

Martin Reif



**Psychosoziale Erkrankungen  
in Oberösterreich**

Institut für Gesundheitsplanung

MMag. Martin Reif

## Detailbericht

# Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich

Linz, 2006

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasser: MMag. Martin Reif

Beirat: Mag. Markus Kapsamer, Dr. Stefan Meusburger, Dr. Rainer Schmidbauer, Univ.Doz. Dr. Werner Schöny, Dr. Othmar Zimmerleiter

Redaktionelle Betreuung: Mag. Markus Peböck

Wesentliche Inhalte wurden mit freundlicher Genehmigung des Endberichtes der Arbeitskreise Suchterkrankungen und Suizidreduktion der Oberösterreichische Gesundheitskonferenz übernommen.

Arbeitskreis Suchterkrankungen

Arbeitskreisleiter:  
Christoph Lagemann

TeilnehmerInnen des Arbeitskreises:  
Johannes Buhl, Prim. Dr. Felix Fischer,  
Mag. Pharm. Angela Fischlmayr,  
Dr. Wolfgang Prasser, Mag. Erhard Prugger,  
Mag. Christian Rachbauer, Brigitte Ruprecht,  
Manfred Ruschak, Dr. Peter Scheinecker,  
Mag. Pharm. Helmut Schindler,  
Thomas Schwarzenbrunner,  
Ingrid Steinbichler, Rainer Steinmassl

Arbeitskreis Suizidreduktion

Arbeitskreisleiter:  
Univ.Doz. Dr. Werner Schöny

TeilnehmerInnen des Arbeitskreises:  
Mag. Werner Bencic, Dr. Harald Berger,  
Monika Czamler, Dr. Emhofer-Lieka,  
DGKS Ulrike Hinterleitner, Hermine Holzer,  
Dr. Christian Jagsch, Dr. Ursula Janout,  
Gertraud Kneidinger, Dr. Agnes Lang,  
Barbara Lehmann, Mag. Andrea Nowy,  
Eva Petz, Mag. Christian Rachbauer,  
Dir. Maria Ratzenböck, Fritz Schleicher,  
Dr. Ilona Schöppl, Maria Sommereder,  
Mag. Johann Würzburger, Mag. Ewald Kreuzer

Layout: Regina Ahorner, Titelblatt: pulpmedia

Druck: Birner Druck, Holzhausen

Preis: 14,40 Euro

ISBN 3-902487-05-4

Institut für Gesundheitsplanung

Gruberstrasse 77, 4020 Linz

Tel. 0732/784036

Mail: [institut@gesundheitsplanung.at](mailto:institut@gesundheitsplanung.at)

Web: [www.gesundheitsplanung.at](http://www.gesundheitsplanung.at)

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Kurzfassung .....	IX
Abstract .....	XIII
1. Einleitung und Überblick .....	1
2. Psychosoziale Gesundheit .....	3
2.1 Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen .....	3
2.2 Stigmatisierung .....	6
2.3 Darstellung einer Auswahl wichtiger Krankheitsbilder .....	7
2.3.1 Depression .....	7
2.3.2 Schizophrenie .....	10
2.3.3 Angststörungen .....	12
2.3.4 Demenz .....	15
2.3.5 Suchterkrankungen.....	17
2.3.6 Nikotinkonsum .....	19
2.3.7 Alkoholismus und Alkoholmissbrauch .....	20
2.3.8 Suizid .....	21
2.4 Ansätze für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung .....	25
2.4.1 Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung.....	25
2.4.2 Präventive Maßnahmen in Settings .....	26
2.4.2.1 Arbeit .....	27
2.4.2.2 Schule .....	29

2.4.2.3	Wohnort (Gemeinde, Städte) .....	31
2.4.3	Konzepte der Suizidprävention .....	33
2.4.3.1	Suizidprävention auf nationaler Ebene .....	33
2.4.3.2	Suizidprävention auf regionaler Ebene .....	36
2.4.4	Ansätze zur Prävention von Suchterkrankungen .....	38
2.5	Programmatik wichtiger politischer Akteure und Entscheidungsträger.....	41
2.5.1	Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) .....	41
2.5.2	Programmatik der Europäischen Union (EU) .....	43
2.5.3	Programmatik österreichischer Institutionen .....	45
3.	Die Gesundheitsziele der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz .....	47
3.1	Ausgangslage und Hintergrund für die Beschlussfassung der Gesundheitsziele .....	48
4.	Epidemiologie .....	55
4.1	Derzeitige Situation in Oberösterreich (Ist-Stand) .....	55
4.1.1	Entwicklung der Suizidrate .....	55
4.1.1.1	Stand des Gesundheitszieles 4: Reduktion der Suizidrate .....	58
4.1.1.2	Suizide nach Alter und Geschlecht .....	59
4.1.1.3	Verlorene Lebensjahre durch Suizid .....	60
4.1.2	Prävalenz Alkohol- und Nikotinkonsum .....	62
4.1.2.1	Alkohol.....	62
4.1.2.2	Nicotinkonsum.....	67
4.1.2.3	Stand des Gesundheitszieles 8: Nikotinkonsum .....	74
4.2	Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen Störungen .....	76
4.2.1	Krankenhausaufenthalte nach Krankenhaus-Fachabteilungen .....	80
4.2.1.1	Affektive Störungen .....	83

4.2.1.2	Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen .....	84
4.2.1.3	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen .....	85
4.2.1.4	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen .....	86
4.2.1.5	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.....	87
4.2.2	Krankenhausaufenthalte nach Alter und Geschlecht .....	87
4.2.2.1	Affektive Störungen .....	88
4.2.2.2	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen .....	89
4.2.2.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.....	90
4.2.2.4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen .....	92
4.2.2.5	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.....	93
4.2.3	Krankenhausbehandlungen aufgrund von psychischen Störungen nach sozialdemografischen Gruppen .....	94
4.2.3.1	Krankenhausbehandlungen aufgrund von affektiven Stö- rungen nach Beschäftigtenstatus .....	95
4.2.3.2	Krankenhausbehandlungen aufgrund von Substanzenkon- sum nach Beschäftigtenstatus .....	96
4.2.3.3	Krankenhausbehandlungen aufgrund von neurotischen und Verhaltensstörungen nach Beschäftigtenstatus .....	97
4.2.3.4	Krankenhausbehandlungen aufgrund schizophrener Erkrankungen nach Beschäftigtenstatus.....	98
4.2.3.5	Krankenhausbehandlungen aufgrund von Entwicklungsstö- rungen und aufgrund spezifischer Störungen im Kindheits- und Jugendlichenalter nach Beschäftigtenstatus des Hauptversicherten .....	99
4.3	Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund von psychischen Erkrankungen .....	101
4.3.1	Überblick .....	101
4.3.2	Häufige Diagnosegruppen .....	104

4.3.3	Zeitliche Entwicklung.....	109
4.3.4	Krankenstände nach Alter, Geschlecht und Versichertengruppe für ausgewählte Erkrankungsgruppen .....	111
4.3.4.1	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen .....	111
4.3.4.2	Affektive Störungen .....	117
4.3.4.3	Schizophrenie und schizophrenieähnliche Erkrankungen .....	122
4.3.4.4	Alkoholerkrankungen .....	126
4.4	Vorzeitige Pensionierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen .....	130
4.5	Medikamentenverschreibungen .....	134
5.	Versorgungseinrichtungen.....	145
5.1	Krankenhäuser (muraler Bereich).....	145
5.1.1	Stationäre Versorgung .....	145
5.1.2	Teilstationärer Bereich.....	149
5.1.3	Ambulanzen .....	150
5.1.4	Die stationäre RaucherInnenentwöhnung der OÖGKK .....	150
5.2	Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	152
5.2.1	Fachärzte und Fachärztinnen .....	152
5.2.2	AllgemeinmedizinerInnen .....	152
5.2.3	TherapeutInnen, Klinische und GesundheitspsychologInnen .....	154
5.3	Psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote .....	159
5.3.1	Psychosoziale Beratungseinrichtungen.....	161
5.3.2	Suchtberatung .....	162
5.3.3	Hilfe in Krisen.....	163
5.3.4	Selbsthilfegruppen .....	163
5.3.5	Wohnen .....	165

5.3.6	Tagesbetreuung/Freizeit.....	167
5.3.7	Tagesstrukturierende Maßnahmen und berufliche Integration .....	167
5.4	Angebote der Gesundheitsförderung .....	169
5.4.1	Gesundheitsförderung in den Gemeinden .....	169
5.4.2	Gesundheitsförderung in Schulen.....	171
5.4.3	Betriebliche Gesundheitsförderung .....	173
5.4.4	Suchtprävention .....	174
6.	Maßnahmen für die Zukunft - Maßnahmenvorschläge der Arbeitskreise der OÖ Gesundheitskonferenz .....	177
6.1	Maßnahmenvorschläge des Arbeitskreises zum Thema „Suchtreduktion“ .....	177
6.2	Maßnahmenvorschläge des Arbeitskreises zum Thema „Verringerung der Suizidrate“ .....	180
	Literaturverzeichnis .....	181
	Abbildungen .....	189





# Kurzfassung

## Was heißt psychisch krank?

Der Themenbereich psychosoziale Erkrankungen bzw. Störungen umfasst eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Symptomen und Schweregraden. Zu den wesentlichsten bzw. häufigsten Krankheitsbildern gehören Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen, schizophrene Erkrankungen und Demenz. Fast alle psychischen Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, können als Ursache für einen wesentlichen Teil der suizidalen Handlungen angesehen werden.

Laut WHO-Studien entfällt auf psychische Erkrankungen weltweit ein bedeutender Anteil der Krankheitslast.

Für die Entstehung von psychischen Erkrankungen wird im Allgemeinen das komplexe Zusammenspiel verschiedenster Faktoren auf biologisch/genetischer, psychologischer und sozialer Ebene verantwortlich gemacht. Dies ist sowohl für die Behandlung als auch für Präventionsmaßnahmen bedeutsam. Eine genetische Disposition für eine psychische Erkrankung muss nicht zwangsläufig zum Ausbruch der Erkrankung führen. Ebenso, wie soziale Faktoren und Umwelteinflüsse psychische Störungen auslösen können, können sie die Entstehung auch verhindern.

Psychosoziale Gesundheit - als Gegenbegriff zur psychischen Erkrankung - kann als Befähigung aufgefasst werden, mit normalen Belastungen umzugehen, sich produktiv in die Gesellschaft einzubringen und am Gemeinschaftsleben teilzuhaben. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind für die Verhinderung von psychischen Erkrankungen von wesentlicher Bedeutung.

Menschen mit psychosozialen Erkrankungen sind einer Vielzahl von Vorurteilen ausgesetzt, die nicht nur das Leid der Betroffenen zusätzlich erhöhen, sondern auch ernsthafte Konsequenzen bzgl. der Inanspruchnahme professioneller Hilfe, der Behandlungserfolge und der Heilungschancen mit sich bringen. Darüber hinaus führt Stigmatisierung zu Benachteiligungen (bspw. im Berufsleben), die zu einer Verstärkung bzw. Stabilisierung der Problematik führen. (Siehe Kapitel 1.1 bis 1.3)

## Eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik!

Psychosoziale Erkrankungen spielen als gesundheitspolitischer Schwerpunkt in den Programmen und Zielsetzungen sowohl nationaler als auch internationaler politischer Institutionen eine bedeutsame Rolle.

Bspw. ist Verbesserung der psychischen Gesundheit als Gesundheitsziel im Rahmenkonzept der WHO für die europäische Region „Gesundheit 21“ enthalten. Im „Europäischen

Aktionsplan für psychische Gesundheit“, der von der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz in Helsinki (2005) befürwortet wurde, werden weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit gefordert. Im Oktober 2005 veröffentlichte die Kommission der EU ein Grünbuch zum Thema, das als Diskussionsgrundlage zur Entwicklung einer gesamteuropäischen Strategie beitragen soll. Auch im „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“, der anlässlich der 3. Österreichischen Gesundheitskonferenz vorgestellt wurde, finden sich gesundheitspolitische Zielsetzungen zu psychosozialen Erkrankungen sowie zur Suchtproblematik.

Von den 10 Gesundheitszielen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz, die im OÖ Gesundheitsbericht 2000 festgeschrieben sind, fallen zwei in den Bereich psychosozialer Erkrankungen: Ziel 4, wonach bis 2010 in Oberösterreich die Suizidrate um mindestens ein Drittel gesenkt werden soll und Ziel 8, demzufolge wesentliche Erfolge in der Verminderung des Alkohol- und Nikotinkonsums erreicht werden sollen. (Siehe Kapitel 1.5 und 2.)

## **Zur derzeitigen Situation**

Österreichweit sterben jährlich mehr Menschen durch Suizid als durch Kraftfahrzeugunfälle. Im Jahr 1999 waren 941 Todesfälle durch Kfz-Unfälle verursacht. Im selben Zeitraum verstarben über 1.500 Menschen durch Suizid. In Oberösterreich entfallen auf die Todesursache Suizid fast 12 Prozent der so genannten „Verlorenen Lebensjahre“ (einem Indikator für die vorzeitige Sterblichkeit).

Die Suizidrate in Oberösterreich unterscheidet sich nicht wesentlich vom österreichischen Bundesdurchschnitt. Im Jahr 2003 starben in Oberösterreich 236 Menschen durch Suizid (171 Männer und 65 Frauen). Das sind ca. 17 Suizidfälle je 100.000 Ew. Um das Gesundheitsziel der OÖ Gesundheitskonferenz zu erreichen, müsste die Suizidrate bis 2010 auf unter 12 Fälle je 100.000 Ew. zurückgehen.

Einer neueren Umfrage zufolge trinken in Oberösterreich 6,5 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung täglich Alkohol. 8,6 Prozent weisen weniger als zwei alkoholfreie Tage pro Woche auf.

Derzeit sind in Oberösterreich 38 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung als tägliche RaucherInnen einzustufen. Weitere 14 Prozent rauchen gelegentlich Tabak. Am höchsten ist der RaucherInnenanteil in der 20- bis 24-jährigen Bevölkerung.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte infolge psychischer Störungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Derzeit entfallen auf 100.000 Einwohner etwa 850 Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal wegen einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Großteil davon wegen affektiven Störungen, wegen Störungen durch Substanzenkonsum (vor allem Alkohol) und wegen neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen. Ca. 5 Prozent aller Krankenhausaufenthalte weisen eine psychiatrische Hauptdiagnose auf. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der KrankenhauspatientInnen mit psychischen Hauptdiagnosen wird nicht in psy-

chiatischen Abteilungen, sondern anderen Fachabteilungen behandelt, wobei dieser Anteil in Oberösterreich (mit ca. 36 Prozent) etwas geringer ist als im österreichischen Bundesdurchschnitt (ca. 45 Prozent).

Als deutliche Risikogruppe sind Arbeitslose anzusehen. Sie weisen - je nach Erkrankungstyp - ein 3- bis 5-mal so hohes Risiko für eine Krankenhausbehandlung aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf wie die durchschnittlich erwerbstätige Bevölkerung. Auch zwischen Arbeitern und Angestellten lassen sich geringfügige Unterschiede beobachten.

Die jährliche Anzahl der Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen (zwischen 1996 und 2003 betrug die Zunahme 40 Prozent). Laut Arbeitsunfähigkeitsstatistik verursachen psychische Erkrankungen 5,5 Prozent der Krankenstandstage und sind - nach Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe, Atemwegserkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen - die vierthäufigste Ursache für Krankenstand. Pro Jahr entfallen in Oberösterreich ca. 437.000 Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen. Das tatsächliche Ausmaß dürfte jedoch noch höher liegen. Der Großteil der durch psychische Störungen verursachten Krankenstandstage geht auf affektive Störungen zurück. Ähnlich wie bei den Krankenhausbehandlungen zeigen sich auch hinsichtlich der Krankmeldungen deutliche Unterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen. Besonders stark sind Arbeitslose betroffen. Deutlich höher ist das Risiko für Personen, die an mehreren psychischen Störungen leiden. Für einige Diagnosegruppen lässt sich ein Stadt-Landgefälle erkennen.

Österreichweit sind psychische Erkrankungen - nach Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates - die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen. 2003 gingen 22 Prozent der vorzeitigen Pensionierungen auf psychische Erkrankungen zurück. Bei Frauen ist der Anteil deutlich höher (29 Prozent) als bei Männern (19 Prozent der vorzeitigen Pensionierungen). Die Häufigkeit von vorzeitigen Pensionierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen stieg im Zeitraum zwischen 1997 und 2002 stark an (von ca. 3.000 auf über 5.000 Fälle). 2003 ist ein leichter Rückgang zu erkennen (ca. 4.800 Fälle).

Im Jahr 2004 wurden an Versicherte der OÖGKK insgesamt über 935.000 Packungen an Psychopharmaka (inkl. Schlaf- und Beruhigungsmittel) verordnet. Das sind durchschnittlich 752 Packungen pro 1.000 Personen. Den größten Anteil daran machen Antidepressiva aus (55 Prozent). (Für genauere Informationen und Detailanalysen siehe Kapitel 3.)

## **Was wird derzeit getan?**

Die Angebote psychosozialer Versorgung sind in Oberösterreich grundsätzlich gut ausgebaut. Darüber hinaus gibt es vielfältige Gesundheitsförderungsmaßnahmen, bspw. im Rahmen der Gesunden Gemeinden. Auch im Bereich der Suchtprävention ist ein umfassendes Angebot vorhanden.

Defizite können in mangelnden personellen Kapazitäten einzelner Bereiche, wie bspw. Akutmaßnahmen/Krisenintervention gesehen werden, insbesondere in ländlichen Regio-

nen. Eine klare Unterversorgung ist in der geringen niedergelassener FachärztInnen für Psychiatrie festzustellen. (Detailliertere Informationen sind im Kapitel 4 zu finden.)

## **Maßnahmen für die Zukunft**

Im Rahmen der OÖ Gesundheitskonferenz wurden in zwei Arbeitskreisen weitreichende Maßnahmenvorschläge erarbeitet. Im Bezug auf das Gesundheitsziel betreffend die Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Senkung der Suizidrate wurden von der ExpertInnengruppe u.a. folgende Empfehlungen abgegeben: Flächendeckender Ausbau der psychiatrischen mobilen Notversorgung, bessere Vernetzung bereits bestehender Strukturen sowie spezielle Schulungen und Informationsmaterialien für Front-Line-Berufe (z.B. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich, Exekutive etc.). Darüber hinaus wird die Bedeutung von Maßnahmen zum Stigmaabbau sowie zur Erhöhung des Informationsstandes und des Problembewusstseins in der Bevölkerung betont.

In Bezug auf Suchterkrankungen im Allgemeinen werden vor allem der Ausbau der institutionalisierten Suchtprävention, die Förderung der Sucht- und Präventionsforschung sowie die stärkere Einbeziehung des vorhandenen Know-hows in relevante Entscheidungen empfohlen. Darüber hinaus ist die Aufklärung der Öffentlichkeit von wesentlicher Bedeutung. In Bezug auf problematischen Alkoholkonsum werden Maßnahmen wie bspw. Werbebeschränkungen, eine konsequentere Überprüfung der Alkoholbestimmungen im Straßenverkehr, eine Vereinheitlichung und konsequentere Umsetzung der einschlägigen Jugendschutzbestimmungen sowie eine Förderung „alkoholfreier Kulturen“ (z.B. durch preisgestützte Jugendgetränke) als sinnvoll erachtet. Zur Reduktion des Tabakrauchens werden u.a. die Erhöhung der Tabakpreise (bspw. durch eine zweckgebundene Präventionsabgabe), die Bekämpfung des Schmuggels sowie die Einschränkung der Verfügbarkeit von Tabakwaren (Zigarettenautomaten) befürwortet. Wesentliche Bedeutung wird der Erarbeitung eines systematischen nationalen Aktionsplanes beigemessen. (Genauerer ist in Kapitel 5 zu finden.)

# Abstract

## Mentally ill - what does it mean?

The specific field of psychosocial illnesses or disorders comprises a number of clinical pictures of various symptoms and degrees. Depression, anxiety disorders, addictive diseases, schizophrenia and dementia are amongst the major and most frequent disease patterns. The majority of psychosocial diseases are associated with a higher suicide risk. Mental illnesses, in particular depressions, can be seen as a cause of a considerable part of suicidal actions.

According to studies conducted by the WHO, mental illnesses account for a significant share of the global health burden.

Generally, the emergence of mental disorders is seen as a complex combination of a wide variety of factors on biological/genetic, psychological and social levels, which is significant for the treatment as well as for preventive measures. A genetic disposition for a mental disorder does not necessarily lead to its outbreak. Not only can social factors and the environment cause mental disorders, they can also prevent their onset.

Psychosocial health - as a counter term to mental illness - can be determined as the ability to deal with ordinary stress situations, to play a productive part in society and to take part in community life. Health promotion measures play an important role in the prevention of mental illnesses.

People suffering from mental illnesses are often exposed to a number of prejudices, which not only increase the distress of the concerned, but also entail serious consequences concerning claiming help, effective treatment and the prospect of cure. Furthermore, stigmatizing leads to discrimination (e.g. in working life), which in turn leads to reinforcement and to a stabilization of the problem, respectively.

## A challenge for health policy

Psychosocial illnesses represent an important health policy focus in programs and objective targets of national as well as international institutions.

The WHO framework for the European Region "Health 21" includes the improvement of mental health as one target. The "European Action plan on mental health", which was approved by the WHO Ministerial Conference in Helsinki (2005), calls for long-range measures for the improvement of psychosocial health. The European Commission published a Green Paper in October 2005, which is meant to serve as a discussion basis for the development of a pan-European strategy. The "National Austrian Health Plan", which was introduced at the 3rd Austrian Health Conference, also includes health policy targets concerning psychosocial illnesses and addiction disorders.

Out of the 10 health targets of the Upper Austrian Health Conference specified in the Upper Austrian Health Report 2000, two are among psychosocial illnesses: Target 4, whereby the suicide rate in Upper Austria is to be reduced by a minimum of a third by the year of 2010, and target 8, whereby significant progress in the reduction of alcohol and nicotine consumption is to be achieved (see chapters 1.5 and 2).

## **The current situation**

In Austria more people die by suicide per annum than in car accidents. 941 deaths were caused by car accidents in the year 1999, while 1.500 people died by suicide in the same period. In Upper Austria suicide accounts for almost 12 percent of the so-called "lost years of life" (an indicator for premature mortality).

The suicide rate in Upper Austria does not differ significantly from the nationwide average. In 2003, 236 people died by suicide in Upper Austria (171 men and 65 women), which amounts to about 17 suicide cases per 100.000 inhabitants. In order to reach the health target of the Upper Austrian Health Conference, the suicide rate would have to be lowered to fewer than 12 cases per 100.000 inhabitants by the year 2010.

According to a recent survey, 6,5 percent of the over 15-year-olds in Upper Austria drink alcohol daily. 8,6 percent show less than two days a week without alcohol consumption.

Currently 38 percent of the over-15-population is to be classified as daily smokers, yet another 14 percent smoke tobacco occasionally. The proportion of smokers is highest amongst the 20-24-year olds.

The number of hospital stays due to mental disorders has increased considerably over the last years. Presently, approximately 850 persons per 100.000 inhabitants have to make use of in-hospital treatment for a psychological illness at least once a year. The majority is treated for affective disorders, problems due to substance consumption (primarily alcohol), neurotic, stress and somatoform disorders. About 5 percent of all hospital stays feature a psychiatric main diagnosis. A considerable proportion of hospital patients with a psychiatric main diagnosis are not treated in psychiatric departments, but in other specialist departments, whereby the contingent of about 36 percent in Upper Austria is lower than the nationwide percentage (approx. 45 percent).

The unemployed are a distinct risk group. Depending on the type of disease, they hold a risk of a hospital treatment for a psychiatric main diagnosis that is 3 to 5 times as high as for the average working population. Minor differences between blue- and white-collar workers can be observed, as well.

The yearly amount of sick leave days due to mental illnesses has increased significantly over the last years (an increase of 40 percent between 1996 and 2003). According to disability statistics, mental illnesses cause 5,5 percent of sick leave days and are the fourth most frequent cause of sick leave, following illnesses of the skeleton/the

muscles/connective tissue disease, respiratory diseases and injuries/poisoning. In Upper Austria, mental illnesses account for approx. 437.000 disability days every year, though the actual extent might even be greater. The majority of sick leave days due to mental disorders are connected with affective disorders. There is a clear difference to be noted between sociodemographic groups in connection with in-hospital treatments as well as with sick leave, whereby the unemployed are affected the most. The risk is clearly higher for persons suffering from multiple mental disorders. For some diagnostic categories an urban-rural divide can be identified.

In all of Austria, mental illnesses are the second most frequent cause for early retirement following disorders of the musculoskeletal system and supporting apparatus. In 2003, 22 percent of early retirement cases could be traced back to mental illnesses. The percentage is distinctly higher with women (29 percent) than with men (19 percent). The frequency of early retirement due to mental illnesses has increased rapidly between the years 1997 and 2002 (from about 3.000 to over 5.000 cases). In 2003 a slight decline to about 4.800 cases could be perceived.

In the year 2004, more than 935.000 packages of psychotropics (including barbiturates and tranquilizers) were prescribed to insurants at the Upper Austrian Sickness Fund, which amounts to an average of 752 packages per 1.000 persons. The major portion is constituted by antidepressants (for further information and detailed analyses please see chapter 3).

### **What is being done?**

In principal, the services of psychosocial care facilities in Upper Austria are fully developed. In addition, there are manifold health promotion measures on offer, for example within the framework of the "Healthy Communities". Moreover, there is a comprehensive drug prevention program available.

Particularly in rural areas, deficits can be detected in the lack of personnel in specific fields, as for example in acute measures and crisis intervention. An obvious undersupply can be observed in the low number of medical specialists in psychiatry (you will find detailed information in chapter 4).

### **Future actions**

Within the framework of the Upper Austrian Health Conference, two working parties developed long-range action proposals. Concerning the health target to improve mental health and lower the suicide rate, the expert group suggested the following: area-wide expansion of the mobile psychiatric emergency service, a better integration of existing structures, as well as special training and info material for front-line-professions (e.g. employees in the health and social sector, executive authorities, etc.). Furthermore, the



importance of measures to destigmatize and to raise the level of information and awareness of the problem within the population is stressed.

Concerning addictive disorders in general, the extension of institutionalized drug prevention, the promotion of addiction and prevention research, as well as the utilization of existing know-how for relevant decisions is recommended. Moreover, informing the public is essential. Concerning the problematic consumption of alcohol, measures like, for example, limited advertising, a more consequential check of alcohol regulations in road traffic, a unification and more consequential implementation of by-laws for the protection of minors, as well as the promotion of an "alcohol free culture" (e.g. by selling low-priced youth drinks) are considered useful. In order to reduce tobacco smoking, the increase of tobacco prices (e.g. by way of an earmarked prevention tax), combating smuggling and the restriction of the availability of tobacco products (cigarette vending machines) are advocated. Fundamental importance is ascribed to the formulation of a systematic national action plan (find more specific information in chapter 5).

# 1. Einleitung und Überblick

Der Oberösterreichische Gesundheitsbericht 2000 bietet als Basisbericht einen Überblick über die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsversorgung in Oberösterreich. Darüber hinaus ist dort die gesundheitspolitische Zielsetzung der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz - in Form von 10 Gesundheitszielen - festgeschrieben<sup>1</sup>.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung hat das Institut für Gesundheitsplanung die Aufgabe, zu den gesundheitspolitischen Schwerpunkten Detailberichte zu erstellen, in denen die Thematiken vertiefend dargestellt werden können sowie Hintergründe, gegenwärtige Situation und Zukunftsperspektiven ausgeleuchtet werden können.

Im vorliegenden Bericht wird das Schwerpunktthema der psychischen Erkrankungen bzw. der psychosozialen Gesundheit behandelt. Diesem breiten Feld lassen sich zwei der genannten 10 Gesundheitsziele zuordnen. Ziel 4 der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz stellt auf die Verminderung von psychischen Störungen ab, die ein hohes Risiko suizidaler Handlungen beinhalten, bspw. Depressionserkrankungen, Angststörungen und schizophrene Erkrankungen. Als Messlatte zur Erreichung des Zieles dient die Suizidrate, die bis 2010 um ein Drittel gesenkt werden soll. Das Ziel 8 der Gesundheitskonferenz bezieht sich auf Suchterkrankungen - im Speziellen auf die Verminderung des schädigenden Alkoholkonsums sowie auf die Erhöhung der Nichtraucherquote in der Bevölkerung. Alkohol- und Nikotinkonsum sind jedoch nicht nur unter dem Aspekt des Suchtpotentials von gesundheitspolitischer Relevanz, sie stellen auch Risikofaktoren für eine Vielzahl anderer Erkrankungen und Schädigungen dar. Den genannten Gesundheitszielen wird im vorliegenden Bericht besonderer Raum gegeben.

Der Bericht wendet sich an ein breites Publikum: an politische Akteure, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Wissenschaft und Fachpublikum sowie an die interessierte Öffentlichkeit und nicht zuletzt auch alle Bürgerinnen und Bürger, die sich über die Thematik informieren wollen. Ziel ist es, über die Situation in Oberösterreich sachgerechte Informationen bereit zu stellen, zu Diskussionsprozessen, aber auch Aktionen (z.B. auch seitens nichtstaatlicher Organisationen) anzuregen und dadurch zu Transparenz und Verständlichkeit gesundheitspolitischer Prozesse beizutragen. Der Bericht muss aufgrund dieser breiten Zielsetzung auch vielfältige Informationen vereinen - von detaillierten statistischen Analysen bis zur allgemeinverständlichen Überblicksdarstellung. Daher werden auch nicht alle Kapitel die unterschiedlichen Zielgruppen in gleichem Ausmaß

---

<sup>1</sup> (OÖ Gesundheitsbericht 2000)

betreffen. Auch kann aufgrund der Weite des Themenfeldes nicht jeder Aspekt erschöpfend behandelt werden.

Das Kapitel 2 soll einen Überblick zur Thematik geben, wobei aufgrund der Bandbreite der Thematik nur die wesentlichsten Aspekte angeschnitten werden können. Es beinhaltet Hintergrundinformationen zur psychischen Gesundheit im Allgemeinen und zu den wichtigsten Störungstypen und Krankheitsbildern (Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Demenz und Suchterkrankungen mit dem Schwerpunkt Alkohol und Nikotin). Darüber hinaus wird auf Möglichkeiten und Ansätze zur Prävention bzw. zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen eingegangen. Letztlich werden auch gesundheitspolitische Rahmenprogramme und Zielsetzungen wichtiger politischer Akteure (WHO, EU, Bundesministerium) kurz beleuchtet.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit den Gesundheitszielen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz zum Thema psychosoziale Erkrankungen und skizziert die Ausgangslage, vor der diese Ziele beschlossen wurden.

Kapitel 4 behandelt die derzeitige Situation (Ist-Stand, Epidemiologie) anhand der verfügbaren Datenquellen. Insbesondere werden Indikatoren aus der amtlichen Statistik, aus dem Sozialversicherungsbereich sowie der Spitalsentlassungsstatistik aufgearbeitet und analysiert. Zum Thema Sucht (Alkohol, Nikotin) wird vor allem auf die Ergebnisse des Drogenmonitorings des Instituts für Suchtprävention zurückgegriffen, die in Form einer kürzlich erschienenen Publikation vorliegen<sup>2</sup>.

Im 5. Kapitel wird ein Überblick über die einschlägige Versorgungssituation in Oberösterreich gegeben (ambulante und stationäre Versorgungsangebote für psychische Erkrankungen, Krisenintervention, Selbst- und Laienhilfe, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung usw.).

Das 6. Kapitel ist zukünftigen Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit gewidmet. Im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz waren zwei ExpertInnengruppen, der „Arbeitskreis Suchtreduktion“ und der „Arbeitskreis Verringerung der Suizidrate“ mit den genannten Problematiken beschäftigt. Als Ergebnis liegen Handlungsempfehlungen um Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen vor. Diese Maßnahmenvorschläge werden in diesem Kapitel dargestellt.

---

<sup>2</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c)

## 2. Psychosoziale Gesundheit

### 2.1 Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen

In der allseits bekannten Definition der WHO ist psychische Gesundheit als unverzichtbarer Bestandteil eines umfassendem Gesundheitsbegriffs verankert: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen.“ In anderen Worten: „There is no health without mental health“<sup>3</sup>.

Ähnlich wie Gesundheit nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit gesehen wird, ist auch psychosoziale Gesundheit nicht allein als das Fehlen von psychischen Störungen anzusehen. Demnach ist mentale Gesundheit „... a state of well-being in which the individual realises his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community“<sup>4</sup>. Wesentliche Kriterien sind also die Bewusstheit der eigenen Fähigkeiten, die Befähigung mit normalen Belastungen umzugehen, die Möglichkeit zu produktiver Arbeit und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben.

Psychische Gesundheit und Krankheit können als entgegengesetzte Bereiche auf einem Kontinuum aufgefasst werden, mit zunehmender Stärke und Dauer der Symptome von völligem Wohlbefinden und „normalen“ Stimmungsschwankungen auf der einen Seite bis hin zu klinisch relevanten Störungen der Psyche<sup>5</sup>.

Die WHO definiert im Weltgesundheitsbericht 2001 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen als klinisch relevante Sachverhalte, die durch Veränderungen des Denkens, der Gefühle bzw. Stimmungslage oder des Verhaltens gekennzeichnet sind und die mit persönlichem Leid und/oder der Beeinträchtigung in der Erfüllung sozialer Anforderungen verbunden ist. Es wird betont, dass nicht jedes persönliche Leid eine psychische Störung darstellt. Psychisches Leid, das unter gegebenen persönlichen oder sozialen Umständen als „normal“ angesehen werden kann (z.B. Trauer nach einem Todesfall) stellt keine psychische Erkrankung dar. Erst wenn bestimmte Symptome, anhaltende bzw. wiederkehrende Beeinträchtigungen oder ein vorhersehbarer Krankheitsverlauf bei

---

<sup>3</sup> (STAKES 2000, S. 21)

<sup>4</sup> (WHO 2001a)

<sup>5</sup> (Stadt Wien 2004, S. 36)

Nichtbehandlung hinzukommen, kann von einer psychischen Störung gesprochen werden. Verhaltensweisen, die auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen sind, können zwar die Manifestation psychischer Erkrankungen beeinflussen, sind jedoch selbst nicht als krankhaft eingestuft. Ebenso wird betont, dass Individuen zwar an psychischen Störungen leiden können, die Erkrankung jedoch nicht als Etikett für die Person angesehen werden darf. Eine Person sollte niemals mit der Erkrankung, an der sie leidet, gleichgesetzt werden<sup>6</sup>.

Der Themenbereich psychosoziale Erkrankungen umfasst eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Symptomen und Schweregraden. Die Bandbreite reicht von Schizophrenie über affektive Störungen (wie bspw. Depression) bis hin zu Suchterkrankungen. Laut WHO-Studien entfällt auf diese Erkrankungen ein wesentlicher Anteil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Weltweit leiden etwa 450 Millionen Menschen an mentalen Störungen oder Verhaltensstörungen. Von den zehn Hauptursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung stammen vier aus der Gruppe der mentalen Erkrankungen. Schätzungen zufolge verursachen mentale Erkrankungen und Verhaltensstörungen 12 Prozent der globalen Gesundheitsbelastung<sup>7</sup>.

Für psychische Erkrankungen wurde in den letzten Jahren von Klassifikationssystemen, die die Krankheitsursache in den Vordergrund stellen, tendenziell abgegangen. Bei neueren Verschlüsselungssystemen (z.B. ICD-10) werden eher Kombinationen von operationalisierbaren Symptomen in den Vordergrund gestellt. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass für viele dieser Erkrankungen die Ursachen weitgehend unaufgeklärt sind (eine Ausnahme bilden organisch begründbare Störungen).

Beispielsweise wird die Klassifikation depressiver Störungen hinsichtlich der vermuteten Ursachen (z.B. endogene und psychogene Erkrankungen; somatogene depressive Erkrankungen) abgelöst durch eine an Verlaufstypen und Schweregrad orientierte Einteilung (z.B. episodisch auftretende bzw. anhaltende depressive Störungen)<sup>8</sup>.

Man kann davon ausgehen, dass 15 bis 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Störungen (inkl. Alkoholismus) leiden<sup>9</sup>. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit während des gesamten Lebens an einer dieser Erkrankungen zu leiden wird auf 25 bis 30 Prozent geschätzt<sup>10</sup>. Es wird angenommen, dass 60 Prozent aller psychischen Störungen einen chronischen Verlauf nehmen<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> (WHO 2001, S. 21)

<sup>7</sup> (WHO 2001, S. 3)

<sup>8</sup> (Arolt 2003, S. 605-606)

<sup>9</sup> 7-Tages bzw. Punktprävalenz

<sup>10</sup> (Arolt 2003, S. 606)

<sup>11</sup> (Arolt 2003, S. 606)

Die Komorbidität psychischer Erkrankungen wird oft unterschätzt. Es kann angenommen werden, dass 60 Prozent aller PatientInnen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, an einer oder mehreren weiteren psychosozialen Erkrankungen leiden<sup>12</sup>.

Die meisten Krankheiten, sowohl mentale als auch physische, sind beeinflusst von Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene. Dies trifft in spezieller Form auf mentale Erkrankungen zu<sup>13</sup>. Im Zuge der Fortschritte der Genforschung wird häufig der genetische Einfluss auf das Entstehen von psychischen Erkrankungen thematisiert. Obwohl für viele psychische Erkrankungen ein genetischer Einfluss angenommen wird, bedeutet dies nicht, dass eine solche Veranlagung unweigerlich zur Erkrankung führt. Genau so, wie soziale und Umwelteinflüsse den Ausbruch von psychischen Störungen auslösen können, können sie diese auch verhindern. Über das komplexe Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Umwelteinflüssen ist noch wenig bekannt. Zweifellos ist eine interdisziplinäre, differenzierte Betrachtungsweise für die Weiterentwicklung therapeutischer Methoden von größter Wichtigkeit. Die Bedeutung genetischer Veranlagung sollte jedoch auch nicht überschätzt werden. „Bisher hat nur selten eine genetische Forschung einen höheren Einflussanteil als 50 Prozent der Gene demonstrieren können. Damit bleibt der Einfluss von Umweltfaktoren wichtig“<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 221)

<sup>13</sup> (WHO 2001)

<sup>14</sup> (Sonnenmoser 2004)

## 2.2 Stigmatisierung

Menschen mit psychosozialen Erkrankungen sind einer Vielzahl von Vorurteilen ausgesetzt, von denen hier nur einige genannt werden sollen:

- Viele dieser Störungen werden nicht als Krankheit anerkannt, sondern als Folge persönlichen Versagens oder der Schwäche der Betroffenen (z.B. Suchterkrankungen, Depressionen).
- Das Ausmaß der Verbreitung wird häufig unterschätzt.
- Betroffene werden vielfach als grundsätzlich gefährlich oder außerordentlich gewalttätig eingestuft, obwohl dies nur auf eine sehr kleine Minderheit zutrifft.
- Oft wird angenommen, dass es keine wirksamen Möglichkeiten gibt, psychosoziale Erkrankungen zu heilen, obwohl in den letzten zwanzig Jahren große Fortschritte in der Entwicklung und Verbesserung von Therapien gemacht wurden und eine Vielzahl an wirksamen Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Diese und ähnliche Vorurteile führen zu einer Stigmatisierung, die nicht nur das Leid der Betroffenen zusätzlich erhöht, sondern auch ernsthafte Konsequenzen bzgl. Behandlungserfolge, der Inanspruchnahme professioneller Hilfe und der Heilungschancen mit sich bringt<sup>15</sup>. Zudem führt Stigmatisierung zu sozialen Benachteiligungen (z.B. im Berufsleben), die die persönliche Situation der Betroffenen verschlechtern und so zu einer Verstärkung bzw. Stabilisierung der psychischen Erkrankung beitragen. Das Ziel von Anti-Stigma-Kampagnen ist es, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

---

<sup>15</sup> (Gaebel 2004, Wessely 2003)

## 2.3 Darstellung einer Auswahl wichtiger Krankheitsbilder

### 2.3.1 Depression

Depressive Erkrankungen werden nach Symptomatik und Auftretensmuster in unterschiedliche Typen eingeteilt<sup>16</sup>:

- in die eigentliche depressive Episode (auch major depression),
- dystyme Störungen,
- kurzfristige depressive Anpassungsstörungen und
- wiederkehrende kurze Depressionen (brief recurrent depression).

Charakteristische Symptome einer **depressiven Episode** (major depression) sind eine depressive Verstimmung (Gefühle der Trauer und Niedergeschlagenheit) und der Verlust des Interesses oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise gerne unternommen werden. Weitere Kennzeichen sind Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, psychomotorische Gehemmtheit oder Unruhe, verminderte Energie, Willens-, Denk- und Antriebshemmung und innere Leere ebenso wie das Gefühl der Ausweg- und Wehrlosigkeit, Angst und Schuldgefühle. Suizidideen oder gar Suizidversuche sind häufig. In schweren Fällen können auch psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahnideen sowie Starrezustände (Stupor) auftreten<sup>17</sup>.

Etwa 5 bis 10 Prozent der PatientInnen mit depressiven Episoden (major depression) erleben zwischen den depressiven Phasen manische Phasen mit übersteigertem Antrieb und Selbstüberschätzung<sup>18</sup>.

Unbehandelt können depressive Episoden mehrere Monate dauern. Bei etwa 10 bis 15 Prozent tritt ein chronischer Verlauf ein, sodass auch nach fünf Jahren noch keine Symptomfreiheit erreicht wird<sup>19</sup>.

Die Rückfallquote nach einer depressiven Episode ist relativ hoch: Bei PatientInnen ohne medikamentöse Behandlung erleiden ein Viertel innerhalb eines halben Jahres einen Rückfall, innerhalb von zwei Jahren 30 bis 50 Prozent und im Zeitraum von fünf Jahren erleben fast drei Viertel mindestens eine weitere depressive Episode.

---

<sup>16</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>17</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>18</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>19</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)



Innerhalb eines Zeitraums von 20 Jahren kommen auf jede/n PatientIn durchschnittlich fünf bis sechs depressive Episoden. Mit zunehmendem Alter nehmen die Wahrscheinlichkeit und die Schwere von depressiven Episoden zu<sup>20</sup>.

Für die Entstehung von depressiven Episoden wird das komplexe Zusammenspiel von genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren verantwortlich gemacht. Die Ergebnisse von Zwillingsstudien legen eine vererbte, genetische Komponente in der Entstehung von Depressionen nahe. Die derzeitige neurobiologische Forschung beschäftigt sich in diesem Zusammenhang u.a. mit Störungen der Signalübertragung zwischen Nervenzellen und der Bedeutung von endokrinologischen Einflüssen (hormonellen Einflüssen, z.B. von Cortisol und Melatonin) sowie mit Störungen der Schlaf-Wach-Regulation<sup>21</sup>.

Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer (weiteren) depressiven Episode erhöhen, sind:

- bereits vorangegangene depressive Episoden (steigt mit Anzahl),
- früher Erkrankungsbeginn (erstmalige Erkrankung in früherem Alter),
- Auftreten der Depression in Verbindung mit einer Angsterkrankung, Sucht oder Dysthymie,
- mangelhafte soziale Unterstützung der Betroffenen<sup>22</sup>.

Die Wahrscheinlichkeit, an depressiven Störungen zu erkranken, liegt für Frauen doppelt bis dreimal so hoch wie für Männer. Ausgeschlossen ist jedoch nicht, dass diesbezüglich auch ein unterschiedliches Diagnoseverhalten eine Rolle spielt. Da Frauen eher dazu tendieren, über Ängste und Stimmungsschwankungen zu sprechen, werden sie häufiger als „depressiv“ eingestuft, während bei Männern eher organische Ursachen vermutet werden<sup>23</sup>. Es wird angenommen, dass die Bevölkerung im ländlichen Raum in geringerem Ausmaß von depressiven Erkrankungen betroffen ist als die Bevölkerung der Städte<sup>24</sup>.

Durch adäquate Behandlung kann die Dauer einer depressiven Episode bei 70 Prozent der PatientInnen deutlich verkürzt werden<sup>25</sup>.

**Dysthymie** (früher „neurotische Depression“ bzw. „depressive Persönlichkeit“) ist eine leichtere aber chronische depressive Verstimmung. Sie weist ähnliche Symptome schwächerer Ausprägung auf wie die depressive Episode. Dieser Erkrankungstyp beginnt meist

---

<sup>20</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>21</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 220)

<sup>22</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 220)

<sup>23</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 220)

<sup>24</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 222)

<sup>25</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

schon im Jugendalter. Psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten bei dieser Form depressiver Störungen nicht auf. Die Krankheitsdauer beträgt mehr als zwei Jahre. Bei 10 bis 25 Prozent der Erkrankungsfälle dieses Typs treten jedoch zusätzlich Phasen von depressiven Episoden auf<sup>26</sup>.

„**Wiederkehrende kurze Depressionen**“ sind intensive, kurzfristige, zwei bis 14 Tage andauernde Phasen depressiver Verstimmung, die über einen längeren Zeitraum (länger als ein Jahr) einmal oder mehrmals pro Monat auftreten. Dieser Erkrankungstyp weist eine besonders hohe Rate an Suizidversuchen auf<sup>27</sup>.

Von depressiven Anpassungsstörungen spricht man, wenn Betroffene auf konkrete psychosoziale Belastungen übermäßig bzw. unangepasst reagierten. Definitionsgemäß treten diese Anpassungsprobleme mindestens drei Monate nach Beginn der Belastung auf und halten nicht länger als sechs Monate an. Es zeigen sich, in deutlich schwächerer Ausprägung, ähnliche Symptome wie bei depressiven Episoden (major depression) sowie deutliche Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und des Alltags<sup>28</sup>.

Es muss davon ausgegangen werden, dass 8 Prozent der Bevölkerung an depressiven Störungen leiden (3 Prozent an schweren und 5 Prozent an leichteren Formen der Depression). Die Inzidenz von depressiven Störungen, also die Häufigkeit der Neuerkrankungen pro Jahr, wird für schwere Störungen auf 1 Prozent geschätzt, unter Einschluss leichterer Störungen auf 5 Prozent der Bevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einer depressiven Erkrankung zu leiden, wird bei Männern auf 8 bis 12 Prozent und bei Frauen auf 20 bis 26 Prozent geschätzt<sup>29</sup>.

Man geht davon aus, dass mehr als die Hälfte aller depressiven Erkrankungen nicht diagnostiziert bzw. unzureichend behandelt werden<sup>30</sup>.

Depressive Erkrankungen treten häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auf (Komorbidität). Es wird angenommen, dass 18 Prozent der PatientInnen mit depressiven Episoden zusätzlich Persönlichkeitsstörungen aufweisen und bei 60 bis 75 Prozent zusätzlich Sucht- bzw. Angsterkrankungen auftreten.

Außerdem leiden PatientInnen mit psychosomatischen oder chronischen somatischen Erkrankungen zu mehr als 10 Prozent zusätzlich an einer Depression. 15 Prozent der internistischen und chirurgischen PatientInnen und 30 bis 35 Prozent der neurologischen PatientInnen leiden außerdem an Depressionen<sup>31</sup>.

---

<sup>26</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>27</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 220)

<sup>28</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>29</sup> (Arolt 2003, S. 606)

<sup>30</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 219)

<sup>31</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 221)

Das Suizidrisiko bzw. die Wahrscheinlichkeit von suizidalen Handlungen seitens depressiv Erkrankter steigt mit dem Schweregrad der depressiven Störung: Besonders gefährdet sind PatientInnen, die auch psychotische Symptome aufweisen (Wahnideen, Halluzinationen). Erhöhtes Suizidrisiko weisen einerseits Personen auf, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, aber auch solche, in deren näheren sozialen Umfeld (Angehörige) Suizide stattgefunden haben<sup>32</sup>.

Das Suizidrisiko von PatientInnen mit depressiven Störungen wird auf 3 bis 4 Prozent geschätzt, das von PatientInnen, die wegen schwerer Depressionen stationäre Behandlung benötigten sogar auf 15 Prozent. Umgekehrt gehen bspw. in Deutschland mehr als die Hälfte der Personen, die sich das Leben nehmen, auf Personen mit Depressionen zurück<sup>33</sup>.

## 2.3.2 Schizophrenie

Der Begriff Schizophrenie wird häufig mit Persönlichkeitsspaltung in Verbindung gebracht, hat jedoch damit nichts zu tun. Ein weiteres häufiges Missverständnis ist, dass Schizophrenie mit verminderter Intelligenz zu tun hätte. Dieses Missverständnis mag damit zusammenhängen, dass die Handlungen akut Erkrankter für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar sind. Dies ist jedoch nicht eine Folge von Intelligenzverlust, sondern eine Auswirkung von Fehlwahrnehmungen und Fehlinterpretationen der Umwelt. Vielfach wird Schizophrenie als unheilbare Erkrankung angesehen. Die bis Anfang des 20. Jh. gebräuchliche Bezeichnung „Dementia praecox“ (vorzeitige Demenz) deutet auf ein unweigerliches Fortschreiten und einen bösartigen Verlauf der Erkrankung hin. Diese Auffassung gilt jedoch als widerlegt. Die Diagnose „Schizophrenie“ sagt nichts über den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung aus, der je nach Typ der schizophrenen Erkrankung sehr verschieden sein kann<sup>34</sup>.

Die verschiedenen Typen schizophrener Erkrankungen äußern sich in Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Affektes bei sonst klarem Bewusstsein. Abgesehen von dieser Gemeinsamkeit zeigen sich sehr unterschiedliche Krankheitsbilder. Schizophrenieerkrankungen treten meist in jüngerem Alter erstmals auf und ziehen langfristige Beeinträchtigungen nach sich. Der Verlauf ist meist episodisch. In den akuten Episoden zeigen sich oft Wahngedanken und Halluzinationen. Zwischen den Akutphasen sind vielfältige, oft lang andauernde Folgezustände verbreitet: Störungen der Merkfähigkeit, Konzentrationsstörungen, Störungen des Gefühlslebens, des Antriebes und der Motivation sowie der Belastbarkeit und der Ausdauer. Oft geht der erstmaligen psychiatrischen Be-

---

<sup>32</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 220)

<sup>33</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 221)

<sup>34</sup> (Psychiatrie Aktuell 2005)

handlung ein eher unspezifischer Frühverlauf der Erkrankung voraus, der durch leichtere psychische Beeinträchtigung und berufliches Leistungsversagen gekennzeichnet ist.

Die Ursachen der Schizophrenie sind weitgehend unbekannt. Man geht davon aus, dass der Erkrankung komplexe Ursachen zugrunde liegen. Genetische Faktoren dürften mit einer verminderten Fähigkeit der Verarbeitung sozialer, psychologischer und anderer Belastungen zusammenwirken. Weitere Einflussfaktoren werden in Veränderungen der Gehirnstruktur gesucht, die durch vorgeburtliche Schädigung bedingt ist. Ebenso wird vermutet, dass Funktionsstörungen des Hirnstoffwechsels eine Rolle spielen. Es gilt als gesichert, dass psychosoziale Belastungen Rückfälle auslösen können. Ob Schizophrenie durch Lebenskrisen und kritische Lebensereignisse hervorgerufen werden kann, ist noch strittig<sup>35</sup>.

Der weitere Erkrankungsverlauf kann von völliger Ausheilung bis zu einer lebenslangen Belastung reichen. Man geht davon aus, dass bis zu 20 Prozent der Betroffenen nur eine einzige Erkrankungsepisode erleiden und dann symptomfrei bleiben. 50 bis 70 Prozent der Betroffenen erleiden mehrere schizophrene Episoden, weisen zwischen diesen Phasen aber nur geringe Störungen auf. Bis zu 30 Prozent sind jedoch von mittleren bis schweren Beeinträchtigungen betroffen. Der Krankheitsverlauf ist stark von sozialen Faktoren abhängig. Neben einem frühen und schleichenden Erkrankungsbeginn wird ein schwererer Verlauf auch durch soziale Isolation, berufliche Desintegration und schlechte soziale Anpassung bereits vor dem Ausbruch der Erkrankung begünstigt. Nach einer Erkrankungsdauer von fünf bis 10 Jahren tritt meist keine Verschlechterung mehr auf, Verbesserungen sind hingegen auch nach Jahrzehnten möglich<sup>36</sup>.

Das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, ist für Männer und Frauen gleich hoch. Es zeigt sich jedoch, dass Männer häufiger zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr erkranken, Frauen hingegen eher im Alter von 25 bis 29 Jahren. Von einem späteren Krankheitsausbruch, nach dem 40. Lebensjahr, sind vor allem Frauen betroffen. Die Ursache wird im Hormonhaushalt der Frauen vermutet (Schutzeffekt des Hormons Östrogen). Bei spät-erkrankten Frauen ist der Krankheitsverlauf meist schwerer als bei Männern, obwohl Frauen im Allgemeinen einen leichteren Verlauf aufweisen als Männer. Häufig werden erhöhte Erkrankungsraten bei Angehörigen unterer sozialer Schichten gefunden. Es ist jedoch nicht geklärt, ob dies auf ungünstigere Bedingungen und soziale Einflüsse zurückzuführen ist, oder ob die Betroffenen schon vor der Diagnose aufgrund der Erkrankung einen sozialen Abstieg erlitten haben. In Deutschland finden sich Schizophrenieerkrankungen gehäuft in den städtischen Ballungszentren. Auch hier ist unklar, ob sich dies aus den sozialen Lebensumständen in den Städten ergibt, oder ob Betroffene als Folge ihrer

---

<sup>35</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 213)

<sup>36</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 213)

Erkrankung und einem damit verbundenen sozialen Abstieg in die Städte ziehen (z.B. billigere und anonymere Wohnungsmöglichkeiten)<sup>37</sup>.

### 2.3.3 Angststörungen

Als Angsterkrankungen bzw. Angststörungen werden Krankheitsbilder bezeichnet, denen eine andauernde Störung oder Fehlsteuerung des Angst-Stress-Reaktionssystems zugrunde liegt. Angst spielt eine wichtige Rolle als Anpassungsmechanismus des Menschen an seine Umwelt. Angst ermöglicht es etwa, gefährliche Situationen zu vermeiden oder mit gefährlichen Situationen umzugehen (etwa durch emotionale Erregung bedingte höhere Aufmerksamkeit). Angstreaktionen äußern sich auf körperlicher Ebene, auf Verhaltensebene sowie auf kognitiver und emotionaler Ebene:

- Körperliche Symptome sind Alarmreaktionen im sympathischen Nervensystem, die sich als Herzrasen, Schwitzen, beschleunigtes Atmen und Zittern äußern.
- Auf Verhaltensebene kann sich Angst durch Flucht oder Vermeidung äußern.
- Im kognitiven und emotionalen Bereich zeigen sich Reaktionen des Denkens, Fühlens, der Aufmerksamkeit und des Erlebens wie bspw. eine Einengung des Denkens und Fühlens auf die gefahrenrelevanten Reize oder Befürchtungen betreffenden Aspekte sowie selektives Lernen und Erinnern.

Bei Angststörungen treten diese Reaktionen jedoch nicht mehr in angemessener Form auf (z.B. unabhängig von Gefahren oder realistischen Befürchtungen oder in unangemessener Intensität) und können ernsthafte Beeinträchtigung und Belastung der Betroffenen nach sich ziehen<sup>38</sup>.

Nach neuerer Klassifikation wird zwischen zwei wesentlichen Gruppen von Angststörungen unterschieden: einerseits die sogenannten „phobischen Störungen“ (früher „phobische Neurosen“) einerseits und „sonstigen Angststörungen“ (früher „Angstneurosen“) andererseits. Phobische Störungen unterteilen sich wiederum in Agoraphobie, soziale Phobie, in spezifische (isolierte) Phobie und in sonstige phobische Störungen. Ebenso wird bei den sonstigen Angststörungen zwischen Panikstörung, generalisierter Angststörung und verschiedenen Mischbildern unterschieden<sup>39</sup>.

**Soziale Phobien** sind klinisch bedeutsame Ängste vor sozialen Situationen und der Befürchtung in diesen Situationen zu versagen. Diese Ängste und damit verbundene Vermeidungsreaktionen können zu massiven Einschränkungen in Alltag und Beruf führen und

---

<sup>37</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 213-214)

<sup>38</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 7)

<sup>39</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 8)

bedeuten eine schwere Belastung für die Betroffenen. Typische Situationen, die soziale Ängste auslösen können, sind z.B. sich vor anderen Personen oder in Gruppen äußern zu müssen oder an Veranstaltungen teilzunehmen u.ä. Meist tritt eine soziale Phobie in generalisierter Form auf, d.h. die Ängste beziehen sich auf soziale Situationen im Allgemeinen. Sie können sich jedoch auch auf spezifische Situationen beschränken (z.B. Prüfungsangst). Den meisten Betroffenen ist bewusst, dass ihre Angst übertrieben oder unbegründet ist. Dennoch können sich die Symptome bis zu panikartigen Attacken steigern. Die ersten Symptome einer sozialen Phobie treten meist schon im Jugendlichenalter auf, selten erst nach dem 25. Lebensjahr. Unbehandelt nimmt die Erkrankung oft einen chronischen Verlauf und kann das ganze Leben lang andauern<sup>40</sup>.

Unter die Kategorie **spezifische Phobien** fallen dauerhafte und unangemessene exzessive Angstzustände, die von bestimmten Objekten oder Situationen ausgelöst werden z.B. von bestimmten Tieren (Schlangen, Ratten), vor dem Anblick von Blut oder auch Flugangst. Im Gegensatz zu Agoraphobikern, bei denen vor allem die Angstanfälle und deren Konsequenzen in Vordergrund stehen und zur Sozialphobie, bei der vor allem die Angst vor negativen Bewertungen (Versagensängste, Ablehnung), bedeutsam sind, bezieht sich bei spezifischen Phobien die Angst auf mögliche Gefahren, die von den Angst besetzten Situationen und Objekten ausgehen (z.B. Flugzeugabsturz, Schlangenbiss usw.). Das Ersterkrankungsalter ist je nach Art der Phobie unterschiedlich, liegt jedoch in 80 Prozent der Fälle vor dem 20. Lebensjahr<sup>41</sup>.

Von **generalisierter Angststörung** spricht man, wenn übermäßig starke Ängste, Sorgen und Anspannungszustände über einen längeren Zeitraum (mehr als 6 Monate) andauern. Meist beziehen sich diese Ängste auf Alltagssituationen und gewöhnliche Lebensumstände und Probleme, wobei die Betroffenen keine Kontrolle mehr über die Dauer und Häufigkeit dieser Empfindungen haben. Weitere Symptome sind ein erhöhtes körperliches und psychisches Erregungsniveau (z.B. Schlafstörungen, Nervosität, Reizbarkeit). Der Verlauf der generalisierten Angststörung ist meist chronisch. Das erstmalige Auftreten liegt meist zwischen der 2. und 5. Lebensdekade<sup>42</sup>.

**Agoraphobie** („Platzangst“) bezeichnet die Angst oder das Vermeiden von Orten oder Situationen. Auslöser können bspw. öffentliche Plätze, Menschenmengen, Reisen im Bus oder enge Räume sein. Dies zieht oft beträchtliche Einschränkungen der Lebensführung nach sich. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 26 Jahren. Meist tritt Agoraphobie als Folge oder im Zusammenhang mit Panikattacken auf. Unbehandelt nimmt Agoraphobie oft einen chronischen Verlauf<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 8)

<sup>41</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 10)

<sup>42</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 9)

<sup>43</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 8)

**Panikstörungen:** Charakteristisch für Panikstörungen (früher auch „Herzneurosen“ genannt) sind wiederkehrende, unerwartete und für die Betroffenen nicht erklärbare Panikattacken. Es zeigen sich Symptome wie Herzklopfen oder Herzrasen, Atemnot oder Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Erstickungs- oder Schwindelgefühle. Oft sind diese Symptome auch mit der Angst, die Kontrolle zu verlieren, zusammen zu brechen oder verrückt zu werden verbunden und können sich bis zur Todesangst steigern. Nach einem Anfall werden die Betroffenen oft durch die Erwartungsangst vor dem erneuten Auftreten einer Panikattacke gequält. Panikstörungen treten typischerweise bereits im Jugendlichenalter oder im frühen Erwachsenenalter erstmals auf (nur sehr selten ist ein Beginn in der Kindheit oder nach dem 45. Lebensjahr). Personen mit Panikstörungen bilden oft auch eine Agoraphobie (Platzangst) aus. Auch das Risiko an Depressionen zu erkranken ist erhöht<sup>44</sup>.

Typischerweise zeigen Angsterkrankungen anfänglich eher mildere Züge und nehmen im späteren Verlauf an Schweregrad zu. Die Spontanremissionsrate ist gering, d.h. dass es ohne Behandlung nur selten zu einer vollständigen Heilung kommt. Dies wird auf Störungen des Angst-Stress-Mechanismus zurückgeführt, die durch das Vermeidungsverhalten gegenüber den ängstigenden Gegebenheiten weiter verfestigen (konditionierte Angstreaktionen)<sup>45</sup>. Im Gegensatz zu Depressionen, die häufig einen episodischen Verlauf nehmen, weisen Angststörungen meist einen chronischen Verlauf auf<sup>46</sup>.

Die Ursachen von Angststörungen sind noch weitgehend ungeklärt. In der Diskussion spielen psychosoziale, psychologische und biologisch/genetische Faktoren eine Rolle. Bedeutsam dürften familiäre Einflüsse, wie bspw. vermittelte Denkstile und Einstellungen in Bezug auf die Umwelt, bestimmte Gefahren, Sensibilität für „Peinlichkeit“ oder übermäßiges Sicherheitsdenken und Kontrollbedürfnis sein. Für manche Angststörungen konnten Hinweise auf familiengenetische Einflussfaktoren gefunden werden (für Panikstörungen und generalisierte Angst). Auch Besonderheiten im Stoffwechsel des Gehirns - ähnlich wie für Depressionen - konnten für manche Angsterkrankungen beobachtet werden (bei Panikerkrankungen, generalisierten Angststörungen und sozialen Phobien)<sup>47</sup>.

Frauen sind doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer<sup>48</sup>. Die Prävalenz<sup>49</sup> für Angststörungen wird in Deutschland für Männer auf 9 Prozent, für Frauen auf 19,5 Prozent geschätzt, die Lebenszeitprävalenz für Panikstörungen auf knapp 4 Prozent geschätzt<sup>50</sup>.

---

<sup>44</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 8)

<sup>45</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 10)

<sup>46</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 11)

<sup>47</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 10)

<sup>48</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 14)

<sup>49</sup> 12-Monats-Prävalenz

<sup>50</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 12)

Angststörungen, besonders die generalisierte Angststörung, die Panikstörung und die Agoraphobie, sind mit bedeutenden Einschränkungen und Belastungen für die Betroffenen verbunden. Sie bringen langfristig massive Verluste an Lebensqualität, Beeinträchtigungen im alltäglichen Lebensvollzug und massive soziale Risiken mit sich (z.B. Arbeitsplatzverlust, Minderung der Leistungsfähigkeit etc.). Neuere Studien weisen zudem darauf hin, dass Angststörungen ein durchaus mit Depressionserkrankungen vergleichbares Suizidrisiko aufweisen<sup>51</sup>.

Alle Angststörungen sind zudem als starke Risikofaktoren für depressive Erkrankungen und Suchterkrankungen (Substanzenmissbrauch) anzusehen. Das heißt, dass im Hinblick auf mögliche Folgen auch augenscheinliche „leichte“ Erkrankungen, wie bspw. spezifische Phobien, nicht unterschätzt werden dürfen. Befunden aus Deutschland zu Folge weisen Personen mit Angsterkrankungen zu 31 Prozent depressive Erkrankungen, zu 25 Prozent somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die keine organische Ursache erkennen lassen) und zu 10 Prozent Alkoholabhängigkeit auf. Die überwiegende Mehrheit dieser Komorbidität entwickelt sich erst nach dem Auftreten der Angststörungen. Das Risiko der genannten Folge- und Begleiterkrankungen ist bei Panikstörungen und bei der generalisierten Angststörung besonders hoch<sup>52</sup>.

## 2.3.4 Demenz

Von Demenz sind vor allem Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko stark zu. Charakteristisch für das Krankheitsbild der Demenz ist die schwerwiegende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem sind Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit betroffen<sup>53</sup>.

Im Wesentlichen können alle Veränderungen des Gehirns das Krankheitsbild der Demenz hervorrufen<sup>54</sup>. Der Großteil der Demenzerkrankungen ist jedoch durch die Alzheimersche Erkrankung verursacht. Es handelt sich dabei um eine Funktionshemmung der Gehirnzellen durch krankhafte Eiweißsubstanzen, die zu einem Mangel des Botenstoffs Acetylcholin führt. Mittlerweile gilt die so genannte „Demenz mit Lewykörperchen“ als zweithäufigste Form der Demenz<sup>55</sup>. Etwa 10 bis 20 Prozent der Demenzfälle sind durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns durch Arteriosklerose bedingt (vaskuläre Demenz). Mischformen sind sehr häufig<sup>56</sup>. Der Rest ist auf verschiedene Krankheitsursachen zu-

---

<sup>51</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 10)

<sup>52</sup> (Robert Koch Institut 2004, S. 14)

<sup>53</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 209)

<sup>54</sup> (Reinshagen 2005)

<sup>55</sup> (Reinshagen 2005)

<sup>56</sup> (Psychiatrie Aktuell 2005a)



rückzuführen, etwa Stoffwechselstörungen (z.B. Vitamin B12 Mangel, Schilddrüsenerkrankung), chronische Vergiftungen (Alkoholismus), Gehirntumore oder Infektionen des Gehirns (Aids, Meningitis, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung)<sup>57</sup>. Häufig zeigen sich bei Depressionserkrankungen ähnliche Symptome wie bei Demenz. In diesem Fall spricht man von einer „Pseudo-Demenz“<sup>58</sup>.

Die Erkrankung bedeutet für die Betroffenen weitreichende Einschränkungen in der Lebensführung und starke Belastungen für Angehörige, die mit der Pflege betraut sind. Die Unterbringung in Pflegeheimen ist mit hohen Kosten verbunden.

Ein typisches Symptom im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung ist das verstärkte Auftreten von Vergesslichkeit. Im weiteren Krankheitsverlauf werden weitere Bereiche der geistigen Leistungsfähigkeit in Mitleidenschaft gezogen (unpräzises Denken, Sprachverständnis und sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Orientierungsstörungen und Fehlhandlungen). Hinzu kommen nicht selten seelische Beeinträchtigungen wie bspw. Antriebsverlust, Veränderungen der Persönlichkeit, Aggressionsausbrüche und depressive Verstimmungen<sup>59</sup>. Die Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Alltag werden, besonders in der Anfangsphase der Demenzentwicklung, von den Erkrankten als stark belastend empfunden und führen in der Folge häufig zu depressiven Störungen<sup>60</sup>.

Im späteren Stadium der Erkrankung fällt es den Betroffenen zunehmend schwerer alltägliche Verrichtungen, wie bspw. Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder Toilettengang, selbständig auszuführen. Im Endstadium sind die Erkrankten völlig hilfs- und pflegebedürftig (Bettlägerigkeit, geringes Maß an erkennbaren geistigen Aktivitäten, Reaktionen nur auf starke Reize usw.)<sup>61</sup>.

Beim Großteil der Demenzerkrankungen (Alzheimer, vaskuläre Demenz) ist derzeit keine Heilung möglich. Durch eine Kombination aus Medikamenten und speziellem Gehirnleistungstraining kann jedoch das Fortschreiten der Demenz verzögert werden. Eine Prophylaxe gegen Alzheimerdemenz ist derzeit nicht möglich. Anderen Formen der Demenz, z.B. der vaskulären Demenz oder Alkohol bedingter Demenz, kann durch eine gesunde Lebensweise vorgebeugt werden<sup>62</sup>.

---

<sup>57</sup> (Reinshagen 2005)

<sup>58</sup> (Techniker Krankenkasse 1998, S. 11)

<sup>59</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 209)

<sup>60</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 209)

<sup>61</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 209)

<sup>62</sup> (Reinshagen 2005)

## 2.3.5 Suchterkrankungen

Unter Sucht wurde lange Zeit vorwiegend die körperliche Abhängigkeit von Substanzen (Drogen) verstanden. Wesentliche Kriterien für diesen „klassischen Suchtbegriff“ sind körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung (höhere Dosis für die gleiche Wirkung), Kontrollverlust über den Konsum usw.

Die Bedeutung des Begriffes hat sich mittlerweile ausgedehnt und umfasst mittlerweile auch die Komponenten der psychischen und sozialen Abhängigkeit. Einerseits sind psychische und soziale Abhängigkeit auch bei stoffgebundenen Suchterkrankungen von größter Bedeutung. Andererseits ist so dieser erweiterte Suchtbegriff auch auf Verhaltensweisen anwendbar, die nicht an den Konsum von Substanzen geknüpft sind (sogenannte nicht-stoffgebundene Süchte wie z.B. Spielsucht, Fernsehsucht, Fettsucht, Magersucht). Um Sucht von einfachen Gewohnheiten oder Vorlieben abzugrenzen, sollte nur dann von Sucht gesprochen werden, wenn das gegenständliche Problemverhalten eine Eigendynamik entwickelt, zwanghafte Züge annimmt und sich der willentlichen Kontrolle der Betroffenen entzieht<sup>63</sup>.

Viele Krankheitsbilder, die sogenannte „nicht-stoffgebundene Süchte“ betreffen, fallen in der medizinischen Diagnostik (ICD-10) unter die Kategorie „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (z.B. „pathologisches Spielen“). Schwer abzugrenzen ist auch manches nicht-stoffgebundene Suchtverhalten von Zwangsstörungen<sup>64</sup>.

Im diagnostischen Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) fallen stoffgebundene Suchterkrankungen als „Abhängigkeitssyndrom“ unter das Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Im selben Kapitel sind auch die Diagnoseklassen „akute Intoxikation“, „schädlicher Gebrauch“, „Entzugssyndrom“, „Entzugssyndrom mit Delir“, „psychotische Störung“, „sonstige psychotische Verhaltensstörungen“ und „nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen“ im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen angesiedelt<sup>65</sup>.

Nach diagnostischen Richtlinien liegt ein Abhängigkeitssyndrom dann vor, wenn im letzten Jahr mindestens drei der nachfolgenden Kriterien gleichzeitig aufgetreten sind.

- Der starke Wunsch oder eine Art Zwang, die betreffende Substanz zu konsumieren.
- Die Kontrollfähigkeit im Hinblick auf den Beginn, die Beendigung und der Menge des Konsums ist vermindert.

---

<sup>63</sup> (Uhl/Springer 2002, S. 19)

<sup>64</sup> (Uhl/Springer 2002, S. 19)

<sup>65</sup> (Musalek 2004, S. 7)

- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums oder die Aufnahme von gleichen oder ähnlichen Substanzen zur Vermeidung von Entzugerscheinungen.
- Toleranzentwicklung, d.h. dass eine erhöhte Dosis der Substanz notwendig ist, um die ursprüngliche Wirkung hervorzurufen.
- Der dauerhafte Wunsch oder erfolglose Versuch, den Konsum zu vermindern oder zu kontrollieren.
- Die zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Substanzkonsums, ein erhöhter Zeitaufwand sich die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen.
- Fortgesetzter Konsum trotz des eindeutigen Nachweises von schädlichen Folgen<sup>66</sup>.

Zusätzlich wird beim Abhängigkeitssyndrom zwischen Substanzabhängigkeit mit körperlicher Abhängigkeit (wenn Toleranzentwicklung oder Entzugssyndrom festgestellt wird) und solchem ohne körperliche Abhängigkeit unterschieden<sup>67</sup>.

In der Suchtprävention werden häufig auch die folgenden Kategorisierungen des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen verwendet<sup>68</sup>:

- Abstinenz,
- unschädlicher Gebrauch (experimenteller Gebrauch/Probierkonsum, regelmäßiger unschädlicher Gebrauch),
- schädlicher, aber nicht süchtiger Gebrauch und
- Sucht.

---

<sup>66</sup> (Musalek 2004, S. 7)

<sup>67</sup> (Zaudig 2000, S. 101.

<sup>68</sup> (Uhl/Springer 2002, S. 16-17)

## 2.3.6 Nikotinkonsum

Rauchen ist verantwortlich für einen Großteil der gesundheitlichen Belastungen. Durch seine weite Verbreitung und sein gesundheitsschädigendes Potential ist der Nikotinkonsum der Lebensstilfaktor, der weltweit zu den meisten Gesundheitsbelastungen führt und wesentlich zur vorzeitigen Sterblichkeit beiträgt.

Die wesentlichsten Erkrankungen und Todesursachen, zu denen der Nikotinkonsum maßgeblich beiträgt, sind:

- Herz-Kreislaufkrankungen,
- Bestimmte Krebsarten (insbesondere Lungen-, Kehlkopf-, Mundhöhlen- und Speiseröhrenkrebs),
- Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen - COPD).

Beispielweise ist das Lungenkrebsrisiko bei männlichen Rauchern 20-mal höher als bei Nichtrauchern und das Risiko für Kehlkopfkrebs 10-mal höher. Die Kombination von Rauchen und Alkoholkonsum erhöht wesentlich das Risiko von Mundhöhlenkrebs. 80 bis 90 Prozent des gesamten Lungen- und Kehlkopfkrebsrisikos werden auf das Rauchen zurückgeführt. Rauchen während der Schwangerschaft zieht Risiken für das neugeborene Kind nach sich (z.B. geringeres Geburtsgewicht)<sup>69</sup>. Die allgemeine Lebenserwartung für RaucherInnen liegt schätzungsweise um 14 bis 20 Jahre unter der von NichtraucherInnen<sup>70</sup>. Auch die schädliche Wirkung des so genannten Passivrauchens gilt als erwiesen<sup>71</sup>.

Für die meisten RaucherInnen fällt der Beginn des Konsums ins Jungendlichen- bzw. frühe Erwachsenenalter. Bei der Entwicklung eines stabilen Rauchverhaltens, das in der Folge zur Gewöhnung und zur Abhängigkeit führt, spielen soziale Prozesse in den relevanten Bezugsgruppen (Peer-Groups), aber auch psychosoziale Belastungen und Stress (z.B. Probleme in der Schule oder mit den Eltern) eine Rolle<sup>72</sup>.

Eine internationale Studie bezüglich des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen belegt die zentrale Bedeutung eines positiven, unterstützenden Schulklimas für die Verminderung der Raucherprävalenz in Schulen: „in Schulen mit einem niedrigen Level an Lehrerunterstützung ist die Chance, dass die SchülerInnen täglich rauchen, fast neunmal höher als in Schulen mit einem hohen Ausmaß an Lehrerunterstützung“<sup>73</sup>.

---

<sup>69</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 91)

<sup>70</sup> (Paulik 2005, S. 28)

<sup>71</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 92)

<sup>72</sup> (Paulik 2005, S. 13ff)

<sup>73</sup> (LBIMGS 2001, S. 62)

Darüber hinaus werden drei wesentliche Faktoren auf struktureller Ebene identifiziert, die zu einem geringeren Anteil an rauchenden SchülerInnen beitragen<sup>74</sup>:

- Fehlender Zugang zu Zigarettenautomaten,
- Hohe Zigarettenpreise,
- Die Formulierung und Veröffentlichung konkreter politischer Zielsetzung der Tabakpolitik (im Wesentlichen, weil in Ländern mit restriktiver Tabakpolitik die Kinder in geringerem Ausmaß mit rauchenden LehrerInnen konfrontiert sind).

Dabei erweist sich der Zugang zu Zigarettenautomaten als der stärkste dieser drei Einflussfaktoren<sup>75</sup>.

### 2.3.7 Alkoholismus und Alkoholmissbrauch

Alkoholismus stellt die bedeutendste Suchterkrankung in Österreich dar. Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch (schädlicher Konsum) tragen wesentlich zur Verringerung der Lebenserwartung sowie zur Krankheitslast bei.

5 Prozent der Österreichischen Bevölkerung (8 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen) sind als alkoholabhängig einzustufen und 14 Prozent als gefährdet. Die Gesamtlebenszeitprävalenz (also die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an Alkoholsucht zu erkranken) beträgt 10 Prozent (15 Prozent bei den Männern und 5 Prozent bei den Frauen).

Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für chronischen Alkoholismus beträgt in Österreich 0,13 Prozent pro Jahr (0,20 Prozent der männlichen und 0,05 Prozent der weiblichen Bevölkerung). Das sind ca. 10.000 Neuerkrankungen pro Jahr<sup>76</sup>.

Als gesundheitsgefährdend wird im Allgemeinen der regelmäßige Konsum von mehr als 60 g reinen Alkohols pro Tag bei Männern und von 40 g bei Frauen eingestuft (das entspricht etwa für Männer 1,5 l Bier oder 0,75 l Wein pro Tag, für Frauen etwa 1 l Bier oder 0,5 l Wein). Chronischer Alkoholkonsum über dieser Gefährdungsgrenze kann zu ernsthaften Erkrankungen führen. Ein weiteres wesentliches Kennzeichen für risikoreichen Konsum sind mindestens zwei abstinente Tage pro Woche, welche zur Entgiftung der Leber notwendig sind<sup>77</sup>.

---

<sup>74</sup> (LBIMGS 2001, S. 3)

<sup>75</sup> (LBIMGS 2001, S. 64)

<sup>76</sup> (Preinsberger 2004, S. 160)

<sup>77</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 154)

Zu den klassischen Alkohol bezogenen Erkrankungen gehören neben der Alkoholabhängigkeit: Alkoholpsychosen, alkoholische Fettleber, alkoholische Hepatitis, alkoholische Leberzirrhose und die alkoholische Polyneuropathie. Zu den Alkohol assoziierten Erkrankungen in einem weiteren Sinn, also zu Krankheiten an denen Alkoholgenuss wesentlich beteiligt ist, zählen Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Herzmuskelschwäche, Blutdruckprobleme) und verschiedene Krebsarten: Neubildungen der oberen Atemwege (Mundhöhlen-, Rachen- und Speiseröhrenkrebs), des Magens, der Bauchspeicheldrüse und der Leber<sup>78</sup>. Hinzu kommt die durch Alkohol im Straßenverkehr bedingte Selbst- und Fremdgefährdung.

Alkoholismus erhöht das Sterberisiko in bedeutendem Ausmaß. Schätzungen zufolge ist die Lebenserwartung von Alkoholabhängigen um zwischen 10 und 28 Jahre verringert<sup>79</sup>. Die Sterberate von AlkoholikerInnen ist zehnmal so hoch, wie die der durchschnittlichen Bevölkerung<sup>80</sup>.

Der durchschnittliche pro Kopf Verbrauch der ab 16-jährigen Bevölkerung in Österreich erreichte Anfang der 70er Jahre mit 34 g/Tag seinen Höhepunkt und sank bis Ende der 70er Jahre auf 32 g/Tag ab. In den 90er Jahren zeigte sich ein weiterer Rückgang auf ca. 30 g/Tag (Männer 51 g/Tag, Frauen 13 g/Tag)<sup>81</sup>. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich der Verbrauch sehr stark auf bestimmte Gruppen konzentriert. Schätzungen zufolge konsumieren 5 Prozent der Bevölkerung etwa ein Drittel der insgesamt verbrauchten Alkoholmenge, das entspricht in dieser Gruppe im Durchschnitt 200 g reinen Alkohol pro Tag und Person. Ein weiteres Drittel der verbrauchten reinen Alkoholmenge entfallen auf etwa 13 Prozent der Bevölkerung, das sind durchschnittlich 78 g je Tag und Person<sup>82</sup>.

### 2.3.8 Suizid

Suizid ist eine Handlung mit Todesfolge, die bewusst und absichtlich durchgeführt wird. Ein Suizidversuch (Selbstbeschädigungsversuch) bezeichnet eine Handlung mit Selbsttötungsabsicht ohne tödlichen Ausgang (etwa weil die Handlung unterbrochen wurde, bevor eine Selbstschädigung eintrat oder weil keine geeigneten Mittel verwendet wurden). „Suizid-Gesten“ sind Handlungen, die unmittelbar keine ernsthafte Lebensgefahr bedeuten. „Suiziddrohungen“ sind Ankündigungen von selbstschädigendem Verhalten

---

<sup>78</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 95)

<sup>79</sup> (Preinsberger 2004, S. 160)

<sup>80</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 96)

<sup>81</sup> (Uhl et. al. 2001, S. 102)

<sup>82</sup> (Uhl et. al. 2001, S. 106)

durch verbale Äußerungen oder Handlungen. „Suizidideen oder -absichten“ sind Gedanken an Selbsttötungshandlungen bzw. Selbstbeschädigung<sup>83</sup>.

Im internationalen Vergleich gelten Suizidraten über 30 je 100.000 Einwohner als besonders hoch (z.B. Sri Lanka, Baltische Staaten, Ungarn und Finnland), solche zwischen 20 und 30 als hohe Raten (z.B. Belgien, Frankreich, Schweiz). Im Mittelfeld sind Suizidraten zwischen 10 und 20 Suizidfällen je 100.000 Einwohner angesiedelt (z.B. Niederlande, Großbritannien, Spanien, Italien und Griechenland).

In Österreich lag die Suizidrate bis Mitte der 90er Jahre über 20/100.000. Insbesondere in den 80er Jahren war ein bedeutender Anstieg zu verzeichnen. 1986 lag die Suizidrate bei 28 je 100.000 Einwohner. Seither geht die Suizidhäufigkeit zurück<sup>84</sup>.

Es lassen sich deutliche regionale Unterschiede feststellen. Am höchsten ist die Suizidrate in den Bundesländern Steiermark, Salzburg und Kärnten, am geringsten in Vorarlberg, im Burgenland und in Tirol. Oberösterreich liegt im Bundesdurchschnitt<sup>85</sup>.

Die häufigste Selbsttötungsmethode in Österreich ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen das Erhängen (fast 40 Prozent der Suizide von Frauen und fast 50 Prozent der Suizide von Männern). Bei Männern spielen daneben vor allem Erschießen (20 Prozent) und Vergiften (10 Prozent) eine Rolle, Bei Frauen häufiger Vergiften (25 Prozent) und Sturz aus der Höhe (14 Prozent)<sup>86</sup>.

Die Suizidrate von Männern ist in Österreich, ähnlich wie in vielen mitteleuropäischen Staaten, fast doppelt so hoch wie die der Frauen<sup>87</sup>. In fast allen Ländern begehen Männer häufiger Suizide als Frauen. Im Durchschnitt liegt das Verhältnis in den westlichen Ländern bei 3:1, jedoch weichen einzelne Staaten deutlich ab (z.B. Litauen und Polen mit 5:1, USA 4:1). Es gibt nur wenige Länder, in denen die Suizidrate der Frauen höher ist als die der Männer (z.B. die Volksrepublik China)<sup>88</sup>.

Anders verhält es sich bezüglich der Häufigkeit von Suizidversuchen. Während Suizide häufiger von Männern vollzogen werden, werden Suizidversuche häufiger von Frauen begangen. Nach den Ergebnissen einer WHO-Studie im Raum Würzburg werden etwa 2/3 der Suizidversuche von Frauen und etwa 1/3 von Männern begangen. Schätzungen zufolge kommen in Deutschland auf einen Suizid bei Männern 3 und bei Frauen 12 Suizidversuche<sup>89</sup>.

---

<sup>83</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 223)

<sup>84</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 14)

<sup>85</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 16)

<sup>86</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 19)

<sup>87</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 18)

<sup>88</sup> (BMSG 2003, S. 9)

<sup>89</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 224)

Während die Suizidrate mit dem Alter zunimmt und vor allem Männer betroffen sind, zeigt sich die höchste Rate an Suizidversuchen bei 15- bis 19-jährigen Mädchen<sup>90</sup>.

Über die Häufigkeit von Suizidversuchen stehen in Österreich keine verlässlichen Daten zur Verfügung. Schätzungen bewegen sich zwischen 25.000 und 30.000 Selbsttötungsversuchen pro Jahr. Meist handelt es sich um Vergiftungen und Alkohol- und Medikamentenüberdosierungen<sup>91</sup>.

Das Risiko, Suizid zu begehen, ist in den nachfolgenden Bevölkerungsgruppen besonders hoch (Risikogruppen):

- Personen mit Depressionserkrankungen weisen erhöhtes Suizidrisiko auf. Das höchste Suizidrisiko lässt sich für Personen mit „affektiven Psychosen“ feststellen. Das Suizidrisiko wird für Depressionserkrankte im Allgemeinen auf 4 Prozent, für schwerere Fälle, die der stationären Behandlung bedürfen, auf 14 bis 15 Prozent geschätzt.
- Bei PatientInnen mit Schizophrenie wird das Suizidrisiko auf 13 Prozent geschätzt.
- Auch AlkoholikerInnen weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (zwischen 2 und 3,4 Prozent).
- Alte und vereinsamte Menschen: Das Suizidrisiko nimmt, vor allem bei Männern, mit dem Alter deutlich zu.
- Chronisch Kranke mit geringer bzw. ohne Heilungschancen (bspw. ist das Suizidrisiko bei DialysepatientInnen 100- bis 400-mal höher als in der Gesamtbevölkerung, bei Magersucht 20-mal, bei HIV-Infektion 7-mal, bei Krebserkrankungen 20-mal).
- Personen in Haftanstalten, insbesondere in Untersuchungshaft.
- Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass es Zusammenhänge zwischen finanziellen und sozialen Problemen und der Suizidrate gibt.
- Die Ankündigung eines Suizides weist darauf hin, dass die betreffende Person in hohem Maß suizidgefährdet ist (entgegen der landläufigen Meinung, dass Menschen, die ihre Suizidabsichten äußern, diese nicht ausführen). Ebenso weisen Personen, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben, ein deutlich höheres Risiko auf (das Risiko wird auf 7 bis 22 Prozent geschätzt)<sup>92</sup>.

Suizidversuche weisen etwas andere Risikogruppen auf als Suizide. Mit zunehmender „Ernsthaftigkeit“ der Suizidversuche, d.h. mit der Verwendung von Methoden, die mit

---

<sup>90</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 224)

<sup>91</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 19)

<sup>92</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 224)



höherer Wahrscheinlichkeit zum Tod führen, nehmen jedoch die Unterschiede bzgl. der demographischen Merkmale der Risikogruppen von Suizidversuchen und Suiziden ab.

Risikogruppen für Suizidversuche sind:

- Psychische Erkrankungen, insbesondere neurotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bei Frauen.
- Das Zusammentreffen mehrerer psychischer Erkrankungen erhöht das Risiko, insbesondere die Kombinationen „Depression und Angststörung“ bzw. „Depression und Borderline-Persönlichkeit“.
- Sucht: Es wird angenommen, dass bis zu 80 Prozent aller AlkoholikerInnen einen Suizidversuch unternehmen. Bei Drogenabhängigen liegt der Anteil schätzungsweise zwischen 19 Prozent und 67 Prozent. Besonders gefährdet sind Personen, die von mehreren Suchtstoffen abhängig sind (Polytoxikomane).
- Besonders hoch ist die Rate der Selbsttötungsversuche bei Personen, die von sexuellem Missbrauch betroffen sind bzw. waren.
- In städtischen Gebieten sind Suizidversuche häufiger als in ländlichen Regionen.
- Untere soziale Schichten, Personen mit geringem Bildungsgrad und Arbeitslose sind überproportional von Suizidversuchen betroffen<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 225)

## 2.4 Ansätze für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

### 2.4.1 Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung

Präventionsmaßnahmen setzen vor allem an Risikofaktoren von Erkrankungen und Störungen an und versuchen, diese zu minimieren - soweit diese beeinflussbar sind - oder durch die Definition von Risikogruppen Strategien für effektive Interventionen (Zielgruppen) zu entwickeln. Diese präventiven Strategien versuchen entweder Risiken im Allgemeinen zu reduzieren (Primärprävention), Erkrankungen und Störungen frühzeitig zu erkennen, um die Schädigung bzw. negative Auswirkung zu minimieren (Sekundärprävention) oder bei erfolgter Schädigung die Auswirkungen zu minimieren (Tertiärprävention).

Gesundheitsförderungsmaßnahmen setzen an der Erhöhung von Schutzfaktoren (protektiven Faktoren) an und stellen gesunde Lebensweise und gesundes Lebensumfeld in den Vordergrund. Ressourcen, die Beeinträchtigungen abfangen können oder bei der Bewältigung von Problematiken unterstützen, sollen verfügbar gemacht oder verstärkt werden. Die beiden Zugänge sind keine Widersprüche, sondern ergänzen einander. Insbesondere primärpräventive Ansätze treffen sich inhaltlich oft mit Ansätzen der Gesundheitsförderung.

**Risikofaktoren für psychosoziale Störungen und Erkrankungen sind bspw.:**

Individuelle Risikofaktoren wie

- Genetische Prädisposition (mit unterschiedlicher Bedeutung für verschiedene Erkrankungen),
- Geschlecht (von manchen Erkrankungen sind Frauen stärker betroffen, von anderen Männer),
- Chronische physische Erkrankung<sup>94</sup>.

Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung und der Herkunftsfamilie , z.B.

- Chronische Disharmonie in der Familie,
- Niedriger sozioökonomischer Status der Familie,
- Große Familie und beengte Wohnverhältnisse,

---

<sup>94</sup> (National Mental Health Information Center 2005)

- Psychische Störung oder schwere physische Erkrankungen eines Elternteiles,
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils usw.
- Gewalt- und Missbrauchserfahrung<sup>95</sup>.

Soziale Risikofaktoren, z.B.

- Armut<sup>96</sup>,
- Arbeitslosigkeit,
- Probleme am Arbeitsplatz wie bspw. chronische Stressbelastung, Mobbing usw.<sup>97</sup>.

**Als protektive Faktoren und Ressourcen können folgende angesehen werden:**

Auf individueller Ebene:

- Positives Naturell, Optimismus, positive Einstellungen<sup>98</sup>,
- Intelligenz und kognitive Fähigkeiten<sup>99</sup>,
- Selbstwert und Identität<sup>100</sup>,
- Soziale Kompetenz<sup>101</sup>.

Auf sozialer Ebene und im sozialen Umfeld:

- Soziale Integration, Soziale Unterstützung, Einbindung in soziale Netzwerke<sup>102</sup>.

## 2.4.2 Präventive Maßnahmen in Settings

Seit Mitte der 1980er Jahre spielt der so genannte „Setting-Ansatz“ eine wichtige Rolle als Strategie der Gesundheitsförderung. Ziel ist es, Gesundheit in den Alltagskontext zu integrieren und alltägliche Lebensbereiche gesundheitsfördernd zu gestalten. Der Ansatz geht davon aus, dass jeder Lebensbereich (Arbeit, Schule, Wohnumgebung usw.) ein gesundheitsförderliches Potential aufweist, das durch personenbezogene und strukturelle

---

<sup>95</sup> (Egle/Hoffmann/Steffens 1997, S. 691; National Mental Health Information Center 2005)

<sup>96</sup> (National Mental Health Information Center 2005)

<sup>97</sup> (WHO 2005a, S. 1-5)

<sup>98</sup> (Bettge 2004, S.20, National Mental Health Information Center 2005)

<sup>99</sup> (National Mental Health Information Center 2005)

<sup>100</sup> (Bettge 2004, S.17)

<sup>101</sup> (Bettge 2004, S.19)

<sup>102</sup> (Bettge 2004, S.17, Stadt Wien 2004, S. 43)

(umgebungsbezogene) Maßnahmen mobilisiert werden kann. Diese ganzheitlich-systemische Herangehensweise geht auch davon aus, dass sich einzelne Maßnahmen im Idealfall ergänzen und über Feedbackschleifen gegenseitig verstärken können. Wesentliche Aspekte des Ansatzes sind auch persönliches Empowerment der Zielgruppen (Partizipation, Entwicklung von relevanten Kompetenzen), soziale Interaktion und soziales Kapital (z.B. Stärkung informeller Netzwerke, soziale Unterstützung) und verbesserte Lebensumwelten (z.B. „gesunde Organisationen“)<sup>103</sup>.

### 2.4.2.1 Arbeit

Arbeit spielt eine bedeutende Rolle für das physische und psychische Wohlergehen der Menschen. Auf die psychische Gesundheit wirkt sich das Arbeitsleben in vielfältiger Weise aus.

Arbeit verschafft finanzielle und materielle Absicherung, vermittelt aber auch das Gefühl, etwas zu leisten, ist sinnstiftend und fördert das persönliche Selbstwertgefühl. Dies sind wesentliche Faktoren für das psychische Wohlbefinden. Arbeitslosigkeit und fehlende Arbeitsmöglichkeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit psychosozialer Erkrankungen. Die Wahrscheinlichkeit depressiver Erkrankungen ist bspw. bei Arbeitslosen doppelt so hoch wie bei beschäftigten ArbeitnehmerInnen.

Weitere Risiken für die psychosoziale Gesundheit ergeben sich im Arbeitsbereich aus schlechten Arbeitsbedingungen und schlechter Arbeitsorganisation, die sich in arbeitsbedingtem Stress äußern. Zu diesen Faktoren zählen etwa die Diskrepanz zwischen Arbeitsanforderungen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen (Können, Wissen, Fähigkeiten) ebenso wie das Arbeitstempo und damit verbundenen Überforderungen. Darüber hinaus spielen fehlende Partizipationsmöglichkeiten bei Entscheidungsfindungen, der Mangel an Gestaltungsmöglichkeiten am unmittelbaren Arbeitsplatz etc. sowie die zwischenmenschliche Beziehungen und die Organisationskultur eine wichtige Rolle<sup>104</sup>.

Stress kann sich in unterschiedlicher Weise äußern, etwa durch erhöhte Aggressivität, aber auch durch Suchtverhalten (Alkohol, Nikotin usw.) bis hin zu psychischen Problemen wie Gereiztheit, Konzentrationsstörungen und Schlafproblemen. Langzeitstress und traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz können auch zu psychischen Störungen und Erkrankungen, wie bspw. Angststörungen und Depressionen, führen. Daneben geht arbeitsbedingter Stress auch mit erhöhtem Risiko von körperlichen Erkrankungen einher, etwa mit Bluthochdruck, Herzinfarkt, Nacken- und Rückenschmerzen, Hautausschlägen und erhöhter Infektionsanfälligkeit.

---

<sup>103</sup> (Schwartz 2003, S. 187)

<sup>104</sup> (WHO 2005)

Für die Organisation ergeben sich daraus vielfach negative Konsequenzen: hohe Fehlzeiten, Mitarbeiterfluktuation, disziplinäre Probleme und Konflikte, Leistungsabfall der Mitarbeiter.

Nicht nur übermäßige Stressbelastung durch die Arbeitsabläufe und -aufgaben können problematisch für die psychosoziale Gesundheit der MitarbeiterInnen sein. Auch das Arbeitsklima und das zwischenmenschliche Verhältnis der MitarbeiterInnen untereinander sind von Bedeutung. Phänomene wie „Mobbing“ und andere Formen von Schikanen oder Ausgrenzungsverhalten wirken sich außerordentlich belastend auf die betroffenen MitarbeiterInnen aus<sup>105</sup>.

Psychologische Schikanen am Arbeitsplatz sind am häufigsten in der öffentlichen Verwaltung und beim Militär anzutreffen. Darauf folgen Bildungs- und Gesundheitssektor, Hotel- und Gaststättengewerbe sowie Verkehrs- und Kommunikationssektor, am seltensten in Landwirtschaft, Fischerei und öffentlichen Versorgungseinrichtungen<sup>106</sup>.

In den EU-Staaten klagen zwischen 15 und 33 Prozent der arbeitenden Bevölkerung über Symptome wie Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, Müdigkeit, Stress und Rückenschmerzen, also an Symptomen. Fast jeder zehnte Arbeitnehmer in Europa gibt an, am Arbeitsplatz eingeschüchtert zu werden. In Österreich gaben 2,2 Millionen ArbeitnehmerInnen an, aufgrund von Zeitdruck unter arbeitsbedingtem Stress zu leiden<sup>107</sup>. Die durch Stress verursachten volkswirtschaftlichen Kosten (Produktionsausfall, Fehlzeiten, Behandlungskosten und Selbstmedikation) werden für Österreich auf 0,73 Prozent des Bruttoinlandprodukts geschätzt<sup>108</sup>.

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit am Arbeitsplatz, bspw.:

- Die Verankerung der Bedeutung der persönlichen Gesundheit in der Unternehmenskultur,
- Kontinuierliche Thematisierung von psychosozialen Gesundheitsthemen,
- Organisationsentwicklung (Teamentwicklungsprozesse, Führungskräfte-Entwicklung, Mediations- und Konfliktworkshops, Wertschätzung auf allen Ebenen),
- Verbesserung der Informationsstrukturen, Kontrolle des Informationsmanagements auf allen Ebenen,
- Ausbau von Coaching und Supervision,

---

<sup>105</sup> (WHO 2005a)

<sup>106</sup> (WHO 2005a, S. 3), (Paoli/Merllié 2001, S. 28)

<sup>107</sup> (WHO 2005a, S. 1-3)

<sup>108</sup> (Aschauer et. al. 2004, S. 19)

- Anreicherung der Arbeitsinhalte und Erweiterung der Handlungsspielräume sowie des Verantwortungsbereiches (ganzheitliche Tätigkeiten, Sinnstiftung durch die Arbeit),
- Zeitdruck und Intensität (organisatorische Abläufe optimieren, Entspannungsmöglichkeiten in der Arbeit, persönliches Stressmanagement),
- Strategische Personalentwicklung (langfristige Bildungsplanung, Schaffung von Entwicklungsperspektiven, Ausbau der fachlichen Fähigkeiten zur Reduktion der erlebten Überforderung und des „Entscheidungsdrucks“),
- Einführung von Gesundheitszirkeln,
- Gezielte Fortbildungsangebote (Seminare zu persönlichem Stressmanagement, Team und Führung, Rückenschule, Entspannungstechniken etc.),
- Information über externe Anlaufstellen bei psychosozialen Krisen<sup>109</sup>.

### 2.4.2.2 Schule

Das Jugendlichenalter ist ein wichtiger Zeitabschnitt, in dem gesundheitsfördernde Maßnahmen ansetzen können. In diesem Altersabschnitt entwickeln sich viele gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen (bspw. Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten), die spätere Lebensabschnitte nachhaltig prägen<sup>110</sup>. Die Schule spielt in diesem Lebensabschnitt als soziales Beziehungsgeflecht eine wichtige Rolle. Daher ist die Schule ein wichtiges Interventionsfeld für die Prävention von Suchtmittelkonsum, suizidalen Handlungen sowie anderen unangepassten Verhaltensweisen (z.B. Gewaltanwendung). Oft äußern sich tiefer liegende Probleme von Kindern und Jugendlichen im Schulalltag, was die Schule zudem zu einem wichtigen Organ der Früherkennung macht<sup>111</sup>.

Neben der strategischen Bedeutung der Schule, die sich daraus ergibt, dass durch diese Institution praktisch alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können, ist auch die gesundheitsförderliche Gestaltung des Lern- und Arbeitsplatzes Schule von zentraler Bedeutung<sup>112</sup>. Beide Aspekte sind jedoch eng miteinander verbunden. Es lässt sich bspw. zeigen, dass das Wohlbefinden in der Schule mit dem Konsumverhalten von Nikotin und Alkohol verflochten ist. Positive Erfahrungen in der Schule, gutes Klassenklima und gute

---

<sup>109</sup> (Aschauer et. al. 2004, S. 72)

<sup>110</sup> (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 63)

<sup>111</sup> (ISPUZ 2003, S. 6)

<sup>112</sup> (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 47)

Beziehungen zu LehrerInnen korrelieren mit geringerer Neigung zu Alkoholkonsum und Rauchen<sup>113</sup>.

Eine wesentliche Rolle spielen jedoch auch strukturelle Rahmenbedingungen: Eine internationale Studie identifiziert auf politischer Ebene wesentliche drei Faktoren, die die Raucherprävalenz in Schulen vermindern können:

- Fehlender Zugang zu Zigarettenautomaten,
- Hohe Zigarettenpreise,
- Die Formulierung und Veröffentlichung konkreter politischer Zielsetzung der Tabakpolitik (im Wesentlichen, weil in Ländern mit restriktiver Tabakpolitik die Kinder in geringerem Ausmaß mit rauchenden LehrerInnen konfrontiert sind)<sup>114</sup>.

Problematische Konsummuster von Substanzen (Nikotin, Alkohol) sind bei Jugendlichen oft eine Folge von Problemen bei der Lösung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben (z.B. Identitätsentwicklung, Ablösungsprozesse von der Familie, Aufbau von Partnerschaftsbeziehungen usw.)<sup>115</sup>. Ansatzpunkte für schulische Maßnahmen zur Suchtprävention bietet daher vor allem der so genannte „Life-skills-approach“<sup>116</sup>. Das wesentliche Ziel dieses Konzeptes ist es, die persönlichen Kompetenzen zu stärken und Bewältigungsstrategien für Probleme zu entwickeln, um problematischen Konsummustern entgegenzuwirken. Im Zentrum stehen u.a. die Entwicklung von sozialen und persönlichen Fähigkeiten, der Umgang mit Gefühlen, der Aufbau eines stabilen und positiven Selbstwertgefühls sowie die Entwicklung eines produktiven Umgangs mit Anforderungen und Belastungen<sup>117</sup>.

Auch im Bezug auf die Verhinderung von Suiziden kann die Institution Schule Wesentliches beitragen. Ansatzpunkte zur Suizidprävention im Kontext Schule sind bspw.:

- Die schulinterne Weiterbildung aller relevanten Gruppen (Lehrpersonal, Hauswarte, Behördenmitglieder usw.) sowie die Entwicklung von Interventionsplänen. Fortbildungsmaßnahmen erleichtern die Kommunikation und den Informationsaustausch unter den Beteiligten. Möglichkeiten und Grenzen von Interventionen und Früherkennung können ausgelotet werden. Wesentlich ist auch, dass ein Klima entsteht, in dem Verantwortliche nicht auf sich allein gestellt sind, sondern bei Problemfällen mit Unterstützung rechnen können. In der Praxis haben sich die

---

<sup>113</sup> (BMSG 2003a)

<sup>114</sup> (LBIMGS 2001, S. 3)

<sup>115</sup> (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 180)

<sup>116</sup> (Lebenskompetenzenansatz)

<sup>117</sup> (Schmidbauer 2005, S. 26)

Ausarbeitung von Kriseninterventionsplänen sowie die Zusammenstellung von interdisziplinären Teams bewährt, die im Notfall schnell abrufbar sind.

- Behandlung der Suizidproblematik im Unterricht: Dazu gehören nicht nur Informationen über Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten sondern auch die Vermittlung der Botschaft, dass über Suizid und Suizidgedanken gesprochen werden kann.
- Die Früherkennung von Signalen ermöglicht eine frühzeitige Abklärung von Gefährdungspotentialen und eine Aufarbeitung der dahinter liegenden Problematiken<sup>118</sup>.

### 2.4.2.3 Wohnort (Gemeinde, Städte)

Die soziale Wohnumwelt bildet ein wesentliches Aktionsfeld für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Die räumliche Nähe und die Möglichkeit direkter Interaktion der Menschen dieses Settings bietet die Chance der Partizipation und der Mitgestaltung, die wesentlich für den Erfolg von Programmen ist. Andererseits kann auf dieser Ebene auf soziale und physische Besonderheiten der Gesundheitsgefährdung sowie von Dienstleistungsangeboten eingegangen werden<sup>119</sup>. Die Lebensqualität einer Wohngegend ist von nicht zu unterschätzender Gesundheitsrelevanz. Wesentliche Determinanten sind sozialer Zusammenhalt, das Vorhandensein sozialer Netzwerke und die aktive Beteiligung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger<sup>120</sup>.

Gestaltungsmöglichkeiten für die Lebensbedingungen sind im Wesentlichen in drei Bereichen zu finden, die ein sozialökologisches Ganzes bilden:

- Physische Umwelt (z.B. Wohnqualität, Lärm, Erholungsräume/Grünflächen usw.),
- Soziale Umwelt (Vereine, Selbsthilfegruppen usw.),
- Dienstleistungs- und Versorgungsangebote, Infrastruktur<sup>121</sup>.

---

<sup>118</sup> (ISPUZ 2003, S. 6)

<sup>119</sup> (Naindoo/Wills 2003, S. 294)

<sup>120</sup> (Naindoo/Wills 2003, S. 297)

<sup>121</sup> (Naindoo/Wills 2003, S. 297)



Ein wichtiger Faktor ist die Vernetzung von bestehenden Ressourcen und Angeboten. Dies beinhaltet:

- die Erhaltung und Weiterentwicklung bereits bestehender gesundheitsrelevanter Netzwerke,
- die Anregung der Zusammenarbeit von Organisationen und Gruppen und die Bildung neuer Netzwerke.
- die Aktivierung, Stärkung und Qualifikation aber ggf. auch Entlastung informeller, persönlicher Netzwerke (z.B. Nachbarschaft, Familie, Freunde)<sup>122</sup>.

Die Jakarta Erklärung der WHO betont die Bedeutung der sozialen Kompetenzen und Kapazitäten der Gemeinwesen, des Aufbaus kommunaler Ressourcen sowie der Weiterentwicklung der Handlungskompetenzen der BürgerInnen<sup>123</sup>. Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit werden u.a. folgende Maßnahmen angeregt<sup>124</sup>:

- Förderung von gemeindenahen, vielschichtigen Interventionen unter Einbezug von Awarenesskampagnen, von Mitarbeitenden in der Primärversorgung und von Multiplikatoren vor Ort wie LehrerInnen, Geistlichen und Medien zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Bevölkerung.
- Die Stimulierung gemeindenaher Beteiligung an psychosozialen Programmen vor Ort durch die Unterstützung von Initiativen nichtstaatlicher Organisationen gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von Betroffenen.
- Förderung der Entwicklung von Gemeindezentren für besonders betroffene Bevölkerungsgruppen (z.B. alte Menschen), um die soziale Unterstützung und den Zugang zu Interventionen zu verbessern. Bereitstellung von psychosozialen Diensten in leicht zugänglichen Settings wie z.B. Gemeindezentren.
- Versorgung von PatientInnen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste.
- Angebote der Krisenintervention am Wohnort.

---

<sup>122</sup> (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 307)

<sup>123</sup> (Naindoo/Wills 2003, S. 298)

<sup>124</sup> (WHO 2005c)

## 2.4.3 Konzepte der Suizidprävention

### 2.4.3.1 Suizidprävention auf nationaler Ebene

Das US-Amerikanische Suizidpräventionsprogramm geht von folgenden Risikofaktoren für suizidale Handlungen aus:

Biopsychosoziale Risikofaktoren:

- Psychische Störungen, im Speziellen affektive Störungen (dazu zählt auch die depressive Episode), Schizophrenie, Angststörungen und bestimmte Persönlichkeitsstörungen.
- Alkoholismus und Missbrauch anderer Substanzen,
- Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit der persönlichen Situation,
- Impulsive und/oder aggressive Tendenzen,
- Traumatische Lebensgeschichte, Missbrauchserfahrung,
- Schwere physische Erkrankungen,
- Vorausgehende Suizidversuche,
- Suizidversuche in der Familie.

Risikofaktoren des persönlichen Umfelds:

- Arbeitsplatzverlust, finanzielle Probleme,
- Verlust von Beziehungen (z.B. Freundschaften, Trennung, Tod von Familienangehörigen etc.),
- Leichter Zugang zu Mitteln der Selbsttötung (z.B. Schusswaffen),
- Suizide in der Umgebung der Betroffenen können „ansteckend“ wirken (Nachahmung).

Sozialstrukturelle Faktoren:

- Mangelnde soziale Unterstützung und Isolation,
- Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten,
- Barrieren für die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems, insbesondere von Einrichtungen betreffend Alkoholismus und Drogenmissbrauch,

- Bestimmte kulturelle und religiöse Überzeugungen, die Suizidhandlungen unterstützen (z.B. als ehrenvolle Lösung für Probleme),
- Mediale Berichterstattung über Suizid<sup>125</sup>.

Das Suizidpräventionsprogramm der USA geht von folgenden protektiven Faktoren aus:

- Effektive klinische Versorgung für psychische Störungen, physische Erkrankungen und Alkohol- bzw. Drogenprobleme,
- Leichter Zugang zu klinischen Interventionsprogrammen und Unterstützungseinrichtungen für Hilfesuchende,
- Positive Familienbeziehungen und Integration in das soziale Umfeld, soziale Unterstützung,
- Unterstützung durch die längerfristige Betreuung seitens medizinischer und psychosozialer Einrichtungen,
- Problemlösungskompetenzen, Konfliktlösungskompetenzen,
- Kulturelle und religiöse Überzeugungen, die den Selbstwert und Selbstschutz fördern und Selbsttötung ablehnen<sup>126</sup>.

Zielsetzungen des US-Amerikanischen Suizidpräventionsprogramms bestehen im Wesentlichen aus folgenden Punkten:

- Schaffung des Bewusstseins, dass Suizid ein Problem der öffentlichen Gesundheit ist, das verhindert werden kann,
- Gewinnen einer breiten Basis an Gruppen, Institutionen und Akteuren für die Unterstützung der Anliegen der Suizidprävention und für die Zusammenarbeit,
- Entwicklung und Implementierung von Strategien zum Abbau der Stigmatisierung, die sich häufig aus der Inanspruchnahme von psychosozialen Einrichtungen und Drogenberatungseinrichtungen ergibt,
- Entwicklung und Implementierung von gemeindebasierten, lokalen Suizidpräventionsprogrammen, die auf lokale Besonderheiten abgestimmt sind,
- Verminderung des Zuganges zu Mitteln für suizidale Handlungen (z.B. Schusswaffen, tödliche Medikamentendosen oder gefährliche bauliche Gegebenheiten - Sturz - usw.),
- Spezielle Schulungen, insbesondere für Personengruppen, die häufig mit Personen in Krisensituationen zu tun haben (LehrerInnen, Priester, PolizistInnen, Pflegeper-

---

<sup>125</sup> (U.S. Dