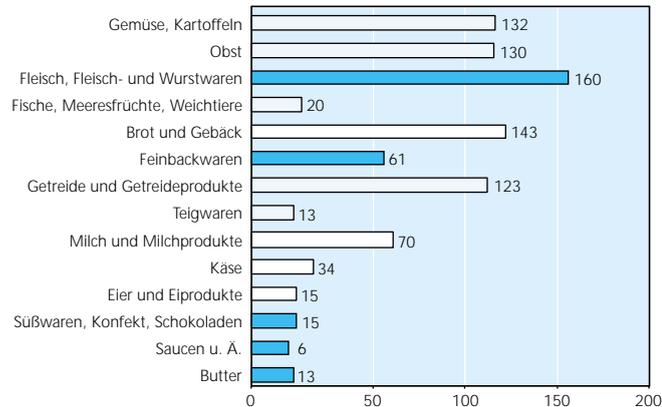
Die Grafik zeigt eine Auswahl an Vitaminen und Mineralstoffen, deren Aufnahme innerhalb der einzelnen Personengruppen bestimmt wurde. Als anzustrebende Richtwerte für die Aufnahme-daten dienen die DGE-Empfehlungen (1991) – = 100% – für die Nährstoffzufuhr.

≥ 100%		ausreichende Aufnahme
80–100%		erniedrigte Aufnahme
60–80%		deutlich erniedrigte Aufnahme
< 60%		stark erniedrigte Aufnahme

7.3.1.2 Erwachsene

In den Jahren 1994/95 wurde am Institut für Ernährungswissenschaften eine detaillierte Ernährungserhebung an Wiener Erwachsenen im Alter von 20–60 Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse lieferten repräsentative Daten zur **Lebensmittelaufnahme Erwachsener** und sollen einen Überblick über das Konsumverhalten der Österreicher und Österreicherinnen geben, um Trends und Schwachstellen der Lebensmittelaufnahme zu identifizieren.

Die Auswertung der Studie zeigt bei Frauen einen allgemein höheren Trend zur Aufnahme an pflanzlichen Lebensmitteln. Männer hingegen geben klar der fleischreichen Kost den Vorzug. Sie verzehren deutlich mehr Schweinefleisch und Wurstwaren als Frauen, während die übrigen Fleischsorten von Frauen und Männern in ähnlichen Mengen konsumiert werden. Fisch wird nach wie vor in relativ geringen Mengen gegessen. Von den Brotsorten wird am häufigsten Misch- und Weißbrot und ein beträchtlicher Anteil an Kuchen und Feingebäck verzehrt. Der Konsum an Kartoffeln wird von beiden Geschlechtern bedauerlicherweise gering angegeben. Im Hinblick auf die Gruppe der Milchprodukte kann man feststellen, dass Frauen bedeutend mehr Frischmilchprodukte konsumieren, während bei Männern der Konsum an Trinkmilch überwiegt. Bei der Verwendung von Fetten und Ölen herrschen nach wie vor tierische Fette gegenüber pflanzlichen Ölen und Margarinen vor. Verbesserungswürdig ist sowohl die Aufnahme von Getreide- und Getreideprodukten, als auch der Obst- und Gemüsekonsum. Zudem sollte der Konsum an Süßwaren, Konfekt, Schokoladen sowie Saucen u. Ä. eingeschränkt werden, da es sich hierbei um besonders fett- und energiereiche Lebensmittel handelt.

Grafik 8: Lebensmittelaufnahme 26- bis 55-jähriger ÖsterreicherInnen (Gramm/Tag)

Basis der Darstellung ist die durchschnittliche Aufnahme (MW \pm SD) einzelner Lebensmittel in g/d. Die Bewertung der Daten bezieht sich auf die aufgenommene Mengen in g pro Tag.

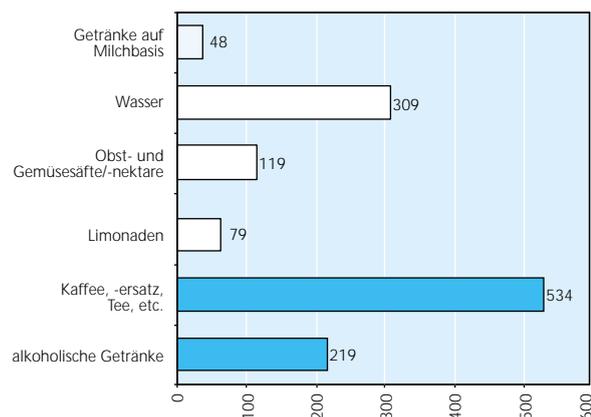
DUNKELBLAU = ungünstig (zu hoch)

HELLBLAU = verbesserungswürdig (zu gering)

WEISS = zufrieden stellend

Beurteilt man die Getränkeaufnahme (Grafik 9), zeigt sich ein ungünstiges Verhalten insofern, als der Kaffee- und Teekonsum mengenmäßig gegenüber dem Anteil an antialkoholischen Getränken überwiegt und generell die Flüssigkeitsaufnahme zu gering ist. Durch den hohen Kaffeekonsum wird zudem der Flüssigkeitsbedarf erhöht. Bedenklich ist auch der Anteil an Alkohol. Hier ist die geschlechtsspezifische Polarisierung am deutlichsten ausgeprägt.

Aus den vorliegenden Daten ergibt sich, dass die Aufnahme an alkoholfreien Getränken gegenüber der Kaffee- und Alkoholgruppe deutlich erhöht werden sollte.

Grafik 9: Getränkeaufnahme (Gramm/Tag) österreichischer Männer und Frauen

Das Diagramm zeigt die durchschnittliche Aufnahme an einzelnen Getränkegruppen in g/d innerhalb 26- bis 55-jähriger Konsumenten.

DUNKELBLAU = kritische Aufnahme

HELLBLAU = verbesserungswürdige Aufnahme

WEISS = geeignete Getränke zur Deckung des Flüssigkeitsbedarfs

7.3.1.3 Kinder und Jugendliche

Zielsetzung einer Teilstudie des Instituts für Ernährungswissenschaften an Kindern und Jugendlichen war die umfassende Beschreibung der **Ernährungsgewohnheiten** von österreichischen Schülerinnen und Schülern.⁸⁴ Gerade in diesem Entwicklungsstadium hat das Ernährungsverhalten eine große Bedeutung für die Nährstoffversorgung und damit auch für die Lernfähigkeit. In der Wachstumsphase ist der Einfluss der Ernährungserziehung groß, denn richtige Ernährungsgewohnheiten sollten so früh wie möglich geprägt werden.

Bei der täglich aufgenommenen Lebensmittelmenge liegt der Konsum innerhalb der männlichen Gruppe im Durchschnitt höher als in der weiblichen Gruppe. Erwartungsgemäß sind deutliche Zunahmen der Mengen mit dem Alter zu beobachten.

Die Zusammensetzung der Lebensmittelwahl bei Kindern und Jugendlichen entspricht den typischen landesüblichen Mustern und ähnelt bereits stark dem der Erwachsenen. Bei den Getränkegruppen dominiert Wasser, dicht gefolgt von Obstsäften und -nektaren sowie Limonaden. Kritisch zu beurteilen ist, dass bereits in dieser Altersgruppe Alkohol konsumiert wird. Bei Obst werden die heimischen Sorten, bei Fleisch das Schweinefleisch, bei Brot das Weiß- bzw. Mischbrot, bei Käse die mittelfetten Sorten und bei Streichfetten wird primär Butter konsumiert. Altersspezifische Unterschiede wurden allein bei den Milchprodukten offenbar, da eine deutliche Abnahme im Konsum der Trinkmilch (v. a. Kakaogetränke) zu Gunsten der Frischmilchprodukte (Joghurt, etc.) mit steigendem Alter zu beobachten war. Ähnlich dem Ergebnis der Erwachsenen ist die Aufnahme an Obst, Gemüse, Fisch und Getreideprodukten als verbesserungswürdig zu beurteilen.

Anhand der Auswertung von Verzehrprotokollen (7-Tage-Wiegeprotokolle) der 6- bis 18-Jährigen kann man die durchschnittliche Nährstoffaufnahme ermitteln und mit den DGE-Empfehlungen (1991) in Relation setzen. Beurteilt man die Nährstoffaufnahme von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf kritische Nährstoffe, stellt man fest, dass bereits in jungen Jahren die Aufnahme an Fett und Cholesterin über den wünschenswerten Zufuhrmengen liegt (s. o. Grafik 6). Andererseits werden Ballaststoffe, eine Reihe an Vitaminen, Calcium und Zink in deutlich geringeren Mengen aufgenommen als die Empfehlungen lauten.

7.3.1.4 Schwangere und Stillende

Zur Ermittlung der aktuellen Ernährungssituation in Österreich tragen auch Untersuchungen zum Ernährungsstatus von **Schwangeren** und **Stillenden** bei, die als Teil einer internationalen Multicenter-Studie zwischen 1993 und 1995 vom Institut für Ernährungswissenschaften in Zusammenarbeit mit der WIENER SEMMELWEIS-KLINIK und dem KINDERSPITAL GLANZING durchgeführt wurden.

Der Ernährungsstatus **Schwangerer** beeinflusst nicht nur die mütterliche Gesundheit, sondern ist auch für die Entwicklung des Feten von entscheidender Bedeutung. Gerade in dieser Zeit ist auf Lebensmittel mit einer besonders hohen Nährstoffdichte zu achten, um den DGE-Empfehlungen (1991) gerecht zu werden. Tatsächlich sieht es aber so aus, dass im Speziellen bei jenen Nährstoffen, deren Bedarf während der Schwangerschaft erhöht ist, diese Empfehlungen nicht erreicht werden. Rund zwei Drittel der untersuchten schwangeren Frauen nehmen zusätzlich Nährstoffsupplemente auf, wodurch die Aufnahme kritischer Nährstoffe deutlich verbessert werden kann. Dennoch liegen Vitamin A, Vitamin D und Jod unter den empfohlenen Zufuhrmengen.

Das untersuchte Kollektiv der **stillenden Frauen** erreichte zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten (nach vier, acht, zwölf und 16 Wochen) zwischen 83 Prozent und 86 Prozent des von der DGE empfohlenen Wertes für die Energiezufuhr.

Zu den kritischen Mikronährstoffen für Stillende zählen Vitamin D, Vitamin B₁, Vitamin B₆, Folsäure, sowie Zink und Eisen. Ein Teil der untersuchten Stillenden nahm während der Stillzeit Nährstoffsupplemente ein. Die Häufigkeit der zusätzlichen Einnahme dieser Präparate war in der Stillzeit allerdings deutlich geringer als in der Schwangerschaft.

⁸⁴ Die ausführliche Dokumentation der „Untersuchungen zum Ernährungsstatus österreichischer Schulkinder“ erfolgte in Berichten an das Bundesministerium für Unterricht und Kunst, wobei 1992 und 1993 über die Erhebungen in Wien und 1994 über die Ergebnisse aus den Bundesländern berichtet wurde.

Die Auswertung bezogen auf Lebensmittelgruppen zeigt zwischen Schwangeren und Stillenden kaum Unterschiede im Verzehr von Fleisch und Wurstwaren, Fisch, Eiern, Butter, Kartoffeln, Gemüse und Süßigkeiten. Milch, Milchprodukte und Käse werden in der Stillzeit in höheren Mengen, Brot und Backwaren sowie Nahrungsmittel und Obst eher in der Schwangerschaft, und alkoholische Getränke, Kaffee, Tee und alkoholfreie Getränke wiederum vermehrt in der Stillzeit konsumiert (ELMADFA et al., 1996).

7.3.1.5 SeniorInnen

Gesundheitliche Probleme des Alters stehen häufig in Zusammenhang mit vorangegangener jahrelanger Fehlernährung. Im Alter sind eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Aktivität maßgeblich an der Erhaltung der Gesundheit beteiligt.

Der Bericht über die **Ernährung alter Menschen in Wien** umfasst effektive Verzehrerhebungen, Untersuchungen der Ernährungsgewohnheiten und der individuellen Versorgungslage mit Nährstoffen (Ernährungsstatus), die auf Analysen aus Blut und Urin sowie Verzehrprotokollen der SeniorInnen beruhen (ELMADFA et al., 1996).

Die Energieaufnahme der untersuchten Wiener PensionistInnen liegt zwar im empfohlenen Bereich, mit zunehmendem Alter nimmt der Energiebedarf jedoch ab. Der Bedarf an den übrigen Nährstoffen (v. a. Vitaminen und Mineralstoffen) wird hingegen nicht geringer. Dadurch steigen die Anforderungen an die Nahrungsqualität, d. h. die Nährstoffdichte (= Gehalt eines Nährstoffes pro Energieeinheit) der zugeführten Nahrung muss erhöht werden.

Die Kohlehydrataufnahme alter Menschen ist geringer als die Fettaufnahme (siehe Grafik 6) – ein Kennzeichen sehr traditioneller Ernährungsmuster der „österreichischen Hausmannskost“, die sich durch fettreiche Fleischgerichte und Mehlspeisen auszeichnet. Der Beitrag an Haushaltszucker (Saccharose) nimmt trotz sinkender Gesamtkohlehydrataufnahme zu, ein weiterer Beweis für die Vorliebe von Süß- und Mehlspeisen.

Diese ungünstige Relation der Hauptnährstoffe (s. o.) könnte vor allem durch die Modifikation von Rezepturen optimiert werden. Durch verstärkten Obst-, Gemüse- und Vollkornkonsum, sowie der regelmäßigen Aufnahme fettarmer Milchprodukte und Fischmahlzeiten könnte der Status einiger kritischer Mikronährstoffe verbessert werden. Maßnahmen, die auch auf Grund der Erhöhung des Kohlehydrat- und Ballaststoffanteils, der verbesserten Versorgung mit Vitamin E und Vitaminen der B-Gruppe, sowie einer allgemein höheren Nährstoffdichte empfohlen werden können. Ein Problem in der Verwirklichung jener Empfehlungen ist, dass sich lebenslange Gewohnheiten und Präferenzen nur schwer ändern lassen.

Wie im Rahmen des Berichts „Ernährung älterer Menschen in Wien“ vom Institut für Ernährungswissenschaften untersucht, besteht bei PensionistInnen Interesse an Ernährungsfragen, geeignete Informationsquellen existieren jedoch nicht (ELMADFA et al., 1996).

7.3.1.6 Fazit

Der Ernährungszustand der Wiener Bevölkerung wurde vom Institut für Ernährungswissenschaften in mehreren Studien mittels verschiedener Instrumentarien zur Erhebung der Nährstoffaufnahme und über laborchemische Analysen von Blut und Harn untersucht. Die Ergebnisse wurden im „1. Wiener Ernährungsbericht“ (1994) und im „Österreichischen Ernährungsbericht“ (1998) dokumentiert.

Die Ernährungssituation der Wienerinnen und Wiener zeigt demnach ein wenig zufriedenes Bild. Die Energieaufnahme liegt in etwa im Bereich der Empfehlungen der DGE (1991), vergleicht man aber die Aufnahme an Hauptnährstoffen mit den Empfehlungen, zeigt sich ein ungünstiges Verhältnis, welches einer Umverteilung in Richtung kohlehydrat- und ballaststoffreicher Ernährung bedarf. Auf Basis der Aufnahmen an Eiweiß, Fett und Cholesterin kann auf einen unerwünscht hohen Anteil tierischer Nahrungsmittel in der Kost geschlossen werden. Beurteilt man die Aufnahme an ausgewählten Vitaminen und Mineralstoffen, wird ersichtlich, dass bei den meisten Mikronährstoffen die DGE-Empfehlungen nicht erreicht werden. Es empfiehlt sich daher ein häufiger Konsum an Fisch und Kartoffeln sowie ein geringerer Verzehr an Mehlspeisen, Süßwaren und Saucen. Generell gelten die Empfehlungen weniger Fett und fettreiche Lebensmittel, dafür mehr Getreide- und Getreideprodukte wie auch Gemüse und Obst aufzunehmen.

7.3.2 Übergewicht

Zusammenfassung

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass falsche Ernährung bei gleichzeitigem Bewegungsmangel neben anderen gesundheitlichen Schäden auch ursächlich für Übergewicht oder gar Fettleibigkeit ist. Etwa 40 Prozent der Personen, die bei den im Rahmen vom Gesundheitsamt durchgeführten Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen teilnehmen, haben Übergewicht, fast 30 Prozent der Untersuchten weisen sogar einen Body-Mass-Index über 27 auf. Männer sind dabei deutlich stärker von ernsten Gewichtsproblemen betroffen als Frauen. Allerdings nehmen bei beiden Geschlechtern die Gewichtsprobleme mit dem Alter zu. 12,3 Prozent der Wienerinnen und Wiener sind als adipös zu bezeichnen (Body-Mass-Index über 30).

Die in Österreich übliche Ernährung gilt mit ihrem hohen Fettanteil (40–60 Prozent) und dem reichen Kalorienanteil als äußerst ungesund. Auf Grund der zahlreichen ernährungsbedingten Folgekrankheiten – wie Diabetes, Herzkrankheiten, bestimmte Krebsarten, Gallenblasenprobleme und Atembeschwerden, aber auch Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) – wäre eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten auch aus gesundheitspolitischer Sicht dringend zu empfehlen.

Summary: Overweight

It is generally agreed that the wrong choice of food combined with a lack of physical activity, besides constituting serious health risks, are the main causes for overweight and, worse still, obesity. Approximately 40 percent of people who have precautionary check-ups as recommended by the health authorities are found to be overweight, 30 percent of those examined have a body mass index of more than 27. Men have more serious weight problems than women. Weight problems increase with age for both genders. 12.3 percent of Viennese are considered adipose (body mass index above 30).

Traditional food in Austria is rich in fat (40 to 60 percent) and calories and is rated extremely unhealthy. Considering the vast amount of nutritional diseases, such as diabetes, heart diseases, some forms of cancer, disorders of the gall-bladder, respiratory distress, as well as hypertension, elevated levels of blood lipids, arteriosclerosis, cardiovascular diseases and elevated levels of uric acid (gout), a change in eating habits is urgently recommended from a sanitary point of view.

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass falsche Ernährung⁸⁵ bei gleichzeitigem Bewegungsmangel neben anderen gesundheitlichen Schäden auch ursächlich für **Übergewicht** oder gar **Fettleibigkeit** ist.

Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000 identifiziert 12,3 Prozent der über 15-jährigen Wiener und Wienerinnen als adipös (Body-Mass-Index über 30), 29,7 Prozent sind leicht übergewichtig (Frauen: BMI > 24, Männer: BMI > 25), 46,9 Prozent können als normalgewichtig bezeichnet werden und 11,2 Prozent als leicht oder stark untergewichtig.

Vier Umstände lassen Übergewicht und Fettleibigkeit zu einem **sozialmedizinisch erstrangigen Problem** werden:

⁸⁵ Zum Thema Ernährung, Body-Mass-Index, Adipositas, Therapieformen bei Übergewicht und Adipositas sowie Präventionsmöglichkeiten siehe auch Gesundheitsbericht für Wien 1997, S. 162–172.

- Die Zahl der Übergewichtigen und Fettleibigen wächst so rasant, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dringenden Handlungsbedarf sieht.
- Die aus Übergewicht oder gar Fettleibigkeit resultierenden Risiken für die Gesundheit sind beträchtlich. Dicke Menschen neigen eher zu Diabetes, Herzkrankheiten, bestimmten Krebsarten, Gallenblasenproblemen und Atembeschwerden. Indizien, welche zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf Fettleibigkeit zurückgeführt werden können sind z. B. Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride), Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch erhöhte Harnsäurewerte, die zu Gichtkrankungen führen können.
- Übergewicht und Fettleibigkeit zählen zu den am meisten vernachlässigten Problemen der öffentlichen Gesundheitspolitik. Der Anteil von 42 Prozent Übergewichtigen (BMI > 25) an der österreichischen Bevölkerung müsste massive und breitenwirksame Reaktionen des Gesundheitssektors hervorrufen. Tatsächlich mangelt es sowohl an präventiven als auch an therapeutischen Ansätzen. Insbesondere fehlt auch eine aussagekräftige Untersuchung über die subjektiv wahrgenommenen Ursachen des Übergewichts und den Lebensstil der Übergewichtigen. Dies ist deshalb besonders nachteilig, da eine bleibende Gewichtsreduktion nur bei dauerhafter Umstellung des Lebensstils, insbesondere des Essverhaltens im weitesten Sinne, erreicht werden kann.
- Übergewicht wird von der Allgemeinheit nicht als ein die Gesundheit beeinflussender Faktor wahrgenommen, sondern bestenfalls als kosmetisch-ästhetisches Problem begriffen. Dem entsprechen auch die von einer „Abnehmindustrie“ angebotenen Diäthilfen: Sie reichen (im günstigsten Fall) zur vorübergehenden Reduktion des Gewichts, helfen aber nicht, das reduzierte Gewicht zu bewahren.

Die **volkswirtschaftlichen Folgen** sollten jedoch ebenfalls nicht unterschätzt werden: In manchen Ländern drohen die Krankheiten als Folge von Fettleibigkeit bereits den Gesundheitsetat zu sprengen. Auch in Österreich stellen die Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit auf Grund falscher Ernährung und Bewegungsmangel eine Belastung für das Gesundheitsbudget dar.

7.3.2.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen

Bei den vom Gesundheitsamt (Magistratsabteilung 15) kostenlos durchgeführten **Vorsorgeuntersuchungen** zeigt sich, dass knapp 40 Prozent der Untersuchten übergewichtig sind. Rund 30 Prozent der Untersuchten weisen sogar einen Body-Mass-Index über 27 auf.⁸⁶

Eine Aufschlüsselung dieser Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und formaler Bildung ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen können jedoch nicht auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet bzw. übertragen werden, da die Auswahl der Untersuchten nicht nach einem statistisch zulässigen Verfahren erfolgt. Leider gibt es auch keine Untersuchung darüber, aus welchen Gründen diese Personen sich zur Untersuchung begaben.

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass insgesamt der Anteil der übergewichtigen Personen, die an den Untersuchungen teilgenommen haben, mit zunehmendem **Alter** steigt.

In allen Altersgruppen fallen **geschlechtsspezifische Unterschiede** dahingehend auf, dass die untersuchten **Männer** deutlich stärker von ernststen Gewichtsproblemen betroffen sind als die Frauen. In allen vier Bildungsgruppen sind die meisten übergewichtigen Männer in der Altersgruppe der 40- bis unter 60-Jährigen anzutreffen.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen **Bildungsschichten** zeigen sich darin, dass bei den jungen Universitätsabsolventen offenbar das höchste Problembewusstsein hinsichtlich Übergewicht zu bestehen scheint bzw. auch die finanziellen Mittel zu deren Behebung/Verhinderung vorhanden sind, da hier – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die geringsten Anteile an Übergewichtigen beobachtet wurden.

⁸⁶ Da die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen eine positive Entscheidung in Bezug auf das persönliche Gesundheitsverhalten darstellt, kann nicht angenommen werden, dass die nicht zur Untersuchung Erschienenen in punkto Übergewicht wesentlich besser abschneiden würden.

Tabelle 6: Übergewicht nach Geschlecht, Bildungsabschluss und Alter¹⁾, Vorsorgeuntersuchungen 1999

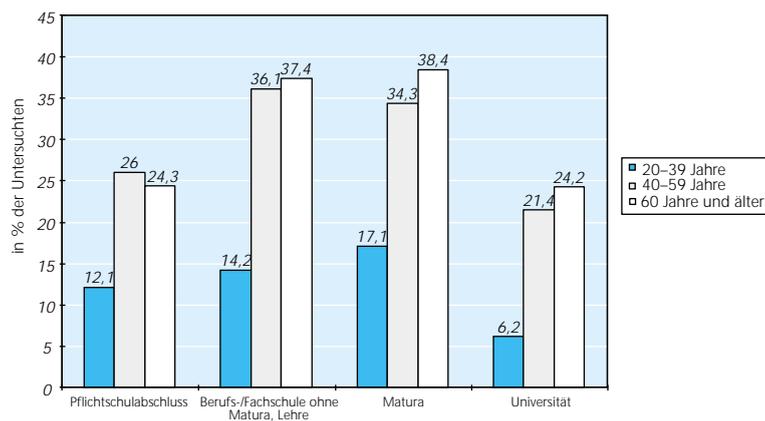
Bildungsabschluss und Altersgruppen	Übergewicht ²⁾ in % der Gruppe		
	Frauen	Männer	insgesamt
Pflichtschulabschluss			
unter 20 Jahre	– ³⁾	– ³⁾	– ³⁾
20–39 Jahre	8,6	15,6	12,1
40–59 Jahre	15,8	36,2	26,0
60 Jahre und älter	20,6	28,0	24,3
Berufs-/Fachschule ohne Matura, Lehrabschluss			
unter 20 Jahre	– ³⁾	– ³⁾	– ³⁾
20–39 Jahre	11,2	17,2	14,2
40–59 Jahre	22,8	49,4	36,1
60 Jahre und älter	31,6	43,2	37,4
Matura			
unter 20 Jahre	– ³⁾	– ³⁾	– ³⁾
20–39 Jahre	12,4	21,8	17,1
40–59 Jahre	21,6	47,0	34,3
60 Jahre und älter	35,3	41,5	38,4
Universität			
unter 20 Jahre	– ³⁾	– ³⁾	– ³⁾
20–39 Jahre	5,8	6,6	6,2
40–59 Jahre	12,3	30,5	21,4
60 Jahre und älter	18,9	29,5	24,2

1) Ergebnisse auf Grund der von der MA 15 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 1999.

2) Berechnung nach Body-Mass-Index (BMI > 27 : mit gesundheitlichen Risiken verbunden).

3) Wegen der geringen Zahl statistisch nicht auswertbar.

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 10: Übergewicht nach Alter und Bildungsabschluss

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

7.4 Bewegung und Sport⁸⁷**Zusammenfassung**

Kaum die Hälfte der Wiener Bevölkerung betreibt sportliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen. Besonders inaktiv sind Bevölkerungsgruppen mit geringerem sozioökonomischen Status und niedriger Bildung. Mangelnde körperliche Bewegung stellt für eine Reihe von Krankheiten ein Risiko dar, u. a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. Bewegung hilft auch dabei, Stress abzubauen und das Wohlbefinden zu steigern. Körperliche Bewegung stellt in jedem Lebensalter eine Präventionsmaßnahme erstens Ranges dar, auch noch im höheren Lebensalter.

Summary: Physical activities and sports

Less than half of all Viennese engage in physical activities for health reasons. Population groups of low socio-economic standing and low levels of education are found to be particularly inactive. Lack of physical activity is a risk factor for many diseases, amongst them cardiovascular diseases and osteoporosis. Physical movement is recommended to reduce stress and promote wellbeing and is rated among the top prevention measures for all age groups.

Laut Mikrozensus Gesundheit (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1994) betreiben 43 Prozent der **ÖsterreicherInnen** körperliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen. Dabei gibt ein größerer Prozentsatz von Männern (46,3 Prozent) als Frauen (39,3 Prozent) an, sportlich aktiv zu sein. Bezogen auf das Alter nehmen die jüngeren Altersgruppen (15- bis 24-Jährige) mit 50 Prozent den größten Anteil der sportlich Aktiven ein. Auch bei Personen mit höherer Schulbildung ist der Anteil größer, ebenfalls unterschiedliche Prozentsätze ergeben sich nach den Variablen Berufsgruppe und Erwerbsleben.

Tabelle 7: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach (abgeschlossener) Schulbildung, Österreich 1994 (in %)

Schulbildung	%
Pflichtschule	37,9
Berufsbildende mittlere Schule	50,0
Allgemein bildende höhere Schule (AHS)	56,7
Berufsbildende höhere Schule	59,3
Universität, Hochschule	60,9

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

Tabelle 8: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Teilnahme am Erwerbsleben, Österreich 1994 (in %)

Erwerbsstatus	%
Beschäftigte	45,3
Arbeitslose	39,4
PensionistInnen	34,1
nicht berufstätige Hausfrauen	39,4
SchülerInnen, StudentInnen	60,4
sonstige Personen	14,8

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

⁸⁷ KUNZE, M. & RIEDER, A. (1999): Bewegung. In: MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.): Gesundheitsförderungsplan 1999 (unveröffentlichtes Manuskript).

Tabelle 9: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Berufsschicht, Österreich 1994 (in %)

Berufsschicht	%
Selbstständige in Land- und Forstwirtschaft	23,1
Selbstständige in anderen Wirtschaftszweigen	44,1
angelernte ArbeiterInnen/HilfsarbeiterInnen	33,4
FacharbeiterInnen	42,9
Angestellte, BeamtInnen (mittlere Tätigkeit)	48,2
Angestellte, BeamtInnen (höhere Tätigkeit)	60,2

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

In **Wien** betreiben laut Mikrozensus Gesundheit (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1994) 44,8 Prozent der Bevölkerung körperliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen.

Univ.-Prof. KUNZE und Univ.-Prof. RIEDER weisen darauf hin, dass der Mangel an körperlicher Bewegung für eine Reihe von Krankheiten ein Risiko darstellt, unter anderen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So kann man davon ausgehen, dass 50 Prozent der Bevölkerung im mittleren und höheren Alter überhaupt keine sportlichen Aktivitäten setzen und weitere 10–15 Prozent sich nur ungenügend körperlich bewegen. Bereits zügiges Gehen wirkt positiv auf das Herz-Kreislauf-System. Aus Untersuchungen bei Männern zeigte sich, dass körperliche Bewegung die Lebenserwartung um bis zu zwei Jahre erhöht.

Ausdauerbelastungen kommt der höchste Stellenwert für die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, für die positive Beeinflussung der Risikofaktoren und für die Rehabilitation zu. Durch vermehrte Bewegung kann langfristig Gewicht abgenommen, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte verbessert sowie das „gute“ Cholesterin (HDL-Cholesterin) erhöht werden. Weiters ist es durch vermehrte Bewegung möglich, Stress abzubauen und risikoreiche Verhaltensweisen, die man unter Stressbedingungen besonders oft einsetzt, zu reduzieren („Stress-Rauchen“, „Stress-Essen“). Körperliche Aktivität steigert das Wohlbefinden insgesamt (KUNZE & SCHMEISER-RIEDER, 1999).

Körperlich inaktive Menschen entwickeln doppelt so häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen als körperlich aktive Menschen. Mangelnde körperliche Bewegung stellt allerdings ein **Gesundheitsrisiko** für verschiedene Erkrankungen dar:

- koronare Herzkrankheit,
- Schlaganfall,
- Bluthochdruck,
- nichtinsulinpflichtiger Diabetes,
- Osteoporose.

Menschen mit körperlicher Fitness haben insgesamt **niedrigere Todesraten** (für alle Todesursachen). Die Risikoreduktion scheint proportional zum Bewegungsgrad zu sein (Intensität). 20 Prozent der Bevölkerung bewegen sich regelmäßig, gemäß den Empfehlungen für kardiovaskulären Benefit. In einer Untersuchung an Harvardabsolventen⁸⁸ konnte gezeigt werden, dass körperliches Training bereits ab 2.000 Kilokalorien pro Woche (2–3 Stunden mäßig intensives Ausdauertraining in der Woche) nicht nur die Herzinfarktinzidenz, sondern auch die allgemeine Sterberate erheblich zu senken vermag. Damit ist es gelungen nachzuweisen, dass die Lebensspanne durch körperliche Aktivität verlängert werden kann.

Körperliche Aktivität ist ein wesentlicher Faktor des Gesundheitsverhaltens. Dieses wird aus zahlreichen Einflussfaktoren bestimmt: Glaube an einen Benefit durch körperliche Aktivität, Einstellung zur Bewegung, Selbstmotivation, Selbstdisziplin, Verfügbarkeit von Trainingsmöglichkeiten, Erfahrung in Rückfallprophylaxe und Zielsetzung, Freude am Sport, Unterstützung durch die Familie, etc. Grundlegende Einflussfaktoren sind **Einkommen** und **Bildung**: Je „ärmer“ und „geringer gebildet“ jemand ist, desto häufiger findet sich gesundheitsschädigendes Verhalten. Die Herausforderung an das Gesundheitswe-

⁸⁸ PFAFFENBERGER, R.S. et al. (1993): The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med, 328, 538–545.

sen und die Gesundheitsberufe besteht daher unter anderem darin, eine Verhaltensmodifikation in Richtung gesünderem Lebensstil – u. a. mehr körperliche Bewegung – in den Bevölkerungsgruppen mit geringerem sozioökonomischen Status zu unterstützen.⁸⁹

In jedem Lebensalter – auch noch im höheren Lebensalter – ist es wichtig, die Präventionsmaßnahme körperliche Aktivität zu ergreifen. Ziel ist es, dass der Mensch möglichst gesund altern kann und dass er handlungskompetent bleibt. Diese Handlungskompetenz beinhaltet mehrere Bereiche:

- **motorische Kompetenz:** die Mobilität soll erhalten bleiben, Bewegungssicherheit und kontrolliertes Bewegungsverhalten sind Voraussetzungen dafür;
- **soziale Kompetenz:** soziale Kontaktfreudigkeit ist auch an Mobilität gebunden. Gerade ältere Menschen, die außerhalb des Berufslebens stehen, sind von Desintegration und Vereinsamung betroffen.

Für SeniorInnensport können auf Grund von Untersuchungen mit anfänglich ungeübten SeniorInnen folgende Aussagen getroffen werden:

- **Auch im hohen Alter** haben die Muskeln die Fähigkeit zur Hypertrophie. Gerade der durch Muskelschwund bedingten Altersschwäche kann mittels gezieltem Krafttraining entgegengewirkt werden.
- Die **Elastizität lässt sich verbessern** (Gelenke).
- Die absinkende **kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit** kann durch systematisch betriebenes Ausdauertraining verzögert werden.
- Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit und Koordination im Sport verbessern im Alter die **Anpassungsfähigkeit** an Umweltreize.

⁸⁹ GREEN, L. et al. (1978). Education and life-style determinants of health and disease. In: Oxford Textbook of Public health, Vol. 3, 3rd edition, Oxford Medical Publications, New York.

7.5 Gesundenvorsorgeuntersuchungen

Zusammenfassung

In Wien ließen im Jahr 1999 über 101.000 Personen eine Gesundenvorsorgeuntersuchung durchführen, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurde. Dies bedeutet einen Anstieg um 10,5 Prozent gegenüber 1998, womit sich der Trend der Vorjahre fortsetzt. 56 Prozent der vorsorgeuntersuchten Personen waren Frauen. Die vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wurden auch in diesem Jahr von mehr als 12.000 Personen in Anspruch genommen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, dass nach wie vor erhöhte Blutfettwerte (und damit erhöhte Risikofaktoren für Arteriosklerose) sowie Übergewicht, Leberzellschäden und erhöhte Harnsäurewerte (Risiko für Gicht) die häufigsten Diagnosen darstellen.

Summary: Precautionary check-ups

In 1999, 101,000 people in Vienna had precautionary check-ups performed which were paid for by their insurance. This constitutes a 10.5 percent increase compared to 1998, and a continuation of the trend begun in previous years. 56 percent of the persons examined were women. This year, more than 12,000 people have already availed themselves of the check-ups offered by the health authorities of the Municipal Department 15 – Public Health.

Most frequent diagnoses continue to be elevated levels of blood lipids (high risk of arteriosclerosis) as well as overweight, liver damage and elevated levels of uric acid (high risk of gout).

Gesundenvorsorgeuntersuchungen stehen seit 1974 allen in Österreich krankenversicherten Personen kostenlos zur Verfügung. Österreichweit hat die soziale Krankenversicherung 1999 rund 700 Millionen Schilling für Vorsorgeuntersuchungen ausgegeben, das sind um etwa zehn Millionen Schilling mehr als im Vorjahr. Die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchungen in Österreich steigt weiter, wenn auch nicht in demselben Ausmaß wie im Jahr zuvor; gegenüber 1998 ergibt sich eine Erhöhung um 1,8 Prozent.

In **Wien** ließen im Jahr 1999 insgesamt 101.659 Personen eine Vorsorgeuntersuchung durchführen, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurde. Dies bedeutet einen Anstieg um 10,5 Prozent gegenüber 1998. Damit setzt sich nicht nur der Trend der Vorjahre fort, Wien verzeichnet 1999 auch österreichweit betrachtet den weitaus stärksten Anstieg bei den Vorsorgeuntersuchungen. 56 Prozent der Personen, die in Wien eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen, waren Frauen und 44 Prozent Männer. In dieser Zahl inkludiert sind auch die vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 angebotenen Vorsorgeuntersuchungen, welche im Berichtsjahr von 12.478 Personen in Anspruch genommen wurden (leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozent). Von gesundheitspolitischer Seite wäre eine Förderung der Inanspruchnahme dieser Untersuchungen überlegenswert. Es müsste möglich sein, die Zahl der vom Gesundheitsamt durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen z. B. mit Hilfe einer entsprechenden Werbung (z. B. Ausgabe von Informationsbroschüren in den städtischen Spitalern, etc.) zu erhöhen.

Das **gynäkologische Vorsorgeprogramm** wurde im Jahr 1999 in Wien um 7,5 Prozent öfter in Anspruch genommen als 1998 (da hatte es einen Rückgang von 18 Prozent gegenüber 1997 gegeben). Österreichweit hingegen ist eine Abnahme um 3,5 Prozent zu verzeichnen. In Wien wird dieses Programm von nur etwa 0,6 Prozent aller über 30-jährigen Frauen genutzt.

Tabelle 10: Vorsorgeuntersuchungen, Österreich und Wien, 1998 und 1999

Vorsorgeuntersuchungen	Wien		Österreich	
	1998	1999	1998	1999
Untersuchungen insgesamt	92.087	101.659	735.437	748.920
Frauen	49.152	56.638	454.289	449.391
Männer	42.935	45.021	281.148	299.529
davon:				
Basisuntersuchungen	88.656	97.969	622.159	639.608
Frauen	45.721	52.948	341.011	340.079
Männer	42.935	45.021	281.148	299.529
gynäkologische Untersuchungen	3.431	3.690	113.278	109.312

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Insgesamt betrachtet nahmen im Jahr 1999 924 von 10.000 ÖsterreicherInnen das Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch. Im Bundesländervergleich liegt Wien mit 633 Vorsorgeuntersuchungen auf 10.000 EinwohnerInnen weit unter dem Durchschnitt und wird nur noch von Niederösterreich mit knapp 381 Untersuchungen unterboten. Die vorsorgefreudigsten ÖsterreicherInnen sind weiterhin in Vorarlberg, Tirol und in Kärnten zu finden.

Tabelle 11: Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern, 1999

Bundesland	Anzahl der Untersuchungen		auf 10.000 EW	
	1998	1999	1998	1999
Wien	92.087	101.659	573,1	633,1
Niederösterreich	55.266	58.613	359,3	380,5
Burgenland	34.255	33.855	1.225,4	1.217,6
Oberösterreich	112.865	109.043	820,6	791,2
Steiermark	116.712	117.336	969,7	975,5
Kärnten	83.381	82.647	1.478,1	1.465,6
Salzburg	51.962	51.868	1.010,9	1.004,4
Tirol	116.165	120.339	1.745,8	1.800,5
Vorarlberg	72.744	73.560	2.097,0	2.110,3

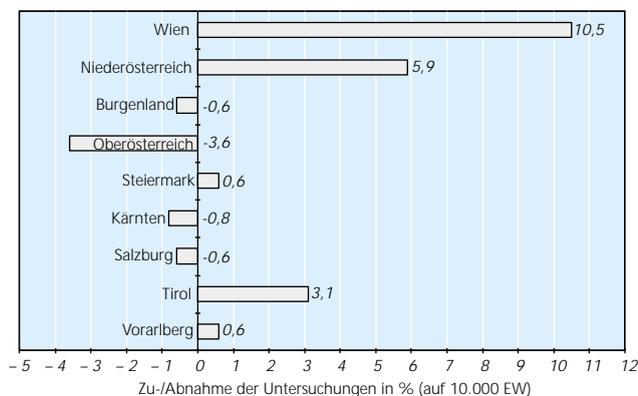
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Bevölkerungsdaten: Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Dennoch zeigt der bundesländerspezifische Vorjahresvergleich, dass Wien im Jahr 1999 mit 10,5 Prozent den stärksten Zuwachs an Vorsorgeuntersuchungen (bezogen auf EW) zu verzeichnen hat. Auch in Niederösterreich nahmen mehr Personen das Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch (+ 5,9 Prozent). Eine weitere Fortsetzung des Aufwärtstrends ist in Tirol festzustellen (+ 3,1 Prozent). In Oberösterreich hingegen kam es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen um 3,6 Prozent. Leichte Rückgänge sind weiters in Kärnten, Salzburg und im Burgenland zu beobachten (siehe Grafik 11).

In Relation zur Zahl der Untersuchungsberechtigten ist der Anteil der Untersuchten in ganz Österreich aber noch immer sehr gering. Dies ist angesichts der durch die Untersuchung gegebenen sozialmedizinischen und präventiven Möglichkeiten bedauerlich: Derzeit können wegen der unterschiedlichen Beteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen an den Vorsorgeuntersuchungen aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen nur mit Einschränkungen Schlüsse auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung gezogen werden.

Ziel der Gesundheits-Checks ist es, die häufigsten Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Krebs, Diabetes und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Grafik 11: Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber 1998 nach Bundesländern, in % (auf 10.000 EW), 1999



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Bevölkerungsdaten: Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Von jenen Wienerinnen und Wienern, welche sich der Untersuchung durch das Gesundheitsamt unterzogen, zeigten fast die Hälfte auffällige Befunde bzw. erhielten vom Gesundheitsamt die Empfehlung, sich einer eingehenderen fachmedizinischen Untersuchung zu unterziehen.

7.5.1 Ergebnisse der Untersuchungen

Aus den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich, dass in der Wiener Bevölkerung trotz massiver Aufklärungskampagne kaum Veränderungen in den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten stattfinden. Erhöhte **Blutfettwerte** (Gesamtcholesterin, Triglyzeride) sowie Veränderungen mit negativen Auswirkungen in der Lipidfraktion des Gesamtcholesterin (HDL, LDL) stehen noch immer an erster Stelle der Diagnostik der Vorsorgeuntersuchungen. Da erhöhte Blutfettwerte als einer der bedeutendsten Risikofaktoren der Arteriosklerose heute in der Wissenschaft unbestritten sind, kann mit einer deutlichen Abnahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für die nächsten Jahre nicht gerechnet werden.

Die zwar schmackhafte, aber schwere und aus ernährungswissenschaftlicher sowie medizinischer Sicht ungesunde Wiener Küche, sowie der Bewegungsmangel sind wohl hauptverantwortlich für die **Gewichtsprobleme** der Wiener Bevölkerung. Gegenüber dem Jahr 1998 ist eine leichte Besserung bezüglich des Übergewichtes festzustellen: Lag Wien in den Vorjahren mit seinen rund 50 Prozent „Übergewichtigen“ – d. h. Gewicht, das über dem Normalgewicht (Körpergröße minus 100) liegt – über dem Österreichdurchschnitt,⁹⁰ so konnten 1999 „nur“ mehr bei rund 45 Prozent der untersuchten Männer (1998: 52 Prozent) und bei 33 Prozent der untersuchten Frauen Gewichtsprobleme diagnostiziert werden. Allerdings sind jedoch noch immer knapp 30 Prozent der Untersuchten (bei den Männern sogar 42 Prozent) durch den erhöhten Body-Mass-Index (BMI > 27) stark gefährdet für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch die Anzahl der Personen mit einem pathologischen **atherogenen Index** (Neigung zu arteriosklerotischen Gefäßveränderungen) hat sich mit 38 Prozent gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. Festzustellen ist allerdings, dass nach der geschlechtsspezifischen Auswertung wesentlich mehr Männer als Frauen betroffen sind. Diese Tatsache korreliert auch mit der Auftretenshäufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Das zweite Problem in Wien liegt bei den **Leberzellschädigungen**, wobei ebenfalls Männer in höherer Zahl betroffen sind als Frauen. Diese Leberzellschäden sind sicherlich mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang zu bringen. Auch die erhöhten **Harnsäurewerte** als Ausdruck für das erhöhte Risiko für Gicht ist als Hinweis für hohen Wein- und Fleischkonsum anzusehen. Besonders in diesem Bereich ist die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen deutlich ausgeprägt. Während bei den Männern ein Viertel aller Untersuchten betroffen ist, sind bei den Frauen nur 3,5 Prozent mit diesem Problem konfrontiert.

⁹⁰ Österreichdurchschnitt 1997: 42 Prozent.

Der Verdacht auf **Bluthochdruck** bleibt relativ konstant bei elf Prozent aller untersuchten Personen, wobei auch hier Männer (14 Prozent) stärker betroffen sind als Frauen (8,5 Prozent). Erhöhte Blutdruckwerte sind ebenfalls als Risikofaktor für verschiedene Folgekrankheiten zu sehen (z. B. Schädigungen an Herz, Niere und Gehirn, Augenhintergrundveränderungen, etc.).

Verdacht auf **Anämie** (Blutarmut) besteht insgesamt bei 15 Prozent der Untersuchten. In diesem Bereich sind Frauen im Verhältnis 2:1 überrepräsentiert.

Lungenfunktionsstörungen sind gegenüber 1998 (10,7 Prozent) leicht angestiegen und konnten bei knapp zwölf Prozent der Untersuchten festgestellt werden. Dies dokumentiert unter anderem auch die Wichtigkeit von Lungenfunktionstests als Feldscreeningverfahren. Weltweit ist bereits ein bedeutender Anstieg von Lungenerkrankungen (allergische Erkrankungen der Lunge sowie Lungenkarzinome) zu beobachten.

Tabelle 12: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15, 1999¹⁾

Untersuchungsergebnis	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾
Übergewicht (> Normalgewicht) ³⁾	2.029	33,4	2.869	44,8	4.898	39,3
Body-Mass-Index (BMI > 27)	979	16,1	2.695	42,1	3.674	29,4
Verdacht auf Hypercholesterinämie ⁴⁾ (Cholesterin > 200)	3.950	65,0	4.272	66,7	8.222	65,9
Verdacht auf Hypertriglyzeridämie ⁴⁾ (Triglyceride > 150)	705	11,6	1.573	24,6	2.278	18,3
pathologischer atherogener Index (AI: Männer > 4,5; Frauen > 3,5) ⁵⁾	2.001	32,9	2.791	43,6	4.792	38,4
Verdacht auf Diabetes	226	3,7	470	7,3	696	5,6
Verdacht auf Leberzellschaden (GGT: Männer > 28; Frauen > 18)	726	12,0	1.150	18,0	1.876	15,0
Verdacht auf Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurekonzentration im Blut; HS > 7)	211	3,5	1.625	25,4	1.836	14,7
Verdacht auf Hypertonie (WHO-Grenzen)	499	8,2	894	14,0	1.393	11,2
Verdacht auf Haltungsschäden	261	4,3	148	2,3	409	3,3
Verdacht auf Hörstörungen	290	4,8	449	7,0	739	5,9
Verdacht auf Struma	569	9,4	144	2,3	713	5,7
Verdacht auf Nierenfunktionsstörung (Kreatinin > 1,2)	17	0,3	233	3,6	250	2,0
Verdacht auf Harnwegsinfekt	71	1,2	7	0,1	78	0,6
Verdacht auf Anämie	1.231	20,3	662	10,3	1.893	15,2
pathologische Lungenfunktion	685	11,3	799	12,5	1.484	11,9
pathologischer EKG-Befund	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Mastopathie	490	3,9	–	–	490	8,1
pathologische Zellabstriche	7	0,1	–	–	7	0,1
Untersuchungsempfehlungen	2.731	45,0	2.870	44,8	5.601	44,9

1) Gesamtzahl der Untersuchten: 12.478 (6.076 Frauen, 6.402 Männer).

2) In Prozent der Untersuchten.

3) Normalgewicht = Körpergröße minus 100.

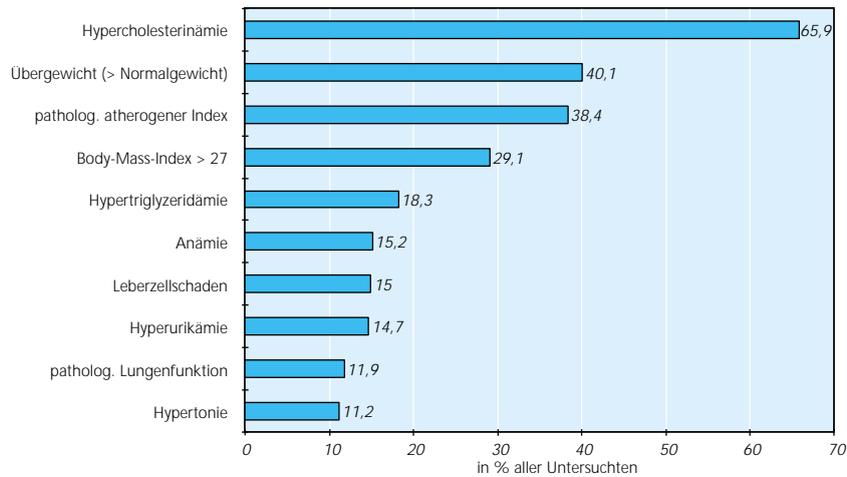
4) Blutabnahmen: 12.110 (5.962 Frauen, 6.148 Männer).

5) Atherogener Index: Cholesterin, HDL.

Im Beobachtungsjahr 1999 wurden 0 Praecancerosen, 0 Carcinome und 0 Morbus Hodgkin (Blutkrebs) festgestellt.

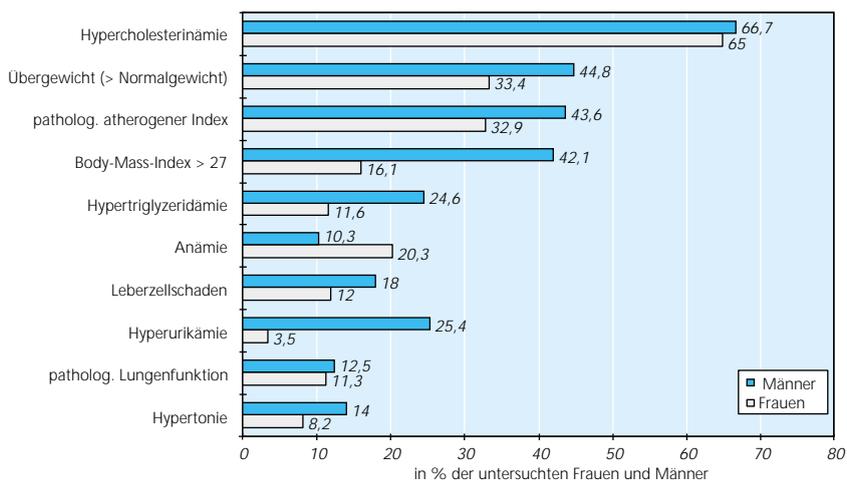
Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 12: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen 1999



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 13: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen nach Geschlecht, 1999



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

7.6 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

Zusammenfassung

Mit dem Wegfall der erhöhten Geburtenbeihilfe bei Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gingen zunächst auch die absolvierten Untersuchungen zurück, wenngleich sich die Situation für Wien in den vergangenen Jahren deutlich besser darstellte als in den übrigen Bundesländern. 1999 konnte in Wien eine weitere Zunahme der Untersuchungen um etwa 1,5 Prozent festgestellt werden. Auch in den anderen Bundesländern überwog 1999 der Anstieg der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

Der Vorsorgegedanke bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. In den 55 Wiener Elternberatungsstellen und neun Eltern-Kind-Zentren werden Information und Beratung angeboten. Die drei Perinatalzentren bieten die höchste Versorgungstufe für Neugeborene und Frühgeborene aller Gewichtsklassen sowie die Betreuung von Risikoschwangerschaften an.

Summary: Health care for mother and child

When mothers who availed themselves of the so-called "mother-child-pass" examinations no longer received birth support allowance,s their inclination to have these examinations performed went down drastically. The situation in Vienna has since recovered considerably compared to other provinces. In 1999, examinations in Vienna went up by approximately 1.5 percent. In other provinces, as well, more women went in for examinations in 1999 than in previous years.

Mother-child-pass examinations are primarily performed for the purpose of early recognition of health risks on the part of the mother, as well as of development disorders and diseases on the part of the child. In Vienna 55 parent counselling centres and 9 parent-child centres provide information and counselling for those who require it. Three perinatal centres offer top-of-the-range treatment for infants and premature babies of all weight classes, as well as specialised care for risk pregnancies.

7.6.1 Mutter-Kind-Pass/Vorsorgemedizinische Beratungsstellen

Der Vorsorgegedanke bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. Bei einer Gefährdung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems wäre mit negativen Auswirkungen sowohl im rein medizinischen (z. B. Zunahme von Fehlbildungen) als auch im sozialmedizinischen und sozialpolitischen Bereich (Zunahme von Spätfolgekosten) zu rechnen.

Bis Ende 1996 erhielten Eltern für die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlungen in der Höhe von 15.000 Schilling. Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller vorgesehenen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum vierten Geburtstag des Kindes. Seit 1. Jänner 1997 gibt es einen einmaligen Bonus von 2.000 Schilling bei zeitgerechter Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes.

Mit der im Rahmen des Sparpakets erfolgten Senkung der staatlichen „Geburtenbeihilfe“ bzw. dem Wegfall des finanziellen Anreizes bei Erfüllung der vorgeschlagenen (kostenlosen) Vorsorgeuntersuchungen vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr sind auch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen anfänglich merklich zurückgegangen. So wurde im Jahr **1997** in Wien (unter Berücksichtigung des Geburtenrückganges um 5,4 Prozent) ein Nettorückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von etwa ein Prozent festgestellt. Mit diesem Ergebnis wies Wien jedoch noch eine deutlich bessere Situation auf als die übrigen Bundesländer.

1998 konnte für Wien eine **Zunahme der Untersuchungen** um 1,7 Prozent errechnet werden. Damit lag Wien eindeutig im Spitzenfeld. Allerdings konnten nur Oberösterreich und die Steiermark ebenfalls eine Zunahme verzeichnen, in allen anderen Bundesländern gingen die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen weiter zurück.

1999 ist in den meisten Bundesländern eine stärkere Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen festzustellen. In Wien ist eine Zunahme um 1,5 Prozent zu verzeichnen. Dieser Wert setzt sich aus der tatsächlichen Zunahme der Untersuchungen um ein Prozent, sowie aus dem Rückgang der Geburtenrate um 0,5 Prozent zusammen. Der stärkste Anstieg kann in Tirol (+ 3,5 Prozent) registriert werden. Im Burgenland und in Vorarlberg setzte sich jedoch der Rückgang der Untersuchungen fort.

Tabelle 13: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1998 (in %)

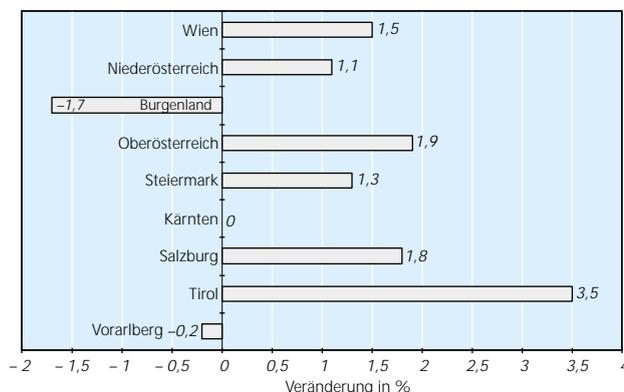
Bundesland	prozentuelle Veränderungen gegenüber dem Vorjahr ¹⁾		
	Rückgang/Zunahme der Untersuchungen	Rückgang der Geburten	Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in % unter Berücksichtigung des Geburtenrückganges ²⁾
Wien	+ 1,0	- 0,5	+ 1,5
Niederösterreich	- 3,0	- 4,1	+ 1,1
Burgenland	- 6,0	- 4,3	- 1,7
Oberösterreich	- 3,4	- 5,3	+ 1,9
Steiermark	- 2,3	- 3,6	+ 1,3
Kärnten	- 4,7	- 4,7	0,0
Salzburg	- 0,4	- 2,2	+ 1,8
Tirol	- 4,4	- 7,9	+ 3,5
Vorarlberg	- 3,3	- 3,1	- 0,2
Österreich	- 2,3	- 3,8	+ 1,5

1) Zeitraum: 1. – 4. Quartal 1998/1999.

2) Ohne Berücksichtigung jener Schwangerschaften, welche noch in das Jahr 1998 fielen.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Grafik 14: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern)



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Für die Gesundheit von Mutter und Kind im Bereich der Geburtshilfe ist ein hochwertiges Betreuungs- und Prophylaxesystem unabdingbar. So können im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen u. a. Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten leichter und schneller erkannt werden und zu einer Verringerung von Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt führen.

Die Ärztekammer warnt sowohl vor den gesundheitlichen als auch den sozialmedizinischen und sozialpolitischen Auswirkungen, welche sich aus einer Gefährdung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems ergeben würde. So besteht z. B. die Gefahr der schlechteren Betreuung von sozial Schwächeren, was zu mehr Missbildungen (insbesondere im Bereich der Hüftgelenkdysplasien) und damit zu Spätfolgekosten in größerem Ausmaß führen könnte.

Langfristig trifft ein Negativtrend jedoch vor allem die Zwei- bis Vierjährigen. Zu den Gesundheitsproblemen, die leicht übersehen werden können, zählen Entwicklungsstörungen. Oftmals verbirgt sich hinter einer Sprachverzögerung, einer grob- oder feinmotorischen Ungeschicklichkeit eine Teilleistungsschwäche oder eine Wahrnehmungsstörung. Unbehandelt fallen die Kinder dann durch Schulprobleme auf. Weitere Gesundheitsprobleme betreffen Hörstörungen infolge häufiger Mittelohrentzündungen, Fehlernährung und durch Malabsorptionssyndrome bedingter Minderwuchs. Ferner müsste mit einer erhöhten Zahl von Sehfehlern gerechnet werden, wenn zu wenig Untersuchungen vorgenommen werden. Darüber hinaus ist aber auch ein Anstieg bei den chronischen Erkrankungen zu erwarten, deren Früherkennung durch das Auslassen von Untersuchungen erschwert wird (z. B. Asthma bronchiale).

Werden Erkrankungen bei Kindern zu spät erkannt, verursacht das nicht nur persönliches Leid, sondern auch enorme volkswirtschaftliche Folgekosten. Besonders im Bereich der Stoffwechselstörungen, Seh- und Hörschwächen, Erkrankungen des Bewegungsapparates oder hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit (welche seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 von 20 Promille auf 5,1 Promille 1999 gesunken ist) können die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vorbeugend einwirken.

Wenngleich sich die Befürchtungen eines starken Rückgangs von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen als Folge des Wegfalls der erhöhten Geburtenbeihilfe nicht in diesem Ausmaß bestätigt haben, bestehen dennoch Bemühungen zu zusätzlichen Informations- und Betreuungsmaßnahmen. Im Entwurf eines Wiener Frauengesundheitsprogrammes wird ein Maßnahmenpaket vorgeschlagen, welches nicht nur auf eine verbesserte medizinische Betreuung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und danach abzielt, sondern auch eine enge Zusammenarbeit von Sozialeinrichtungen, Familienhebammen der Magistratsabteilung 15, niedergelassenen Hebammen und ÄrztInnen sicherstellen soll.

Derzeit wird das Wiener Sicherheitsnetz in Sachen Vorsorgemedizin noch als sehr solide bezeichnet. Nach dem neuen Wiener Impfkonzept (1998) stehen allen Kindern im Vorschulalter die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen kostenlos in den Elternberatungsstellen, Bezirksgesundheitsämtern und bei den niedergelassenen ÄrztInnen zur Verfügung. Im Schulalter erhalten die SchülerInnen die vorgesehenen Impfungen kostenlos in den Schulen oder in den Bezirksgesundheitsämtern.

7.6.2 Die Wiener Elternberatungsstellen

In den 55 Wiener Elternberatungsstellen fanden 1999 an 3.609 Beratungstagen 59.458 vorsorgemedizinische Untersuchungen und Beratungen statt. Dieses für die Wiener Bevölkerung kostenlose Angebot wird den Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum 6. Lebensjahr von ÄrztInnen, SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen angeboten.

Neben den Untersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Eintragungen, Vitamin-D- und Vitamin-K-Gaben und kostenlosen Impfungen wurden Beratungen, z. B. über Ernährung, Pflege, Entwicklung, Elternschaft oder Erziehung, durchgeführt.

Seit Ende 1998 werden außer in den öffentlichen Impfstellen auch bei den niedergelassenen KinderärztInnen die empfohlenen Kinderimpfungen kostenlos verabreicht. Dies bewirkte einen Rückgang der Besucherfrequenz in den Elternberatungsstellen um ein Drittel im Vergleich zu 1998 (85.882 Beratungen). Die Anzahl der in den Elternberatungsstellen erstmals vorgestellten Säuglinge betrug 1999 insgesamt 4.187

(vorgestellte Säuglinge insgesamt: 30.966). Die Beratungsstellen wurden im Berichtsjahr von 55 teilbeschäftigten ÄrztInnen (KinderfachärztInnen und praktische ÄrztInnen) betreut, welche 25.948 Kleinkinder untersuchten.

Im Jahr 2000 ist die Neuorganisation der Elternberatungen mit Auflassung einzelner Stellen und Neuzukommen von Beratungsangeboten vor allem in den neun Eltern-Kind-Zentren geplant.

Die Eltern-Kind-Zentren richten ihr Informations- und Beratungsangebot an die Zielgruppe „werdende Eltern, Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“. Neben den Beratungen durch SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen stehen auch PsychologInnen und Familienhebammen zur Verfügung. Es werden Hör- und Sehtests sowie entwicklungsdiagnostische Untersuchungen durchgeführt. Neben den Elternberatungen finden auch Elternschulen, Stillgruppen, Elterncafés, etc. statt. Dadurch soll die Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge in Bezug auf die Kinder gefördert werden.

Hör- und Sehtests

Hören und Sehen sind entscheidende Funktionen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Menschen. Schlecht hörende Kinder lernen verzögert zu sprechen und finden dadurch oft kaum Kontakt zur Umwelt. Sprachstörungen und Lernschwierigkeiten sind die Folge. Ebenso ist die Früherkennung und Frühbehandlung von Sehfehlern außerordentlich wichtig. Jedes siebente bis achte Kind im Vorschulalter braucht eine augenärztliche Behandlung. Sehschwache Kinder sind in der Schule benachteiligt, eine Behandlung kommt dann oft schon zu spät.

Zur frühzeitigen Identifikation von Seh- und Hörstörungen wird in allen Wiener Tagesheimen dieses Screening durchgeführt. 1999 wurden bei 11.955 fünfjährigen Kindern Hörtestungen vorgenommen, wobei 780 Kinder auffällig waren. Sehtestungen werden ab dem vollendeten 3. Lebensjahr durchgeführt. 1999 waren dies 15.988 Untersuchungen. Es wurden 2.060 Kinder mit Auffälligkeiten wie Schwachsichtigkeit, Schielen oder Störungen des räumlichen Sehens gefunden.

Entwicklungsdiagnostische Untersuchungen

An zwei entwicklungsdiagnostischen Stellen der Stadt Wien erfolgt die Überprüfung der psychischen und motorischen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, um möglichst frühzeitig drohende Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen zu erkennen und die notwendige Frühförderung bzw. Therapie einzuleiten. Im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes werden die Säuglinge nach einer Risikoschwangerschaft oder einer komplizierten Geburt im Alter von vier, sieben und 15 Monaten zu einer Untersuchung eingeladen. 1999 wurden in den beiden Stellen (1100, Gellertgasse 42–48; 1180, Währinger Gürtel 141) insgesamt 8.936 Untersuchungen vorgenommen. Von den 772 Erstuntersuchungen nach dem Wiener Risikokinderprogramm waren 93 Kinder gering auffällig und acht Kinder deutlich auffällig. Es wurden Auffälligkeiten im Sinne von motorischen Bewegungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsschwächen, Sprachstörungen und Verhaltensproblemen bis hin zu Mehrfachbehinderung diagnostiziert. Die Frühförderung von Risikokindern oder beeinträchtigten Kindern muss so rasch wie möglich einsetzen, um eine Verminderung dieser Auffälligkeiten erreichen und die weitere Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen zu können.

Familienhebammen

Die elf Familienhebammen der Stadt Wien betreuen werdende und „eben gewordene“ Mütter. Die Hauptaufgaben sind Geburts- und Stillvorbereitung, Abbau von Geburtsängsten, Schwangerengymnastik mit Atem- und Entspannungsübungen und Betreuung von Risikoschwangeren. Die Familienhebammen sind in einigen Schwangerenambulanzen der Wiener Spitäler, in Eltern-Kind-Zentren und an vier Stützpunkten tätig. Es werden aber auch Hausbesuche angeboten.

Eine optimale Schwangerenvorsorge ist ein wesentlicher Beitrag zur Senkung von Frühgeburtenrate und Säuglingssterblichkeit sowie zur Prävention von Morbidität. Neben der ärztlichen ist auch die psychosoziale Betreuung bedeutend. Hier setzt die Arbeit der Familienhebammen mit ihren Schwerpunkten an. Durch niederschwellige Betreuung können Probleme und Unsicherheiten frühzeitig angesprochen, Lösungen erarbeitet und Ratschläge erteilt werden, noch bevor sich die Ängste manifestieren. Die Frauen werden in ihrer Kompetenz bestärkt. Auf diese Weise können einige psychische Faktoren vermieden werden, die

zum Zustandekommen einer Früh- oder Risikogeburt beitragen. 1999 wurden insgesamt 5.303 schwangere Frauen betreut, davon waren 1.510 Risikoschwangere.

Gezielte Betreuung bei Vorliegen sozialer Risikofaktoren

Im Sommer 1998 wurde anhand einer repräsentativen Stichprobe an 13 Elternberatungsstellen das Ausmaß der Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erhoben. Die Ergebnisse wiesen eindeutig auf die ungleiche Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit hin. Die einzelnen Bezirksergebnisse zeigten, dass Mütter nichtösterreichischer Herkunft weniger oft an den Untersuchungen teilnahmen als InländerInnen. Die Bezirke 2, 16 und 20 etwa schnitten schlechter ab als die Bezirke 13, 14, 18 und 23.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Schwangeren- und Neugeborenen-Untersuchungen nach Sozial- und Lebensumständen wurde aber bereits während den Jahren der erhöhten Geburtenbeihilfe beobachtet. Besonderes Augenmerk sollte daher auch künftig auf die Gruppe jener sozial benachteiligten Frauen gelegt werden, welche ein oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweisen:

- Alter unter 20 Jahre,
- Pflichtschule ohne Berufsausbildung,
- Ausländerin,
- drei Kinder oder mehr,
- lebt ohne den Vater der Kinder,
- ungeplante Schwangerschaft.

Im Jahr 1999 wurde ein zweites Frauen-Eltern-Mädchen-Zentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital (FEM Süd),⁹¹ das vor allem auch für die Gruppe der sozial benachteiligten Frauen eine Anlaufstelle ist, eröffnet.

Früherkennung von medizinischen Risikofaktoren

Im November 1993 wurden bei dem ExpertInnensymposium „Kinder kriegen in Wien“ Standards für die Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung festgelegt, die auch die Durchführung zusätzlicher Untersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt – über das Mutter-Kind-Pass-Programm hinausgehend – vorsehen. Dabei geht es neben der Früherkennung von Fehlentwicklungen vor allem auch um die Diagnose und Therapie von Diabetes. Dem liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass es auch in der Schwangerschaft zu Diabeteserkrankungen kommen kann.

7.6.3 Perinatalzentren

Die Schaffung von Perinatalzentren, vor allem im AKH und im Donauespital, an die Risikoschwangere überwiesen werden (incl. Antenatal-Transport), hat sich bewährt. Ein drittes Zentrum wurde 1999 im Wilhelminenspital (Glanzing) eröffnet. Im Sommer 2000 ging auch das „Babynest Glanzing im Wilhelminenspital“ in Betrieb. Dies ist eine soziale Einrichtung, in der schwangere Frauen in Problemsituationen anonym Beratung und Information erhalten. In ausweglosen Lebenslagen können sie ihr Neugeborenes anonym im Babynest deponieren, wodurch über Sensoren in der Kinderambulanz Alarm ausgelöst und der Säugling sofort abgeholt und medizinisch betreut wird.

Perinatalzentren bieten die höchste Versorgungsstufe für Neugeborene und Frühgeborene aller Gewichtsklassen. Insbesondere Risikoschwangerschaften mit Bedarf einer intensivmedizinischen Betreuung der Säuglinge werden hier behandelt. Ein derartiges Zentrum soll unmittelbar an die Geburtshilfe angeschlossen und in eine Kinderabteilung integriert sein bzw. alle Spezialfächer (wie Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Radiologie mit Computertomographie, Kinderkardiologie, etc.) direkt zur Verfügung haben.

⁹¹ Das erste Frauen-Eltern-Mädchen-Zentrum befindet sich in der Semmelweis-Klinik.

VIII.
GESUNDHEITS-
VERSORGUNG IN WIEN

*HEALTH CARE
IN VIENNA*

8	GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN	273
	8.1 Intramurale (stationäre) Versorgung	274
	8.2 Extramurale (ambulante) Versorgung	280
	8.2.1 Ambulatorien	281
	8.2.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien	282
	8.2.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	284
	8.2.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst	284
	8.2.5 Hebammen	284
	8.2.6 Ausbildung in Wien	286
	8.2.7 Psychosoziale Betreuung	286
	8.2.7.1 Kuratorium Psychosozialer Dienste	286
	8.2.7.2 PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen	287
	8.3 Ärztinnen und Ärzte	288
	8.3.1 Aktueller Stand der ärztlichen Versorgung	288
	8.3.2 Betreuung durch ÄrztInnen	289
	8.3.3 Kassenärztliche Versorgung	289
	8.3.3.1 Visiten	294
	8.4 ZahnärztInnen und DentistInnen	297
	8.5 Apotheken	299
	8.6 Wiener Rettungsdienste	301

8 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN

Mag. Thomas WINKLER
MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung

Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem basiert auf einer gesamtstaatlichen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Die gesetzliche Regelung der Pflichtversicherung stellt somit für alle BürgerInnen den Zugang zu einer umfassenden medizinischen und sozialen Versorgung sicher. Das Sozialversicherungssystem wird im Wesentlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung getragen. Das Bundespflegegeldgesetz regelt zudem die Hilfestellung für pflegebedürftige Personen durch finanzielle Unterstützung.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich erfolgt einerseits durch die Sozialversicherungsträger und andererseits durch die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden). Private Zusatzversicherungen sind möglich. Die Gesundheitsausgaben Österreichs im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt platzieren unser Land mit einem Anteil von etwa acht Prozent im Mittelfeld der OECD-Länder.

Die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens in den letzten Jahren ist wie in den meisten mitteleuropäischen Ländern durch gesundheitspolitische Bemühungen gekennzeichnet, den finanziellen Konsequenzen des medizinischen und technologischen Fortschritts, und der gesteigerten **Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen** durch die Bevölkerung, gerecht zu werden. Ein Blick auf die soziodemographische Entwicklung sowie die Trends hinsichtlich Morbidität und Mortalität zeigt, dass auf Grund der prognostizierten Steigerung des Anteils älterer Menschen und der zunehmenden Chronifizierung von Erkrankungen diese Anstrengungen auch in Zukunft erforderlich sein werden.

Introduction

Health care in Austria is based on the principle of state responsibility. Statutory regulations for compulsory insurance have established access to comprehensive medical and social care for all citizens. In principle, social insurance is made up of statutory health insurance, accident insurance and old age pension insurance. In addition, the federal act on nursing allowance was enforced to ensure financial support for those in need of nursing care.

The Austrian health care system is financed in part by the social security authorities and by the central, regional and local authorities, i.e. the federal state, the provinces and municipalities. Supplementary private insurance is optional. Expenditures for health care make up approximately 8 percent of our gross national product, which puts Austria about halfway down the list of OECD countries.

*In recent years, health care in Austria as in most other Central European countries has been characterised by a need to find financial solutions for medical and technological progress and for the resulting increase in **utilisation of medical institutions**. Socio-demographic developments and the trends in morbidity and mortality, i.e. an increase in the proportion of elderly people and a spread of chronic diseases clearly indicate that these efforts must continue in the future.*

In nahezu allen Gesundheitssystemen findet derzeit eine umfassende Diskussion zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen und zur **Finanzierbarkeit** von Gesundheitsleistungen statt.

Most health care systems are currently concerned with the production and financing of goods and health care services.

8.1 Intramurale (stationäre) Versorgung

Zusammenfassung

Das seit Jänner 1997 eingeführte Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) stellt ein neues Verrechnungssystem für Krankenanstalten dar. Demnach erfolgt die Abrechnung der von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nicht mehr nach Pflgetagen, sondern nach Diagnosen (Fallpauschalen). Dadurch soll es zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer von PatientInnen in Spitälern kommen.

Im zentralen Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen sind 56 Einrichtungen für Wien angeführt. Insgesamt standen im Zeitraum 1998/1999 rund 20.000 Betten in diesen Einrichtungen zur Verfügung. 39 Krankenanstalten sind der Akutversorgung zuzurechnen, wovon 27 Fondskrankenanstalten sind. Der Wiener Krankenanstaltenverbund führt als Träger 17 Krankenanstalten.

Summary: Intramural (inpatient) care

In 1997, service-oriented hospital funding was introduced as a new clearing system for hospitals. Costs for services performed in hospitals are no longer calculated by the number of days but by diagnosis, with lump sums established for different illnesses. This is to encourage shorter duration of hospital stays.

At the Federal Ministry for Social Security and Generations, 56 hospital institutions are registered for all of Vienna. In 1998/1999, approximately 20,000 beds were available at these hospitals. Of the 39 hospitals providing acute medical care, 27 are funded privately, 17 hospitals are run by the Vienna Hospital Association.

Im zentralen Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen sind 56 Krankenanstalten⁹² für Wien verzeichnet. 39 Krankenanstalten sind der Akutversorgung zuzurechnen. Das sind die 27 Fondskrankenanstalten, die beiden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt geführten Unfallkrankenhäuser, sieben private (nicht gemeinnützige) Sanatorien, das Heeresspital in Stammersdorf sowie die beiden Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie in Kalksburg und Ybbs an der Donau. Weiters werden 15 Pflegeanstalten für chronisch Kranke, ein Rehabilitationszentrum der AUVA und ein Sanatorium, das nicht der Akutversorgung zuzurechnen ist, im Verzeichnis der Krankenanstalten für Wien angeführt. Insgesamt standen im Zeitraum 1998/99 rund 20.000 Betten in Einrichtungen nach dem Krankenanstaltengesetz zur Verfügung⁹². Hinsichtlich der Bettenanzahl heben sich das Allgemeine Krankenhaus, das Krankenhaus Lainz, das Wilhelminenspital und das Sozialmedizinische Zentrum Ost-Donauspital mit jeweils über 900 Betten deutlich von den übrigen Wiener Krankenanstalten ab. Die mit Abstand meisten Akutbetten werden in den Fachbereichen Interne Medizin und Chirurgie vorgehalten (vgl. Tabelle 1 und 2; Spalte bettenführende Fachrichtungen).

⁹² Siehe Tabellen 1 bis 3.

Gemäß der „Vereinbarung Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ sind Fondskrankenanstalten:

- die öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und öffentlichen Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilung in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie;
- private allgemeine Krankenanstalten (d. h. allgemeine Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht), die gemäß § 16 KAG gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Gemäß § 16 Abs. 1 KAG ist eine Krankenanstalt als gemeinnützig zu betrachten, wenn

- ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird;
- die Pfleglinge so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
- für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich ist;
- LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;
- die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

Die Fondskrankenanstalten werden (zur Gänze oder zum Großteil) aus Mitteln des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert. Bund, Land Wien und Sozialversicherung leisten Beiträge zum Fonds. Die Krankenanstalten unterliegen den zwischen Bund und den Ländern getroffenen Vereinbarungen im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan und werden auf der Grundlage des Modells der LKF (Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) finanziert.

Von den 27 Fondskrankenanstalten werden 16 Krankenanstalten vom Wiener Krankenanstaltenverband⁹³ geführt. Bei einem Stand von 9.192⁹⁴ durchschnittlich systemisierten Betten wurden im Jahr 1999 373.326 PatientInnen in 3.078.358 Pflagetagen betreut. Die Frequenzen ambulanter PatientInnen haben 3.574.353 betragen. Mit Stand 31.12.1999 waren in den 17 Krankenanstalten 25.516 Personen beschäftigt.⁹⁵

Das unter der Trägerschaft des Roten Kreuzes stehende St. Anna Kinderspital ist per Affiliierungsvertrag mit dem Allgemeinen Krankenhaus verbunden. Die übrigen zehn Fondskrankenanstalten stehen mit Ausnahme des von der Wiener Gebietskrankenkasse geführten Hanusch-Krankenhauses unter konfessioneller Trägerschaft. Alle Fondskrankenanstalten sind definitionsgemäß gemeinnützige Krankenanstalten, das Öffentlichkeitsrecht wurde nur an die Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbandes sowie an das Orthopädische Spital in Speising und an das Hanusch-Krankenhaus verliehen.

Nach der Krankenanstalten-Kostenrechnungsverordnung wird das Allgemeine Krankenhaus als Krankenanstalt mit Zentralversorgungsfunktion⁹⁶ geführt. Das Krankenhaus Lainz und das Pulmologische Zentrum sind Krankenanstalten des Typs 2 (Krankenanstalten der Zentralversorgung – räumlich getrennt). Krankenanstalten der Schwerpunktversorgung (Typ 4) sind das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die

⁹³ Für detaillierte Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des Wiener Krankenanstaltenverbandes siehe Wiener Krankenanstaltenverband, Generaldirektion: Leistungsbericht 99, Wien 2000.

⁹⁴ Inkl. 145 durchschnittlich systemisierte Betten des Therapiezentrum Ybbs, das keine Fondskrankenanstalt ist.

⁹⁵ Insgesamt 31.957 MitarbeiterInnen (Pflegeheime: 5.508; Generaldirektion: 263; Serviceeinheit Wäsche und Reinigung: 223; ADV: 447).

⁹⁶ Zur Erklärung siehe folgende Seite.

Krankenanstalt Rudolfstiftung, das Kaiser-Franz-Josef-Spital, das Hanusch-Krankenhaus, das Wilhelminenspital und das Sozialmedizinische Zentrum Ost – Donauspital, die durch mehrere Sonderkrankenanstalten (Preyer'sches Kinderspital, Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel, Semmelweis-Frauenklinik, Orthopädische Krankenanstalt Gersthof) ergänzt werden. Die übrigen Krankenanstalten der Akutversorgung sind der Standardversorgung zuzurechnen.

Begriffe und Abkürzungen

Nach der Krankenanstalten-Kostenrechnungsverordnung werden folgende Typen von Krankenanstalten unterschieden:

- 1 = Zentralversorgungsfunktion (grundsätzlich alle dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Abteilungen, Forschung und Lehre)
- 2 = Zentralversorgungsfunktion (räumlich getrennt): Die Landesregierung kann bestimmen, dass die Voraussetzung nach § 3 Abs. 1 lit. b und c Wiener Krankenanstaltengesetz auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen funktionell organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesregierung bestimmen, dass von der Errichtung nach § 3 Abs. lit. b einzelner vorgesehener Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die KA vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen vorhanden sind.
- 3 = Schwerpunktversorgungsfunktion
- 4 = Schwerpunktversorgungsfunktion (räumlich getrennt)
- 5 = erweiterte Standardversorgungsfunktion (> 200 Betten, fünf bis zehn Abteilungen)
- 6 = Standardversorgungsfunktion (> 200 Betten, drei bis vier Abteilungen)
- 7 = verringerte Standardversorgungsfunktion (< 200 Betten, drei bis vier Abteilungen)
- 8 = Sonderkrankenanstalt untergliedert in
 - 8.1 = operativ
 - 8.2 = nicht operativ
- 9 = sonstige Krankenanstalten, die nicht im Krankenanstaltengesetz § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 (und/oder nicht im österreichischen Krankenanstaltenplan) enthalten sind

A. ö. KA	Allgemeine öffentliche Krankenanstalt
SKA	Sonderkrankenanstalt
priv. KA	private Krankenanstalt
ÖR	Öffentlichkeitsrecht
m.	mit
o.	ohne
gem.	gemeinnützige
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AU	Augenheilkunde
CH	Chirurgie
DER	Dermatologie
GEM	gemischter Belag
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
IM	Innere Medizin
KCH	Kinderchirurgie
KI	Kinderheilkunde
MKC	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NEU	Neurologie
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
PCH	Plastische Chirurgie
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
STR	Radioonkologie – Strahlentherapie
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie

Tabelle 1: Fondskrankenanstalten

Krankenanstalt	Status	Typ	Bezirk	Träger	Betten ¹	bettenführende Fachrichtungen	Intensivbereiche
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	KA o. ÖR	4	2.	Konvent der Barmherzigen Brüder	384	CH, IM, GGH, AU, HNO, URO	CH, IM
Herz-Jesu-Krankenhaus	KA o. ÖR	7	3.	Kongregation der Dienerinnen des Heiligsten Herzen Jesu	130	CH, IM, OR	keine
Krankenanstalt Rudolfstiftung	A. ö. KA	3	3.	Wiener Krankenanstaltenverband	798	CH, NC, IM, GGH, NEU, DER, AU, HNO, URO	AN, IM, KI
Krankenhaus St. Elisabeth	KA o. ÖR	6	3.	Konvent der Elisabethinen	152	CH, IM	AN
Hartmannspital	priv. gemeinnützige KA	7	5.	Franziskanerinnen von der christlichen Liebe	160	CH, IM	AN
Spital der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul	KA. o. ÖR	6	6.	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Betriebsgesellschaft mbH	199	CH, IM	keine
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital	A. ö. KA	8.2	7.	Wiener Krankenanstaltenverband	70	IM	keine
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken	A. ö. KA	1	9.	Wiener Krankenanstaltenverband	2.055	CH, NC, IM, GGH, NEU, PSY, KI, KCH, DER, AU, HNO, URO, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UC, MKC, STR, GEM	AN, CH, NC, IM, PSY, KI, PCH
Evangelisches Krankenhaus	gem. KA o. ÖR	5	9. 18.	Evangelischer Krankenhausverein	278	CH, IM, GGH, NEU, OR, MKC	AN
St. Anna Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	SKA o. ÖR	1	9.	Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Wien	123	KI, HNO	KI
Gottfried von Preyer'sches Kinderspital der Stadt Wien	SKA m. ÖR	4	10.	Wiener Krankenanstaltenverband	130	KI, KCH	AN, KI
Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien	A. ö. KA	3	10.	Wiener Krankenanstaltenverband	719	CH, IM, GGH, NEU, PSY, HNO, URO	AN, IM
Krankenhaus der Stadt Wien – Lainz	A. ö. KA	2	13.	Wiener Krankenanstaltenverband	1.039	CH, IM, GGH, NEU, PSY, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, STR	AN, IM
Neurologisches Krankenhaus der Stadt Wien – Rosenhügel	SKA m. ÖR	4	13.	Wiener Krankenanstaltenverband	200	NEU, PSY	NEU
Orthopädisches Spital	SKA o. ÖR	8.1	13.	Orthopädisches Spital Speising GmbH., Missionskongregation der Dienerinnen des Heiligen Geistes	265	OR	keine
St.-Josef-Krankenhaus	Gem. KA o. ÖR	6	13.	St.-Josef-Krankenhaus GmbH	164	CH, IM, GGH	keine
Hanusch-Krankenhaus	A. ö. KA	3	14.	Wiener Gebietskrankenkasse	534	CH, IM, GGH, AU, HNO, URO, UC	AN, IM
Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe	SKA m. ÖR	8.2	14.	Wiener Krankenanstaltenverband	542	IM, PSY	keine

Fortsetzung

Krankenanstalt	Status	Typ	Bezirk	Träger	Betten ¹⁾	bettenführende Fachrichtungen	Intensivbereiche
Pulmologisches Zentrum der Stadt Wien	SKA	2	14.	Wiener Krankenanstaltenverbund	447	IM, PUL, OR	IM, PUL
Kaiserin-Elisabeth-Spital der Stadt Wien	A. ö. KA	6	15.	Wiener Krankenanstaltenverbund	288	CH, IM	AN, IM
Wihelminenspital der Stadt Wien	A. ö. KA	3	16.	Wiener Krankenanstaltenverbund	1.190	CH, IM, GGH, NEU, KI, DER, URO, PCH, UC	AN, CH, IM, KI
Krankenhaus des göttlichen Heilands	A. ö. KA	6	17.	Kongregation der Töchter des göttlichen Erlösers	266	CH, IM, GGH, URO	AN
Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik	SKA m. ÖR	4	18.	Wiener Krankenanstaltenverbund	93	GGH	keine
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien	SKA m. ÖR	4	18.	Wiener Krankenanstaltenverbund	126	OR	keine
Neurologisches Krankenhaus der Stadt Wien – Maria-Theresien-Schlüssel	SKA m. ÖR	4	19.	Wiener Krankenanstaltenverbund	93	NEU	keine
Krankenhaus der Stadt Wien – Floridsdorf	A. ö. KA	6	21.	Wiener Krankenanstaltenverbund	200	CH, IM	AN, IM
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Donauspital	A. ö. KA	4	22.	Wiener Krankenanstaltenverbund	933	CH, NC, IM, GGH, NEU, PSY, KI, KCH, DER, AU, HNO, URO, OR, UC, STR	AN, IM, KI, KCH

1) Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten per 31.12.1998; Einrichtungen des KAV: durchschnittlich systemisierte Betten 1999.

Quelle: KAV-Leistungsbericht 99; Krankenanstalten-Verzeichnis Wien BMSG

Tabelle 2: Sonstige Krankenanstalten

Krankenanstalt	Status	Typ	Bezirk	Träger	Betten ¹⁾	bettenführende Fachrichtungen
Confraternität – Privatklinik Josefstadt	KA o. ÖR	7	8.	Privatklinik Josefstadt GmbH	96	GEM
Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien-Josefstadt	SKA o. ÖR	8	8.	BM für Justiz	91	GEM
Sanatorium Hera	KA o. ÖR	5	9.	KFA der Bediensteten der Stadt Wien	141	GEM
Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz	KA. o. ÖR	7	9.	Österreichische Gesellschaft vom Goldenen Kreuze	111	CH, IM, GGH
Wiener Privatklinik	priv. KA, Belegspital	9	9.	Wiener Privatklinik Betriebsgesellschaft mbH & Co KG	110	GEM
Rehabilitationszentrum Meidling	SKA o. ÖR	8	12.	AUVA Wien	52	NEU
Unfallkrankenhaus Meidling	SKA o. ÖR	8	12.	AUVA Wien	120	UC
Sanatorium Liebhartstal	Sanatorium	9	16.	Formanek GmbH	100	IM
Privatklinik Sanatorium Döbling	Priv. KA, Belegspital	9	19.	AKL-Sanatorium-Betriebsgesellschaft mbH & Co. KG	160	GEM
Privatklinik Grinzing	Priv. KA, Belegspital	8	19.	Privatklinik Grinzing GmbH	33	GEM
Arbeitsunfallkrankenhaus Lorenz Böhler	SKA o. ÖR	8	20.	AUVA	128	UC

Fortsetzung

Krankenanstalt	Status	Typ	Bezirk	Träger	Betten ¹⁾	bettenführende Fachrichtungen
Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus	Priv. KA, Belegspital	9	19.	Rudolfiner-Verein, Rotes Kreuz	147	GEM
Heeresspital Wien	SKA o. ÖR	8	21.	BM für Landesverteidigung	146	CH, IM, HNO, AU, MKC, DER
Anton-Prokosch-Institut, Sonderkrankenanstalt für Alkohol- und Drogenabhängige	SKA o. ÖR	8	23.	Stiftung Genesungsheim Kalksburg	237	PSY
Therapiezentrum Ybbs	SKA o. ÖR	8.2	Melk/NÖ	Wiener Krankenanstaltenverbund	145	PSY

1) Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten per 31.12.1998; Einrichtungen des KAV: durchschnittlich systemisierte Betten 1999.

Quelle: KAV-Leistungsbericht 99; Krankenanstalten-Verzeichnis Wien BMSG

Tabelle 3: Pflegeanstalten für chronisch Kranke

	Träger	Typ	Bezirk	Betten
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital – Pflegeheim	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	7.	147
Geriatrizentrum am Wienerwald	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	13.	2.725
Förderpflegeheim der Stadt Wien	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	14.	57
Pflegeheim der Stadt Wien – Sanatoriumstraße	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	14.	124
Pflegeheim der Stadt Wien – Baumgarten	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	14.	966
Pflegeabteilung Pulmologisches Zentrum	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	14.	130
Institut Haus der Barmherzigkeit	Institut Haus der Barmherzigkeit	9	18.	601
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Pflegeheim	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	21.	405
Pflegeheim der Stadt Wien – Liesing	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	23.	342
Pflegeheim der Stadt Wien – St. Andrä	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	St. Pölten Land	200
Pflegeheim der Stadt Wien – Klosterneuburg	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	Wien-Umgebung	273
Therapiezentrum Ybbs – Pflegeheim	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	Melk	265
Therapiezentrum Ybbs – Förderpflegeheim	Wiener Krankenanstaltenverbund	9	Melk	135

1) Systemisierte Betten mit Stand 31.12.1999.

Quelle: MA-L – Gesundheitsplanung: eigene Erhebungen; Krankenanstalten-Verzeichnis Wien BMSG

8.2 Extramurale (ambulante) Versorgung

Zusammenfassung

Neben den in Krankenanstalten eingerichteten Ambulanzen stehen der Wiener Bevölkerung 219 Ambulatorien mit einem weiten Spektrum an Untersuchungs- und Behandlungsangeboten zur Verfügung.

Die Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien und die Pflege- und Sozialdienste privater Organisationen, die Mitglieder des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste sind, ermöglichen betreuungsbedürftigen/kranken Menschen durch entsprechende Betreuung, Pflege und Anleitung, in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld zu bleiben. Ergänzend tritt das Angebot freiberuflich tätiger Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes hinzu.

Die mobilen Familienhebammen der MA 15 bieten Geburtsvorbereitungskurse, Einzelgespräche, Paarkurse, Atem-, Entspannungs- und Gymnastikübungen sowie Hausbesuche (v. a. bei Risikoschwangerschaften) an. Insgesamt standen 1999 den gebärenden Frauen 319 Hebammen (darunter 240 Hebammen in Krankenanstalten und 48 freipraktizierende Hebammen) zur Seite.

Für die psychosoziale Versorgung gibt es in Wien neben acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien einen sozialpsychiatrischen Notdienst, ein Ambulatorium für Suchtkranke, Einrichtungen zur Übergangspflege sowie sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zu den Entgiftungsstationen in Spitälern. Daneben sind zahlreiche Klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen für die psychische Gesundheit der Bevölkerung tätig.

Summary: Extramural (outpatient) care

In addition to with emergency wards in hospitals there are 219 outpatient clinics in Vienna, all of which offer a wide range of examinations and treatments.

The city's mobile health and nursing care, and the care and social services run by private organisations (members of the umbrella association of Viennese Care and Social Services) offer assistance, care and guidance to sick people and people in need of care in their own homes. Their work is complemented by the activities of self-employed workers in higher positions of health and medical care and of medical-technical services.

Mobile family midwives employed by the Municipal Department 15 – Public Health – offer prenatal classes, individual consultations, courses for couples, breathing, relaxation and physical exercises as well as house calls (particularly with risk pregnancies). In 1999, a total of 319 midwives actively assisted women in labour. Of these, 240 were employed in hospitals and 48 were self-employed.

The network for psycho-social care in Vienna is made up of 8 socio-psychiatric outpatient clinics, one socio-psychiatric emergency service, one outpatient clinic for people with addictions, as well as institutions for transitional care and contact points to detoxification wards at hospitals. A number of medical psychologists, health psychologists and psychotherapists are dedicated to supporting this network.

8.2.1 Ambulatorien

Neben den in Krankenanstalten eingerichteten Ambulanzen⁹⁷ steht in Wien eine größere Zahl von Ambulatorien zur ambulanten Behandlung zur Verfügung. Rund 85 Prozent der Einrichtungen werden von privaten Rechtsträgern unterhalten, rund 15 Prozent werden von Krankenkassen und Betrieben finanziert.

Tabelle 4: Private Krankenanstalten in Form von selbständigen Ambulatorien, 1999

Rechtsträger	Anzahl der Ambulatorien
Wiener Gebietskrankenkasse	11
andere Krankenkassen	12
Betriebsambulatorien	9
sonstige Rechtsträger	187
insgesamt	219

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/6

Unter dem Gesichtspunkt der angebotenen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten gliedern sich die 219 Ambulatorien wie folgt auf:

- 40 Einrichtungen für physikalische Medizin,
- 11 psychosoziale Stationen,
- 14 Institute für Computertomographie,
- 8 Ambulatorien für Magnetresonanz-Tomographie bzw. für Computer- und Magnetresonanz-Tomographie,
- 11 Institute für Labormedizin,
- 5 Zahnambulatorien,
- 3 Jugendzahnkliniken,
- 6 Institute für Allergie,
- 6 Institute für Orthopädie,
- 115 sonstige Ambulatorien verschiedenster Fachbereiche und Spezialeinrichtungen.

Das nichtärztliche Sanitätspersonal dieser Einrichtungen (Krankenpflegepersonal, medizinisch-technisches Personal, Sanitätshilfsdienste) besteht zu 86 Prozent aus Frauen.

Tabelle 5: Nichtärztliches Personal der selbständigen Ambulatorien, Stand 31.12.1999

nichtärztliches Sanitätspersonal	weiblich	männlich	insgesamt
medizinisch-technische Dienste	541,5	52,0	593,5
Gesundheits- und Krankenpflegefachdienste	349,0	55,0	404,0
Sanitätshilfsdienste	455,0	108,0	563,0
Hebammen	5,0	-	5,0
insgesamt	1.350,5	215,0	1.565,5

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/6 (Jahresmeldung für selbständige Ambulatorien) bzw. Referat I/1 (statistische Auswertung)

⁹⁷ Allein in den vom KAV verwalteten Krankenanstalten wurden 1999 insgesamt etwa 3.000.000 Frequenzen ambulanter Patientinnen verzeichnet. Bei den von anderen Rechtsträgern verwalteten Krankenanstalten sind vor allem die Ambulanzen des Hanusch-Krankenhauses (WGKK), des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder und der diversen Unfallspitäler (AUVA) hervorzuheben.

8.2.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien

Zu den Aufgaben der Mobilen Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien zählen die Fachpflege, Beratung, Begleitung und Anleitung von kranken Menschen sowie ihrer Angehörigen und Bezugspersonen. Dadurch sollen Krankenhausaufenthalte und Pflegeheimweisungen verkürzt, hinausgezögert oder ganz vermieden werden.

Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in der Mobilen Gesundheits- und Krankenpflege stellt die Koordination der Aktivitäten aller am Pflegeprozess beteiligten Personen dar, um so eine ganzheitliche und auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmte Pflege sicherstellen zu können.

Eine größere Anzahl von PflegeexpertInnen für spezielle Pflegehandlungen stehen bestimmten PatientInnengruppen im Bereich der Chirurgie, Dermatologie, Neurologie, Dialyse, Rehabilitation, Lungenerkrankungen, Onkologie, HIV/AIDS, Stoma, Harn- und Stuhlinkontinenz, etc. zur Seite. Dadurch können PatientInnen bei gleichzeitiger Sicherung der Pflege- und Betreuungsqualität früher aus der stationären Betreuung entlassen werden.

Ein Konsiliarpsychiater, der im Rahmen eines freien Dienstvertrages beschäftigt ist, veranlasst in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten medikamentöse sowie soziotherapeutische Maßnahmen.

Neben den therapeutischen und pflegerischen Diensten arbeitet je eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in der Gesundheitsvorsorge als Hygienefachkraft und als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege. Neben den therapeutischen und pflegerischen Diensten bzw. Leistungen ist ein wichtiger Teil der Arbeit in der Mobilen Gesundheits- und Krankenpflege die Informations- und Vermittlungstätigkeit.

Im Rahmen des Mobilen Hauskrankenpflegefachdienstes der Gemeinde Wien waren 1999 106 diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und vier diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger in elf Stützpunkten und sechs Inkontinenzberatungsstellen eingesetzt. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 5.017 PatientInnen betreut und 226.667 Hausbesuche durchgeführt. Die Betreuung erfolgte in Zusammenarbeit mit 970 niedergelassenen ÄrztInnen sowie mit verschiedenen Krankenanstalten.

Tabelle 6: Tätigkeiten der Mobilen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Gemeinde Wien für das Jahr 1999

Art der Tätigkeit	Anzahl der Leistungen
therapeutische Verrichtungen	
Überwachung der Vitalfunktionen (Puls, RR, Atmung, Temperatur, Blutzucker)	60.703
Injektionen (alle), inkl. Insulin-Vorbereitung	104.795
Sauerstoff, Beatmungs- und Absaugungsüberwachung, Flüssigkeitsbilanz, Bilanzierung	3.003
Medikamente (Verabreichung und Überwachung)	50.790
Diätüberwachung	14.018
Mobilisation (Lagerung)	10.183
Einlauf/Klysmol	1.719
Pflege	
Pflege bei Decubitus (Wundliegen)	26.707
Pflege bei Ulcera (Geschwüre)	64.288
postoperative Wundversorgung	21.818
Katheterpflege und -wechsel (Harnkatheter-Urinalpflege, Harnkatheterwechsel, Nierenkatheterpflege)	8.756
Fistelpflege	4.809
Stomapflege	7.778
Sondenernährung (Peg. Sonde)	2.989
Kanülenpflege	1.402
Augen-/Ohrentherapie	4.277
Vaginaltherapie/-pflege	1.659
medizinische Bäder, Einreibungen	95.325
Kompressionsverbände (Bandagen)	43.154
allgemeine Pflege, diverse Prophylaxemaßnahmen	73.269
aktivierende Pflege	2.011
reaktivierende Pflege	278
Terminalpflege	791
spezielle Inkontinenztherapie	2.124
Informations- und Vermittlungstätigkeit	
Beziehungspflege	27.011
Beratung, Instruktion und Gespräche in der Beratungsstelle	33.797
Informationsleistungen	
Information und Vermittlung	11.453
Berichterstattung und Zusammenarbeit mit ÄrztInnen (Visiten, Kontakte, ...)	17.164

Quelle: Magistratsabteilung 47 – Betreuung zu Hause

8.2.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Zahl der zur freiberuflichen Ausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, vorwiegend im Bereich der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch in den Sparten Kinder- und Jugendlichenpflege sowie in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.

Tabelle 7: Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	Ø 1996–1998	1999
allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	703	1.031
Kinder- und Jugendlichenpflege	37	47
psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	27	39
insgesamt	767	1.117

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

8.2.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst

Eine Reihe von gehobenen medizinisch-technischen Diensten wird freiberuflich (ambulant oder in einer Praxis) angeboten, wobei die Zahl der Ausübenden von Jahr zu Jahr steigt. Überwiegend handelt es sich dabei um die von PhysiotherapeutInnen angebotenen Dienste. Kaum ins Gewicht fällt hingegen der Diät-dienst bzw. der ernährungsmedizinische Beratungsdienst.

Tabelle 8: Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

gehobene medizinisch-technische Dienste	Ø 1996–1998	1999
physiotherapeutischer Dienst	981	1.053
logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst	135	149
ergotherapeutischer Dienst	164	189
Diät-dienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	15	23
insgesamt	1.295	1.414

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

8.2.5 Hebammen

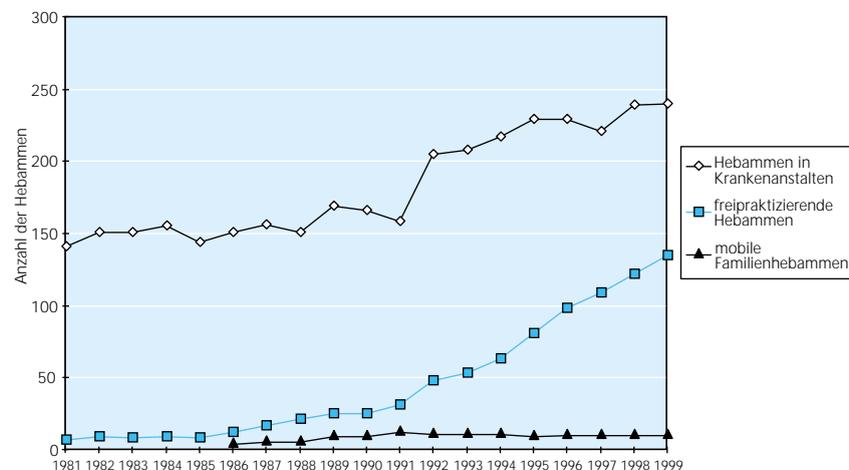
Seit 1985 ist ein kontinuierlicher Anstieg an Hebammen festzustellen. 1999 standen den gebärenden Frauen insgesamt 319⁹⁸ Hebammen zur Verfügung. 240 Hebammen, d. s. rund 75 Prozent, waren in Krankenanstalten beschäftigt.

Die Anzahl der Hebammen mit einer Niederlassungsbewilligung nimmt nach wie vor deutlich zu. Allerdings ist der Großteil der freipraktizierenden Hebammen auch im Dienstverhältnis zu Krankenanstalten und anderen Einrichtungen tätig. Von den 135 Hebammen mit einer Niederlassungsbewilligung arbeiteten nur 48 ausschließlich auf freiberuflicher Basis.

⁹⁸ Davon sind 22 Hebammen in Krankenanstalten außerhalb Wiens beschäftigt.

Seit 1986 beschäftigt die Magistratsabteilung 15 in Wien mobile **Familienhebammen**. 1999 waren es zehn Hebammen, die Geburtsvorbereitungskurse, Einzelgespräche, Paarkurse, Einzelpaarberatungen, Atem- und Entspannungsübungen, Gymnastikübungen in vier eigenen Stützpunkten sowie Hausbesuche (v. a. bei Risikoschwangerschaften, Schwierigkeiten während der Schwangerschaft oder im Auftrag der Ärztin/des Arztes) angeboten haben. In den Geburtsvorbereitungskursen werden Informationen zu den Themen Ernährungsverhalten, Raucherberatung, Schwangerschaft und Geburt, Stillen und Säuglingspflege weitergegeben. Nach der Geburt finden in regelmäßigen Abständen sogenannte „Babytreffs“ statt. Sie dienen dem Erfahrungsaustausch der Mütter und der Beratung. Die Familienhebammen stehen den Müttern bei allen Fragen (z. B. Stillen, Rückbildung, Pflege des Kindes, Partnerschaft, etc.) beratend zur Seite. Sämtliche Kurse, Beratungen und Hausbesuche sind kostenlos.

Grafik 1: Hebammen, 1981–1998



Quelle: Österreichisches Hebammengremium, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/1), eigene Berechnungen

Tabelle 9: Hebammen

Hebammen	Ø 1996–1998	1999
Hebammen in Krankenanstalten	211	240
freipraktizierende Hebammen	110	135 ¹⁾
Familienhebammen der MA 15	10	10

1) Inklusive Hebammen, die gleichzeitig freipraktizierend und auch als Hebammen in Krankenanstalten tätig sind. 48 Hebammen sind nur freiberuflich tätig.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/1), eigene Berechnungen

8.2.6 Ausbildung in Wien

Wiener Ausbildungsstätten gem. GuKG, MTD-G, MTF-SHD-G und HebG, Stand 31.12.1999

17 Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, davon

- 15 Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (11 WKAV, 4 privat);
 - 1 Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege (WKAV);
 - 1 Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (WKAV);

4 Pflegehilflehrgänge (1 WKAV, 3 privat);

10 Medizinisch-technische Akademien (9 WKAV, 1 Kuratorium);

1 Hebammenakademie (WKAV);

1 Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst (WKAV);

15 Ausbildungskurse für Sanitätshilfsdienste (3 WKAV, 1 MA 70, 1 MA 15, 10 privat).

30 Sonderausbildungen, Weiterbildungen und Universitätslehrgänge, davon

- 12 Sonderausbildungen WKAV (6 im Gesundheits- und Krankenpflege- und 6 im MTD-Bereich);
- 3 Sonderausbildungen privat (2 im Gesundheits- und Krankenpflege-, 1 im MTD-Bereich);
- 13 Weiterbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege (5 WKAV, 5 privat);
- 2 Universitätslehrgänge für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Tabelle 10: Ausbildungen in Wien gemäß Gesundheits- und Krankenpflege-, MTD-, MTF-SHD- und Hebammengesetz, 1999

Ausbildungen	mit Diplom/Zeugnis abgeschlossen	Nostrifikation abgeschlossen
gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	804	89
Pflegehilfe	204	53
gehobene medizinisch-technische Dienste	304	8
medizinisch-technischer Fachdienst	47	0
Sanitätshilfsdienste	688	16
Hebammen	1	1
Sonderausbildungen im gehob. Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den med.-techn. Diensten	161	0
Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	110	0
Universitätslehrgänge für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	13	0

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

8.2.7 Psychosoziale Betreuung

8.2.7.1 Kuratorium Psychosozialer Dienste

Ziel des „Kuratoriums für Psychosoziale Dienste“ (PSD) ist es, die Behandlung und die Betreuung psychisch Kranker außerhalb der stationären Einrichtungen zu ermöglichen. Wien ist in acht psychosoziale Regionen unterteilt, in denen sich jeweils ein sozialpsychiatrisches Ambulatorium mit komplementären Einrichtungen wie Tageskliniken, Wohnheimen und geschützten Werkstätten befindet. Zusammen mit den stationären Einrichtungen bilden diese teilstationären und ambulanten Betreuungsdienste eine umfassende Versorgung psychisch kranker Personen.

Für die psychosoziale Versorgung gibt es in Wien neben den acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien noch einen sozialpsychiatrischen Notdienst, ein Ambulatorium für Suchtkranke, Einrichtungen zur Übergangspflege sowie sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zur Entgiftungsstation des Wilhelminenspiitals. Von den MitarbeiterInnen des Psychosozialen Dienstes wurden im Berichtsjahr 9.573 Personen behandelt. Insgesamt wurden die angeführten Einrichtungen mehr als 109.000-mal konsultiert, wobei die meisten Konsultationen in den sozialpsychiatrischen Ambulatorien stattfanden (durchschnittlich 17 Konsultationen pro Person). Neben diesen Ambulatorien weist auch das Ambulatorium für Suchtkranke eine hohe, durchschnittliche Dichte von 14 Konsultationen pro Person auf. Die Zahl der behandelten Personen (1998: 9.230) hat im Vergleich zu 1998 um fast vier Prozent zugenommen, die Zahl der Konsultationen (1998: 101.139) um 8,5 Prozent.

Tabelle 11: Leistungen des Psychosozialen Dienstes (PSD), 1999¹⁾

Art der Einrichtung	Anzahl der		durchschnittliche Konsultationen pro Person
	behandelten Personen	Konsultationen	
8 sozialpsychiatrische Ambulatorien	5.269	88.141	17
sozialpsychiatrischer Notdienst (Krisenintervention während der Nachtstunden und an Wochenenden und Feiertagen)	2.800	6.050	2
Ambulatorium für Suchtkranke (überregionale Betreuungsstelle für Drogenabhängige)	873	12.507	14
Übergangspflege (Nachbetreuung von gerontopsychiatrischen PatientInnen)	278	2.721	10
sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zur Entgiftungsstation des Wilhelminenspiitals	353	382	1
insgesamt	9.573	109.801	–

1) Ohne Komplementäreinrichtungen der sozialpsychiatrischen Ambulatorien, Abteilung für Jugend- und Behindertenpsychiatrie, psychotherapeutische Beratungsstelle, sozialpsychiatrischer Konsiliardienst in Krankenhäusern.

Quelle: Kuratorium für Psychosoziale Dienste

8.2.7.2 PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen

Beim Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales werden Listen der eingetragenen klinischen PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen geführt. Die meisten der im Gesundheitsbereich tätigen PsychologInnen sind jedoch sowohl als GesundheitspsychologInnen als auch als klinische PsychologInnen bzw. auch als PsychotherapeutInnen verzeichnet. Überwiegend üben sie diese Tätigkeit freiberuflich aus.

Tabelle 12: Eingetragene PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Wien 1999¹⁾

Bezeichnung	Anzahl der Eintragungen ²⁾		
	nur freiberufliche Ausübung	nur Dienstort (angestellt)	freiberuflich und angestellt
klinische PsychologInnen	386	345	381
GesundheitspsychologInnen	381	341	386
PsychotherapeutInnen	1.062	364	928

1) Stand: 3.1.2000.

2) Doppel- und Dreifachnennungen möglich.

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VIII/D/14

8.3 Ärztinnen und Ärzte

Zusammenfassung

Umgerechnet auf 10.000 Wienerinnen und Wiener standen im Jahr 1999 durchschnittlich 29 FachärztInnen (davon 15,6 im niedergelassenen Bereich), 16 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (davon 7,6 im niedergelassenen Bereich) und 6,5 ZahnärztInnen (davon 5,5 im niedergelassenen Bereich) zur Verfügung.

Verträge mit der Gebietskrankenkasse hatten durchschnittlich fünf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und sechs FachärztInnen sowie 4,5 ZahnärztInnen je 10.000 EinwohnerInnen.

Summary: Medical doctors/physicians

In 1999, for every 10,000 Viennese there were 29 specialists (15.6 of whom with established offices), 16 general practitioners (7.6 of whom with established offices) and 6.5 dentists (5.5 of whom with established offices).

An average of 5 general practitioners, 6 specialists and 4.5 dentists per 10,000 inhabitants had contracts with the Vienna regional health insurance fund.

8.3.1 Aktueller Stand der ärztlichen Versorgung

Seit 1994 können ÄrztInnen mehrere Ordinationen betreiben, wodurch sich eine höhere Anzahl an Praxen als an niedergelassenen ÄrztInnen ergibt. Um die Vergleichbarkeit mit Daten aus früheren Jahren sicherzustellen, wird in diesem Kapitel von der Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen und nicht der Praxen ausgegangen.

Mit Stand 31.12.1999 waren bei der Österreichischen Ärztekammer rund 10.300 ÄrztInnen für Wien gemeldet. Daraus ergibt sich eine Zahl von 64,2 ÄrztInnen auf 10.000 EinwohnerInnen. Den weitaus größten Teil davon nehmen FachärztInnen ein (45 Prozent). Der Anteil der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin beträgt 25 Prozent; etwas mehr als zehn Prozent sind ZahnärztInnen. Der Anteil der in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte (TurnusärztInnen) beträgt etwa 19 Prozent.

Tabelle 13: ÄrztInnen nach Ausbildungskategorie, 1999

Ausbildungskategorie	alle ÄrztInnen		niedergelassene ÄrztInnen	
	absolut	auf 10.000 EW ¹⁾	absolut	auf 10.000 EW ¹⁾
in Ausbildung stehende ÄrztInnen (Turnus)	2.016	12,5	–	–
approbierte ÄrztInnen ²⁾	57	0,3	2	–
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	2.579	16,0	1.229	7,6
FachärztInnen ³⁾	4.649	28,9	2.508	15,6
ZahnärztInnen ⁴⁾	1.054	6,5	881	5,5
insgesamt	10.355	64,2	4.620	28,7

1) Bevölkerungsevidenz mit Stand 31.12.1999.

2) Approbierte ÄrztInnen: ÄrztInnen mit einem Diplom aus Deutschland; sind in etwa einem praktischen Arzt in Österreich gleichzusetzen. Der Großteil der approbierten ÄrztInnen in Österreich steht in Ausbildung in einem Krankenhaus (Facharzttausbildung).

3) Exkl. FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

4) Exkl. DentistInnen; inkl. „neue ZahnärztInnen“ (36).

Quelle: Österreichische Ärztekammer (Stand 31.12.1999), Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.1999), eigene Berechnungen

8.3.2 Betreuung durch ÄrztInnen

Umgerechnet auf 10.000 Wienerinnen und Wiener standen im Jahr 1999 durchschnittlich 29 FachärztInnen (davon 15,6 im niedergelassenen Bereich), 16 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (davon 7,6 im niedergelassenen Bereich) und 6,5 ZahnärztInnen (davon 5,5 im niedergelassenen Bereich) zur Verfügung.

Die Zahlen für niedergelassene ÄrztInnen mit Gebietskrankenkasse sind allerdings deutlich niedriger: Nur durchschnittlich fünf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und sechs FachärztInnen sowie 4,5 ZahnärztInnen standen 1999 je 10.000 EinwohnerInnen zur Verfügung.

Tabelle 14: Betreuung der Wiener Bevölkerung durch ÄrztInnen 1999

ÄrztInnen	ÄrztInnen insgesamt		davon im niedergelassenen Bereich		davon mit WGKK	
	absolut	auf 10.000 EW ¹⁾	absolut	auf 10.000 EW ¹⁾	absolut	auf 10.000 EW ¹⁾
FachärztInnen ²⁾	4.649	28,9	2.508	15,6	965	6,0
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ³⁾	2.636	16,4	1.231	7,6	835	5,2
ZahnärztInnen ⁴⁾	1.054	6,5	881	5,5	722	4,5
insgesamt	8.339	51,8	4.620	28,7	2.522	15,7

1) Bevölkerungsevidenz mit Stand 31.12.1999.

2) Exkl. FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

3) Inkl. approbierte ÄrztInnen.

4) Inkl. „neue ZahnärztInnen“.

Quelle: Österreichische Ärztekammer, eigene Berechnungen

Die **durchschnittliche Anzahl von PatientInnen pro Arzt/Ärztin** ist schwer festzustellen, da zum einen nur die eingereichten Krankenscheine vorliegen, welche zudem große Schwankungen aufweisen, zum anderen ist die Leistungsfrequenz je PatientIn sehr unterschiedlich.

Von 810 praktischen ÄrztInnen wurden z. B. im II. Quartal 1997 insgesamt 729.183 Krankenscheine bei der Kasse eingereicht, was einem Durchschnitt von etwa 900 Krankenscheinen pro Quartal entspricht und Schwankungen von 600–1.600 enthält.

8.3.3 Kassenärztliche Versorgung

Rund 80 Prozent der in Wien lebenden bzw. tätigen Personen sind bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert. Für die aktuelle ambulante Versorgung der Bevölkerung stellt daher die Zahl der ÄrztInnen und FachärztInnen, welche einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse haben, die wichtigste und aussagekräftigste Kennzahl dar. In der überwiegenden Zahl der Fälle haben Ärzte neben dem Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse auch Verträge mit den kleineren Krankenversicherungsanstalten, wie z. B. Versicherungsanstalt Öffentlich Bediensteter (rund sieben Prozent der Versicherten) oder der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (rund fünf Prozent der Versicherten).

Die regionale Versorgung der Bevölkerung ist nicht nur nach Bezirken unterschiedlich, sondern weist auch lokal im Zeitverlauf eine wellenförmige Entwicklung und eine unterschiedliche Bedarfsstruktur auf. Besonders drastisch ist diese Entwicklung in Neubaugebieten, in denen sich anfangs vor allem junge Familien mit Kindern ansiedeln. Oft schon nach ein bis zwei Jahrzehnten tritt jedoch eine völlige Änderung der Bevölkerungszusammensetzung in diesen Gebieten ein.

Tabelle 15: Krankenversicherung: versicherte Mitglieder in Wien am Jahresende 1999

Versicherungsanstalten, Träger	insgesamt	männlich	weiblich
Wiener GKK	1.071.020	477.041	593.979
KFA	69.966	33.780	36.186
VA öffentlich Bediensteter	94.521	49.466	45.055
VA der österreichischen Eisenbahnen	35.167	25.030	10.137
VA des österreichischen Bergbaues	1.364	977	387
SVA der gewerblichen Wirtschaft	60.749	37.279	23.470
SVA der Bauern	1.362	704	658
BKK Verkehrsbetriebe	15.217	11.528	3.689
BKK Staatsdruckerei	798	324	474
BKK Tabakwerke	872	408	464
BKK Semperit	824	280	544
BKK Neusiedler	63	14	49
insgesamt	1.351.923	636.831	715.092

1) Verwendete Abkürzungen: GKK-Gebietskrankenkasse; KFA-Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien; VA-Versicherungsanstalt; SVA-Sozialversicherungsanstalt; BKK-Betriebskrankenkasse.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und KFA

Tabelle 16: Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen mit Gebietskrankenkassenvertrag 1981–1999

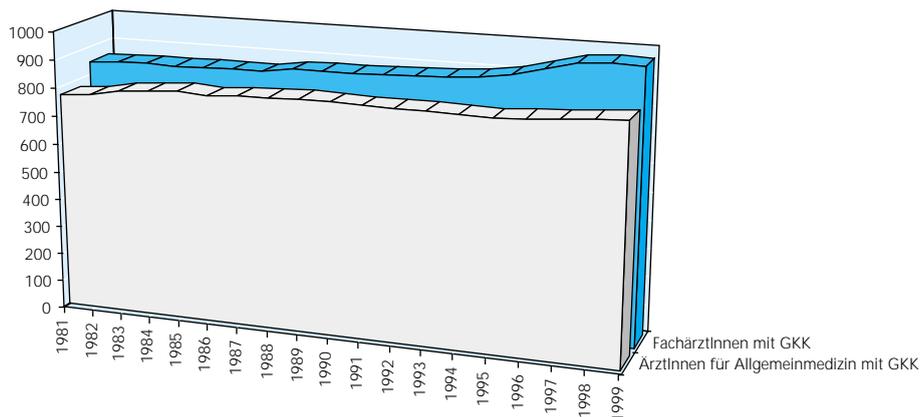
Jahr	Ergebnisse der Bevölkerungsevidenz	Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit GKK	EW pro Kassenarzt	FachärztInnen mit GKK	EW pro Kassenfacharzt
1981	1.531.346 ¹⁾	770	1.989	846	1.810
1982	1.542.497	777	1.985	852	1.810
1983	1.527.355	799	1.912	855	1.786
1984	1.517.068	805	1.885	850	1.785
1985	1.508.394	814	1.853	854	1.766
1986	1.504.395	806	1.866	856	1.757
1987	1.506.201	814	1.850	855	1.762
1988	1.531.648 ²⁾	816	1.877	871	1.758
1989	1.545.663	821	1.883	871	1.775
1990	1.564.051	819	1.910	873	1.792
1991	1.591.398	815	1.953	874	1.821
1992	1.611.859	813	1.983	878	1.836
1993	1.642.391 ³⁾	815	2.015	882	1.862
1994	1.639.581	812	2.019	890	1.842
1995	1.636.399 ⁴⁾	807	2.028	908	1.802
1996	1.616.240 ⁵⁾	815	1.983	934	1.730
1997	1.609.631	822	1.958	961	1.675
1998	1.606.843	831	1.934	969	1.658
1999	1.608.144	837	1.921	966	1.665

- 1) Ergebnisse Volkszählung ÖSTAT 1981.
- 2) Bestandskorrektur um 17.851 Ausländer.
- 3) Bestandskorrektur um – 2.065 Inländer und + 16.760.
- 4) Bis 1995 ordentlicher Wohnsitz.
- 5) Ab 1996 Hauptwohnsitz.

Quelle: Bevölkerungszahl 1981: Volkszählung ÖSTAT; Bevölkerungszahlen ab 1982 MA 66, MA 14 – ADV, MA 62: Bestandsstatistik; Wiener Gebietskrankenkasse

Auf Grund geänderter Erfassungsmethoden zur Bestandsstatistik der Bevölkerung in Wien sind die Ergebnisse zu „EinwohnerInnen je Kassenarzt“ in der oben angeführte Tabelle in ihrem Zeitablauf nur bedingt aussagefähig. Die Zahl der FachärztInnen mit Gebietskrankenkassenvertrag hat vor allem ab 1994 zugenommen. Sind 1996 auf einen Facharzt mit Kassenvertrag 1.730 EinwohnerInnen gekommen, waren es 1999 1.665 EinwohnerInnen. Die Zahl der EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin hat sich seit 1981 nur geringfügig geändert, von 1.989 EinwohnerInnen im Jahr 1981 auf 1.921 im Jahr 1999.

Grafik 2: Zahl der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen mit Gebietskrankenkassenvertrag 1981–1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Gebietskrankenkasse-ÄrztInnendichte pro Bezirk

Ende 1999 gab es in Wien 837 (1998: 831) **ÄrztInnen für Allgemeinmedizin** mit einem Gebietskrankenkassenvertrag. Umgerechnet auf die EinwohnerInnenzahlen bedeutet dies, dass – im statistischen Durchschnitt – jeweils ein Kassenarzt bzw. eine Kassenärztin für die Versorgung von knapp 2.000 EinwohnerInnen zur Verfügung stand.

Tatsächlich ist aber die ärztliche Versorgungsdichte in den einzelnen Wiener Gemeindebezirken stark unterschiedlich. Die Berechnung nach EinwohnerInnen pro Kassenarzt/-ärztin macht dieses Ungleichgewicht deutlich. Insbesondere in Bezirken mit einem höheren Anteil älterer Menschen an der Wohnbevölkerung – wie z. B. die Bezirke Hietzing (13) und Innere Stadt (1) – wäre eine verbesserte Versorgung mit praktischen ÄrztInnen wünschenswert. Am besten versorgt mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sind die Bezirke 4, 16, 18 und 23 (zwischen 1.623 und 1.780 Einwohner je Arzt/Ärztin). Ebenso liegen die Bezirke 5, 15, 17, 19 und 21 über dem Durchschnitt.

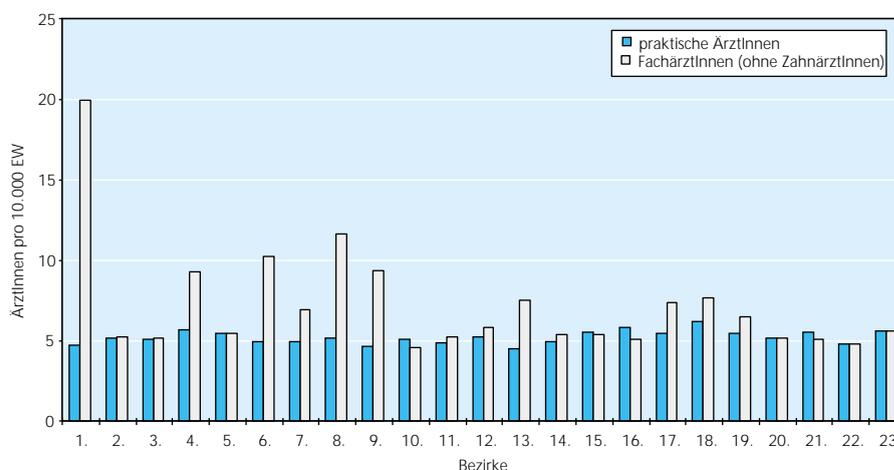
Tabelle 17: Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und niedergelassene FachärztInnen mit Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 1999

Bezirk	ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit WGKK			FachärztInnen ¹⁾ mit WGKK		
	absolut	auf 10.000 EW ²⁾	EW ²⁾ pro KassenärztIn	absolut	auf 10.000 EW ²⁾	EW ²⁾ pro Kassen-FachärztIn
1.	9	4,7	2.115	38	20,0	501
2.	46	5,1	1.956	47	5,2	1.915
3.	43	5,0	1.982	44	5,2	1.937
4.	17	5,6	1.771	28	9,3	1.075
5.	29	5,4	1.838	29	5,4	1.838
6.	15	4,9	2.023	31	10,2	979
7.	15	5,0	2.020	21	6,9	1.443
8.	12	5,2	1.935	27	11,6	860
9.	19	4,7	2.147	38	9,3	1.073
10.	80	5,1	1.976	72	4,6	2.196
11.	37	4,8	2.062	40	5,2	1.907
12.	42	5,2	1.929	47	5,8	1.723
13.	24	4,5	2.230	40	7,5	1.338
14.	40	4,9	2.044	44	5,4	1.858
15.	39	5,5	1.816	38	5,4	1.864
16.	52	5,8	1.732	46	5,1	1.957
17.	28	5,4	1.839	38	7,4	1.355
18.	29	6,2	1.623	36	7,6	1.307
19.	37	5,5	1.829	44	6,5	1.538
20.	40	5,1	1.944	40	5,1	1.944
21.	72	5,5	1.809	66	5,1	1.974
22.	65	4,8	2.099	65	4,8	2.099
23.	47	5,6	1.780	47	5,6	1.780
insgesamt	837	5,2	1.921	966	6,0	1.665

1) Ohne ZahnärztInnen.

2) Bevölkerungsevidenz mit Stand 31.12.1999.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Statistisches Amt der Stadt Wien, eigene Berechnungen

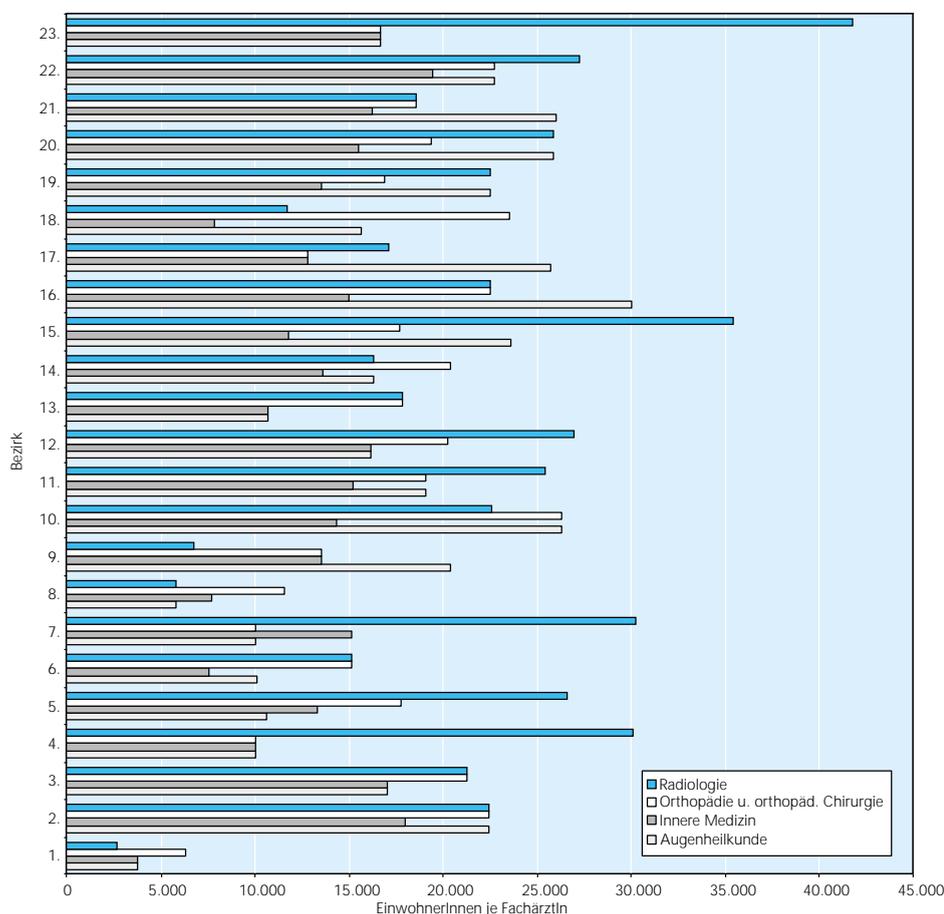
Grafik 3: Niedergelassene ÄrztInnen und FachärztInnen mit WGKK nach Bezirken (auf 10.000 EinwohnerInnen), 1999

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Statistisches Amt der Stadt Wien, eigene Berechnungen

Betrachtet man die rein zahlenmäßige Verteilung der **FachärztInnen** (ohne ZahnärztInnen) in den einzelnen Bezirken, so finden sich zwar die meisten FachärztInnen in den bevölkerungsstärksten Bezirken 10, 21 und 22 (vgl. Tabelle 18), was jedoch nicht generell mit einer optimalen Pro-Kopf-Versorgung der Bevölkerung mit FachärztInnen in diesen Bezirken gleichzusetzen ist. Berechnet man nämlich die zu versorgenden EinwohnerInnen pro Kassenfacharzt/-fachärztin, so sind die Bezirke 1, 6 und 8 am besten versorgt (zwischen 501 und 979 EinwohnerInnen je Facharzt/Fachärztin). Ebenfalls über dem Durchschnitt von 1.665 EinwohnerInnen pro Facharzt/Fachärztin liegen die Bezirke 4, 7, 9, 13, 17, 18 und 19. Der 10. und 22. Bezirk ist – trotz dem zahlenmäßigen Überwiegen der FachärztInnen in diesen beiden Bezirken – am schlechtesten mit FachärztInnen versorgt (mehr als 2.000 EinwohnerInnen pro Facharzt/Fachärztin).

Im allgemeinen ist die Versorgungsdichte mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin regional gesehen ausgeglichener als die Versorgungsdichte mit FachärztInnen. Die meisten FachärztInnen mit Gebietskrankenkaservertrag finden sich in den Bereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Innere Medizin, gefolgt von Kinderheilkunde, Orthopädie, Radiologie und Augenheilkunde. Die Verteilung in den Bezirken ist den folgenden Grafiken und Tabellen zu entnehmen.

Grafik 4: EinwohnerInnen je niedergelassenem/r Facharzt/Fachärztin mit WGKK (Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Radiologie), 1999



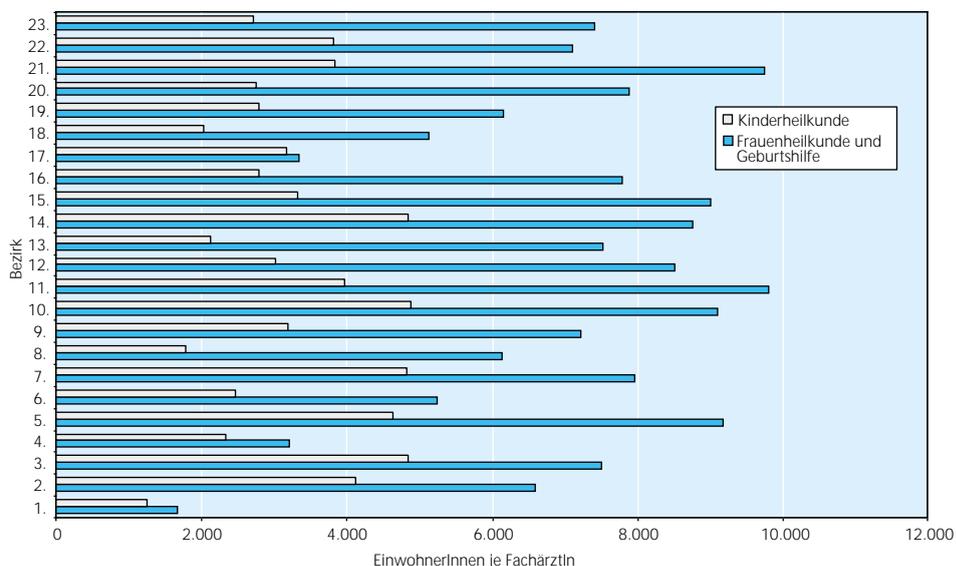
Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

Umgerechnet auf die Zahl der BezirksbewohnerInnen kommen auf eine/n Facharzt/Fachärztin für Radiologie im 1. Bezirk 2.700 EinwohnerInnen und im 23. Bezirk 41.800 EinwohnerInnen (Durchschnitt in Wien: rund 18.900 Personen). Durchschnittlich versorgt ein/e Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin in Wien 13.600 Personen, im 2. Wiener Gemeindebezirk fast 18.000 EinwohnerInnen. Den 158.000 BewohnerInnen des 10. Bezirkes stehen sechs FachärztInnen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie zu Verfügung.

gung, d. h. pro Facharzt/Fachärztin 26.000 Personen. Im Vergleich dazu liegt der Durchschnitt in Wien bei 18.200 EinwohnerInnen. Auffallend große Unterschiede gibt es auch bei den FachärztInnen für Augenheilkunde: Im 1. Bezirk fallen auf eine/n Facharzt/Fachärztin 3.800 EinwohnerInnen und im 16. Bezirk 30.000 EinwohnerInnen (im Durchschnitt in Wien 17.500 Personen).

Über 9.000 EinwohnerInnen kommen auf eine/n Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit GKK-Vertrag im 5., 10., 11., 15. und 21. Bezirk. Der Durchschnitt in Wien liegt bei 7.000 EinwohnerInnen je Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Im 1. Bezirk hat dieser Wert 1999 1.700 Personen betragen. Durchschnittlich kommen auf eine/n Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde 3.350 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre. Die Relation wird mit über 4.000 in den Bezirken 2, 3, 5, 7, zehn und 14 überschritten.

Grafik 5: EinwohnerInnen je niedergelassenem/r Facharzt/Fachärztin mit WGKK (Frauenheilkunde und Geburtshilfe: EinwohnerInnen; Kinderheilkunde: Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre), 1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

8.3.3.1 Visiten

1999 wurden rund 466.000 Visiten (Hausbesuche) durch niedergelassene KassenärztInnen für Allgemeinmedizin (WGKK) und rund 35.000 Visiten durch Kassen-FachärztInnen (WGKK) durchgeführt. Über den Ärzteservice der Wiener Ärztekammer wurden rund 66.000 Visiten durchgeführt.

Tabelle 20: Übersicht über die 1999 in Wien durchgeführten Visiten

Visiten durch ...	Anzahl der Visiten ¹⁾	
	Ø 1996–1998	1999
... niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (mit WGKK)	470.693	465.834
... niedergelassene FachärztInnen (mit WGKK)	31.240	35.106
... den Ärzteservice der Ärztekammer für Wien	62.491	66.062

1) Visiten bei PatientInnen der sogenannten kleinen Krankenkassen (BVA, KFA, VA, Gew.SVA) sind hier nicht inkludiert.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Tabelle 18: Niedergelassene FachärztInnen mit Gebietskrankenkaservertrag, 1999

Fachrichtung	Bezirk																							insgesamt	
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.		
Augenheilkunde	5	4	5	3	5	3	3	4	2	6	4	5	5	5	3	3	2	3	3	3	3	5	6	5	92
Chirurgie	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	1	4	3	2	41
Dermatologie	1	4	4	2	2	3	2	2	3	7	4	4	3	3	3	4	4	2	3	4	4	4	5	4	77
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6	7	6	5	3	3	2	2	3	9	4	5	4	4	4	6	8	5	6	5	5	7	10	6	121
Innere Medizin	5	5	5	3	4	4	2	3	3	11	5	5	5	6	6	6	4	6	5	5	5	8	7	5	118
Kinderheilkunde	2	4	3	2	2	2	1	2	2	6	4	5	4	3	4	6	3	4	4	5	5	7	8	6	89
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3	4	2	1	2	3	1	2	2	6	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	4	4	3	64
Lungenkrankheiten	0	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	40
Neurologie und Psychiatrie	1	2	2	2	2	2	2	1	1	4	2	4	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	2	55
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orthopädie und orthopäd. Chirurgie	3	4	4	3	3	2	3	2	3	6	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	7	6	5	88
Urologie	1	2	2	2	2	3	1	0	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	42
Pathologie	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	9
med. u. chem. Labordiagnostik	3	1	1	1	0	0	1	2	6	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	27
Physikalische Medizin	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	0	2	1	1	2	18
Radiologie	7	4	4	1	2	2	1	4	6	7	3	3	3	5	2	4	3	4	3	3	3	7	5	2	85
insgesamt	38	47	44	28	29	31	21	27	38	72	40	47	40	44	38	46	38	36	44	40	66	65	47	966	

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, Stand vom 31.12.1999

Tabelle 19: EinwohnerInnen je niedergelassener Fachärztin/niedergelassenem Facharzt mit Gebietskrankenkassenvertrag nach Bezirken, 1999

Fachrichtung	Bezirk																							Insges.
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	
Augenheilkunde	3.808	22.497	17.046	10.036	10.659	10.115	10.100	5.804	20.395	26.350	19.073	16.201	10.703	16.349	23.608	30.014	25.743	15.687	22.560	25.915	26.054	22.737	16.729	17.480
Chirurgie	19.039	44.995	42.616	30.109	53.295	30.344	30.301	23.216	40.790	79.051	38.147	40.502	26.757	40.872	35.412	90.041	25.743	23.531	22.560	77.746	32.568	45.474	41.824	39.223
Dermatologie	19.039	22.497	21.308	15.055	26.648	10.115	15.151	11.608	13.597	22.586	19.073	20.251	17.838	27.248	23.608	22.510	12.872	23.531	22.560	19.437	32.568	27.284	20.912	20.885
Frauenheilkunde und Geburtshilfe ¹⁾	1.672	6.600	7.506	3.223	9.187	5.251	7.965	6.141	7.231	9.102	9.813	8.526	7.525	8.772	9.013	7.793	3.339	5.135	6.166	7.893	9.749	7.114	7.424	6.975
Innere Medizin	3.808	17.998	17.046	10.036	13.324	7.586	15.151	7.739	13.597	14.373	15.259	16.201	10.703	13.624	11.804	15.007	12.872	7.844	13.536	15.549	16.284	19.489	16.729	13.628
Kinderheilkunde ²⁾	1.264	4.135	4.845	2.340	4.643	2.482	4.833	1.797	3.202	4.896	3.979	3.033	2.126	4.849	3.330	2.795	3.182	2.027	2.797	2.760	3.847	3.823	2.723	3.342
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	6.346	22.497	42.616	30.109	26.648	10.115	30.301	11.608	20.395	26.350	25.431	27.001	26.757	27.248	23.608	30.014	25.743	23.531	22.560	25.915	32.568	34.105	27.882	25.127
Lungenkrankheiten	0	44.995	28.410	30.109	53.295	30.344	30.301	23.216	40.790	52.700	38.147	40.502	53.513	40.872	35.412	30.014	51.486	23.531	33.841	38.873	65.136	45.474	41.824	40.204
Neurologie und Psychiatrie	19.039	44.995	42.616	15.055	26.648	15.172	15.151	23.216	40.790	39.525	38.147	20.251	17.838	40.872	35.412	45.021	25.743	15.687	22.560	25.915	32.568	34.105	41.824	29.239
Orthopädie u. orthopädi. Chirurgie	6.346	22.497	21.308	10.036	17.765	15.172	10.100	11.608	13.597	26.350	19.073	20.251	17.838	20.436	17.706	22.510	12.872	23.531	16.920	19.437	18.610	22.737	16.729	18.274
Urologie	19.039	44.995	42.616	15.055	26.648	10.115	30.301	0	13.597	52.700	76.293	40.502	26.757	40.872	35.412	45.021	51.486	47.061	67.681	38.873	43.424	68.211	41.824	38.289
Pathologie med. u. chem. Labordiagnostik	0	0	85.231	0	0	30.344	0	0	20.395	0	0	81.003	53.513	0	0	0	0	0	33.841	0	130.271	0	0	178.683
Physikalische Medizin	0	44.995	0	30.109	0	30.344	0	23.216	0	158.101	76.293	81.003	53.513	40.872	70.823	90.041	51.486	0	0	0	130.271	136.421	83.647	59.561
Radiologie	2.720	22.497	21.308	30.109	26.648	15.172	30.301	5.804	6.798	22.586	25.431	27.001	17.838	16.349	35.412	22.510	17.162	11.765	22.560	25.915	18.610	27.284	41.824	18.919
Insgesamt	501	1.915	1.937	1.075	1.838	979	1.443	860	1.073	2.196	1.907	1.723	1.338	1.858	1.864	1.957	1.355	1.307	1.538	1.944	1.974	2.099	1.780	1.665

1) Berechnet auf Zahl der BezirksbewohnerInnen

2) Berechnet auf Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 19 Jahren

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, Stand vom 31.12.1999; Bevölkerungsevidenz MA 66; eigene Berechnungen

8.4 ZahnärztInnen und DentistInnen

Zusammenfassung

Ende 1999 gab es in Wien 881 niedergelassene ZahnärztInnen und 49 DentistInnen. Während die Anzahl der DentistInnen auf Grund der 1975 eingestellten Ausbildung alljährlich deutlich zurückgeht, nimmt die Anzahl der ZahnärztInnen insbesondere seit 1994 deutlich zu. Rund 82 Prozent der niedergelassenen ZahnärztInnen und DentistInnen hatten 1999 einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse.

Summary: Dentists and dental technicians without university training

At the end of 1999, there were 881 established dentists and 49 dental technicians in Vienna. Contrary to the number of dental technicians, which has been on the decline ever since training for dental technicians was abolished in 1975, the number of dentists has been increasing steadily, particularly since 1994. In 1999, approximately 82 percent of the established dentists and dental technicians had a contract with the Vienna regional health insurance fund.

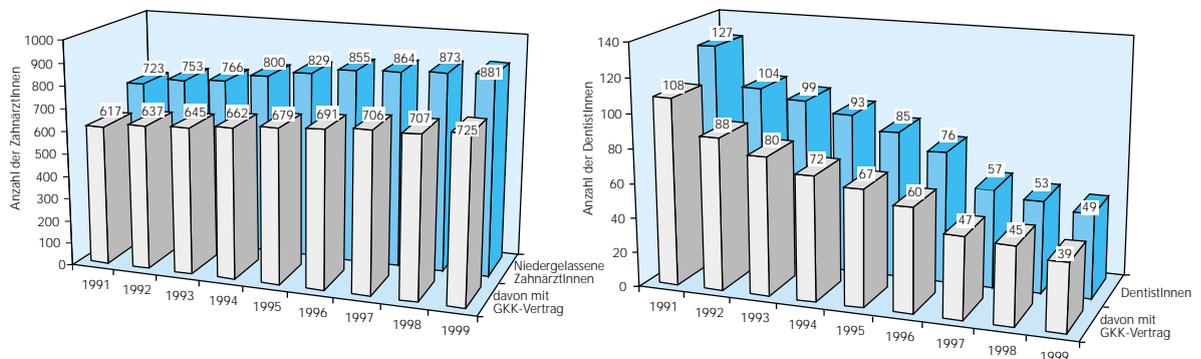
Mit Stand vom 31. Dezember 1999 gab es in Wien insgesamt 881 niedergelassene ZahnärztInnen und 49 DentistInnen. Da die Ausbildung zum Dentisten/zur Dentistin mit 31.12.1975 eingestellt wurde, nimmt der Anteil dieser Berufsgruppe naturgemäß kontinuierlich ab. Rund 82 Prozent der niedergelassenen ZahnärztInnen und DentistInnen haben einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse.

Tabelle 21: Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen

	insgesamt		davon mit GKK	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
ZahnärztInnen	868	881	705	725
DentistInnen	68	49	53	39
insgesamt	936	930	758	764

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, Österreichische Ärztekammer, Österreichische Dentistenkammer, eigene Berechnungen (Stand: 31.12.1999)

Grafik 6: Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen, 1991–1999

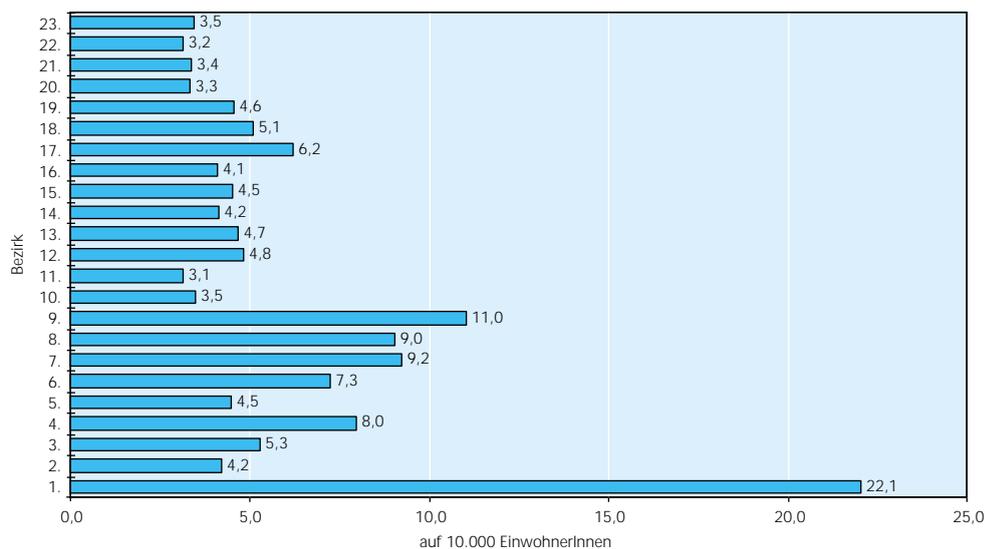


Quelle: Wiener Ärztekammer, Österreichische Dentistenkammer, Wiener Gebietskrankenkasse (Stand: jeweils 31.12.)

Tabelle 22: Niedergelassene ZahnärztInnen und DentistInnen mit Gebietskrankenkassen-Vertrag nach Bezirken, 1999

Bezirk	ZahnärztInnen	DentistInnen	insgesamt	auf 10.000 EW
1.	38	4	42	22,1
2.	37	1	38	4,2
3.	44	1	45	5,3
4.	24	0	24	8,0
5.	20	4	24	4,5
6.	22	0	22	7,3
7.	25	3	28	9,2
8.	19	2	21	9,0
9.	42	3	45	11,0
10.	54	1	55	3,5
11.	23	1	24	3,1
12.	39	0	39	4,8
13.	22	3	25	4,7
14.	31	3	34	4,2
15.	29	3	32	4,5
16.	36	1	37	4,1
17.	29	3	32	6,2
18.	23	1	24	5,1
19.	31	0	31	4,6
20.	25	1	26	3,3
21.	44	0	44	3,4
22.	41	2	43	3,2
23.	27	2	29	3,5
insgesamt	725	39	764	4,8

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (Stand: 31.12.1999), eigene Berechnungen

Grafik 7: ZahnärztInnen und DentistInnen mit WGKK, Dichte nach Bezirken, 1999

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

8.5 Apotheken

Zusammenfassung

275 öffentliche Apotheken standen der Wiener Bevölkerung 1999 für die medikamentöse Versorgung zur Verfügung. Es gibt unterschiedliche Versorgungsraten in den einzelnen Stadtteilen. Der erste Bezirk nimmt dabei mit Abstand eine Spitzenposition ein (eine Apotheke auf 907 EinwohnerInnen).

Summary: Pharmacies

In 1998, there were 275 public pharmacies working in the service of medical supply for Vienna. The rate of supply is not the same for all districts, the first district being by far the best supplied (1 pharmacy for every 907 inhabitants).

1999 standen in Wien insgesamt 275 öffentliche Apotheken für die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten zur Verfügung. Im 20. Bezirk wurde 1999 eine Apotheke neu eröffnet. Die Verteilung der Apotheken über Wien ist während der letzten Jahre weitgehend unverändert geblieben und zeigt ein Ungleichgewicht zwischen den einzelnen Stadtgebieten. Während die Apotheken in den inneren Bezirken, besonders im 1. Bezirk (21 Apotheken), dicht situiert sind, finden sich in den peripheren, neu errichteten Bezirksteilen nur relativ wenige Apotheken.

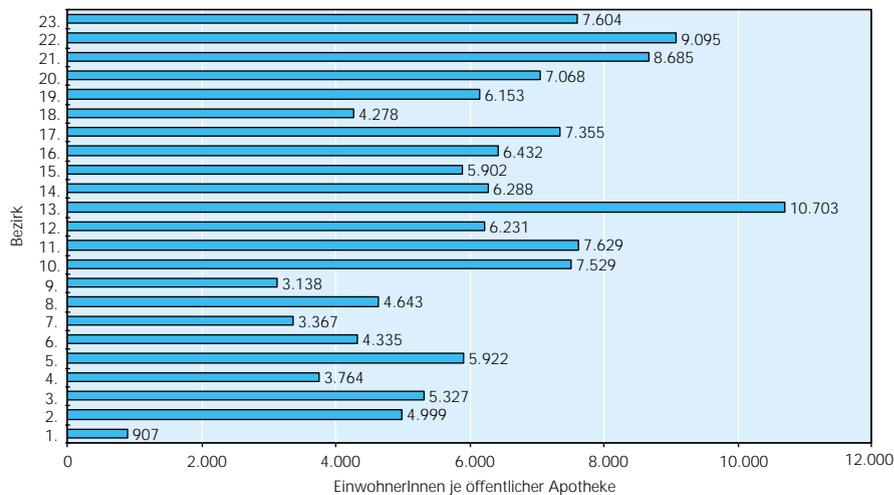
Bis vor kurzem gestaltete sich die Neuerrichtung einer Apotheke auf Grund der Bestimmungen des Apothekengesetzes als sehr schwierig. 1998 traten jedoch **zwei Apothekengesetznovellen** in Kraft (BGBl. I Nr. 53/98 und BGBl. I Nr. 120/98), welche die sachlichen Voraussetzungen der Konzessionserteilung betreffen.

Auf Grund einer Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes wurde neu festgesetzt, dass es für die Erteilung einer neuen Apothekenkonzession nicht erforderlich ist, dass mindestens 5.500 Personen von der zukünftigen Betriebsstätte aus mit Arzneimitteln zu versorgen sein werden. Dadurch können die Konzessionserteilungsverfahren jetzt rascher, unbürokratischer und günstiger für den Antragsteller durchgeführt werden.

In der Folge ist nicht nur die Anzahl der Anträge für neue Apothekenkonzessionen in Wien deutlich angestiegen, sondern auch die Anzahl der in Wien eröffneten Apotheken. In den Jahren 1997 und 1998 wurden insgesamt elf Apotheken neu eröffnet (1997 je eine Apotheke im 10. und 20. Bezirk und zwei im 11. Bezirk; 1998 je eine Apotheke im 2. und 11., zwei im 10. und drei im 22. Bezirk).

Im Durchschnitt hat in Wien eine öffentliche Apotheke 5.848 (1997: 5.864) EinwohnerInnen zu versorgen. Wenngleich es in einigen Bezirken auf Grund der Neueröffnungen der letzten Jahre zu einer Änderung der Versorgungsdichte gekommen ist, sind – wie bereits oben angesprochen – je nach Bezirk unterschiedliche Versorgungsraten festzustellen: Mit jeweils mehr als 9.000 EinwohnerInnen pro Apotheke weist nur mehr der 13. Bezirk (Hietzing) und der 22. Bezirk (Wien-Donaustadt) eine geringe Dichte an Apotheken auf. In der Inneren Stadt ist nach wie vor mit nicht einmal 1.000 EinwohnerInnen pro Apotheke die eindeutig höchste Versorgungsrate festzustellen.

Grafik 8: Apothekendichte nach Bezirken, 1999



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/6

Tabelle 23: Anzahl der Apotheken nach Bezirk, 1999

Bezirk	öffentliche Apotheken	Anstaltsapotheken	EinwohnerInnen pro öffentl. Apotheke ¹⁾
1.	21	0	907
2.	18	1	4.999
3.	16	2	5.327
4.	8	0	3.764
5.	9	1	5.922
6.	7	1	4.335
7.	9	0	3.367
8.	5	0	4.643
9.	13	1	3.138
10.	21	1	7.529
11.	10	0	7.629
12.	13	0	6.231
13.	5	1	10.703
14.	13	2	6.288
15.	12	1	5.902
16.	14	1	6.432
17.	7	0	7.355
18.	11	0	4.278
19.	11	0	6.153
20.	11	0	7.068
21.	15	1	8.685
22.	15	1	9.095
23.	11	0	7.604
insgesamt	275	14	5.848

1) Bevölkerungsevidenz von Wien, Stand 31.12.1999.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/6

8.6 Wiener Rettungsdienste

Zusammenfassung

Durch die Wiener Rettungsgemeinschaft (Rettung, Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe) wurde 1999 in 150.000 Fällen 133.000 Personen erste Hilfe zuteil. Bei 580 Einsätzen wurde der Rettungshubschrauber eingesetzt.

Aus dem Tätigkeitsbericht ergibt sich, dass die Einsatzfahrten der Wiener Rettungsgemeinschaft zu einem überwiegenden Teil auf Grund von Erkrankungen erfolgen (1999: rd. 70 Prozent) und nur der geringere Teil auf Grund von Verletzungen. Insgesamt überwiegen bei den Einsatzursachen die Herzerkrankungen bei weitem, gefolgt von Schlaganfällen.

Summary: Ambulance services in Vienna

In 1999, the Vienna Ambulance Association (ambulance, Red Cross, Samaritans, "Johanniter" accident aid) were able to deliver first aid to 133,000 persons involved in 150,000 incidents. The rescue helicopter was flown 580 times.

According to the activity report, most rescue parties were called to assist with sudden illnesses rather than injuries (more than 70 percent in 1999). The most frequent diseases were heart diseases followed by apoplectic fits.

Das Wiener Rettungswesen ist gekennzeichnet durch ständig steigende Einsatzzahlen. Waren 1992 noch 25 Einsatzfahrzeuge standardmäßig einsatzbereit, so waren es 1999 bereits 42.

Von der Wiener Rettungsgemeinschaft⁹⁹ wurden 1999 37.838 NAW-Einsätze,¹⁰⁰ 18.792 NEF-Einsätze,¹⁰¹ 80.188 RTW-Einsätze¹⁰² und 12.648 NEF-Folgeeinsätze durchgeführt. Die Fahrzeuge des Katastrophendienstes (K-Züge 1-7¹⁰³) kamen in 321 Fällen zum Einsatz, der Notarzt-Hubschrauber in 580 Fällen.

Von diesen 150.367 Einsätzen der Wiener Rettungsgemeinschaft wurden 130.496 von der Wiener Rettung geleistet (651 MitarbeiterInnen,¹⁰⁴ davon 68 ÄrztInnen¹⁰⁵). Die Rettungsgemeinschaft hat bei 132.915 Personen erste Hilfe geleistet (davon 113.556 von der MA 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien).

⁹⁹ Rettungsgemeinschaft, bestehend aus: MA 70 – Rettung, Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe.

¹⁰⁰ Notarztwagen.

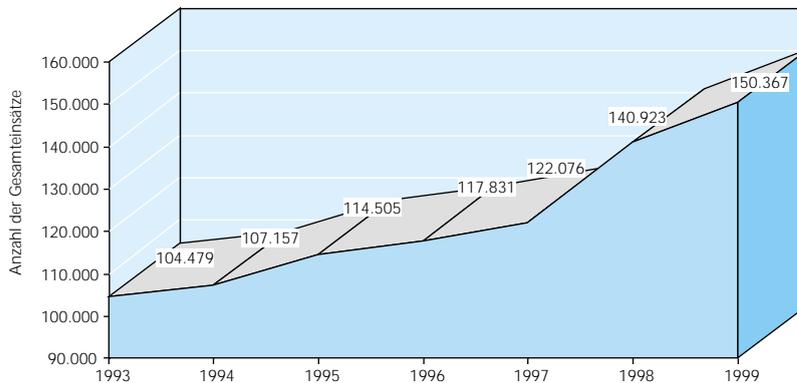
¹⁰¹ Notarzteinsatzfahrzeuge.

¹⁰² Rettungstransportfahrzeuge.

¹⁰³ Für den Fall eines Großschadensereignisses (Stufe 1 bis Stufe 4: Katastrophe) wurden verschiedene Fahrzeuge mit genau umschriebenen Aufgaben eingerichtet und zum sogenannten „K-Zug“ (Katastrophen-Zug) zusammengefasst. Das K-Zug-Konzept basiert auf der Idee, anstelle der bei verschiedenen Rettungsstationen bereitgestellten Container selbstfahrende Einheiten mit einem den Bedürfnissen besser gerecht werdenden Angebot rasch verfügbar und individuell einsetzbar zu halten. Die einzelnen Fahrzeuge des K-Zuges (Intensiveinheit, Nachrüstwagen, Einsatzwagen für Leichtverletzte, Versorgungswagen, Bergfahrzeug, Mobiles Leitstellenfahrzeug, Intensivbetten-Transporter, Kommandowagen und Notstromaggregat) können aber bei besonderem Bedarf auch jederzeit zur Unterstützung anderer Ereignisse eingesetzt werden.

¹⁰⁴ Personalstand: 1992 568 MitarbeiterInnen; 1997 597 MitarbeiterInnen; 1998 611 MitarbeiterInnen.

¹⁰⁵ Personalstand: 1992 59 ÄrztInnen; 1997 65 ÄrztInnen; 1998 69 ÄrztInnen.

Grafik 9: Einsätze „Notruf 144“, 1993–1999

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien

Ende Dezember 1999 betrug der tägliche Tourenstand der Wiener Rettung:

- sechs Notarzteinsatzfahrzeuge,
- acht Notarztwagen,
- 20 Rettungstransportfahrzeuge im „24-Stunden-Einsatz“,
- zwei Rettungstransportfahrzeuge im „13,5-Stunden-Einsatz“,
- fünf Krankenbeförderungsfahrzeuge im „8-Stunden-Einsatz mit drei Personen Personal“,
- vier Krankenbeförderungsfahrzeuge im „8-Stunden-Einsatz mit zwei Personen Personal“.

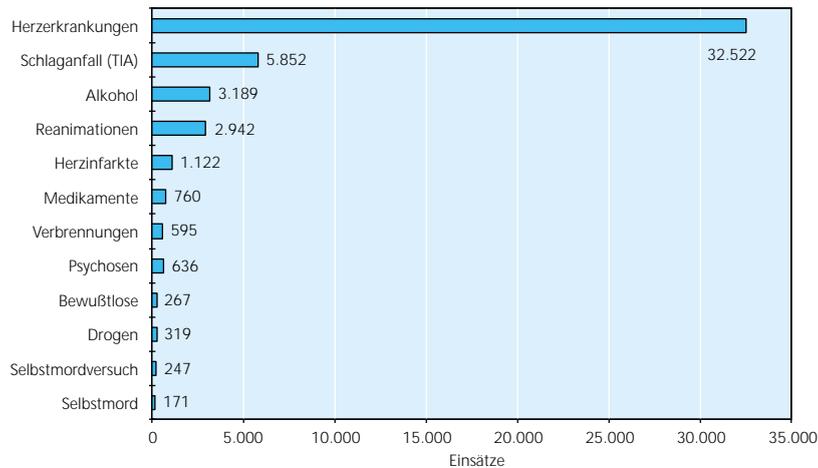
Der Tourenstand beim **Roten Kreuz (RK)** und beim **Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)** betrug mit Ende Dezember 1999 jeweils ein Notarztwagen und ein Rettungstransportwagen; bei der **Johanniter-Unfallhilfe (JTK)** ein Rettungstransportwagen und fallweise ein Notarztwagen.

Von der Bettenzentrale wurden 1999 insgesamt 24.710 PatientInnen in Wiener Spitäler vermittelt, davon wurden 8.407 PatientInnen von der MA 70 und 16.303 PatientInnen von den privaten Organisationen befördert.

Aus dem Tätigkeitsbericht der Wiener Rettungsgemeinschaft ergibt sich, dass der überwiegende Teil der Einsatzfahrten auf Grund von Erkrankungen (1999: rd. 70 Prozent) und nur ein geringerer Teil auf Grund von Verletzungen stattfindet. Insgesamt nehmen dabei die Herzerkrankungen den größten Raum ein: 32.522 Einsatzfahrten wegen Herzerkrankungen (v. a. Frauen) und 1.122 Einsatzfahrten wegen Herzinfarkten (v. a. Männer), gefolgt von Einsatzfahrten wegen Schlaganfällen (5.852). Hoch ist auch die Anzahl der Einsätze auf Grund von Alkoholeinfluss (v. a. Männer) – und zwar zehnmal so hoch wie die Einsatzhäufigkeit auf Grund von Drogeneinwirkungen (3.189 : 319).

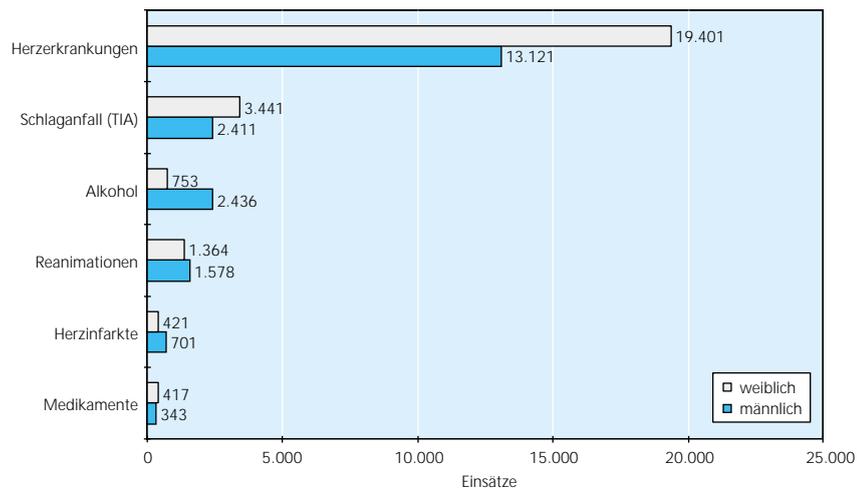
Fast 3.000-mal musste eine Reanimation durchgeführt werden. Sehr hoch ist auch die Einsatzhäufigkeit infolge Medikamentenmissbrauches (760). 595 Einsätze erfolgten auf Grund von Verbrennungen, 247 Einsätze auf Grund von Selbstmordversuchen bzw. 171 nach erfolgtem Selbstmord. In mehr als 600 Fällen wurde eine akute Psychose angegeben. In 14 Fällen war Mord der Einsatzgrund und in 30 Fällen die Geburt eines Kindes.

Die Anzahl der UnfallpatientInnen betrug 1999 rund 34.500, wobei die Verkehrsunfälle mit rund 5.200 den größten Anteil der zugeordneten Unfallursachen bildeten.

Grafik 10: Häufigste Einsätze der „Rettungsgemeinschaft 144“¹⁾ nach Einsatzgrund, 1999

1) Bestehend aus: Rettung, Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe.

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien

Grafik 11: Häufigste Einsätze der „Rettungsgemeinschaft 144“¹⁾ nach Einsatzgrund und Geschlecht, 1999

1) Bestehend aus: Rettung, Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe.

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien

11.564 Ausfahrten erfolgten von der MA-70-Krankenbeförderung, davon waren 750 Nachtransporte. Für den überwiegenden Teil der PatientInnen war der Abgabeort ein Spital, wobei der Großteil in die Abteilung für interne Medizin kam (davon 66 Prozent weiblich). Am zweithäufigsten wurde die Abteilung Unfallchirurgie (davon 69 Prozent weiblich) sowie Chirurgie allgemein genannt (60 Prozent weiblich), gefolgt von den psychiatrischen Abteilungen.

Tabelle 24: Tätigkeiten der „Rettungsgemeinschaft 144“¹⁾, 1999

Einsatzgrund	Anzahl der PatientInnen		
	weiblich	männlich	insgesamt
PatientInnen insgesamt	72.247	60.668	132.915
Verletzte	16.472	18.021	34.493
Erkrankte	52.166	39.403	91.569
sonstige	3.609	3.244	6.853
ausgewählte EinsatzpatientInnen			
Herzinfarkte	421	701	1.122
Herzerkrankungen	19.401	13.121	32.522
Reanimationen	1.364	1.578	2.942
Polytrauma	22	50	72
Schlaganfall (TIA)	3.441	2.411	5.852
Infektionen	9	13	22
Hitze	12	12	24
Glätte	36	35	71
Verbrennungen	263	332	595
Geburten	21	9	30
Selbstmordversuch	136	111	247
Selbstmord	52	119	171
Mord	5	9	14
Drogen	112	207	319
davon: Drogentote	9	19	28
Medikamente	417	343	760
Alkohol	753	2.436	3.189
Psychosen	359	277	636
Bewusstlose	125	142	267
UnfallpatientInnen	16.472	18.021	34.493
Verkehrsunfall	2.225	2.969	5.194
Sportunfall	363	891	1.254
Betriebsunfall	664	2.280	2.944
Arbeitswelt	124	130	254
häusliche Arbeit	1.554	610	2.164
Schulunfall	393	652	1.045
sonstige	11.149	10.489	21.638

1) Bestehend aus: Rettung (MA 70), Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe.

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien

Tabelle 25: Abgabeorte der MA-70-Krankenbeförderung, 1999

Abgabeorte (Abteilungen in Spitalern)	Anzahl der PatientInnen		
	weiblich	männlich	insgesamt
Interne	3.794	1.938	5.732
Chirurgische	438	300	738
Unfallchirurgische	394	179	573
Gynäkologie	1.069	0	1.069
Urologie	65	138	203
Psychosen	291	237	528
Neurologische	106	71	177
Kinder	164	215	379
Orthopädie	92	50	142
Pflegeabteilung	188	73	261
Augen	56	34	90
HNO	23	27	50
Dermatologie	103	47	150
sonstige	593	434	1.027
PatientInnen insgesamt	7.376	3.743	11.119

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien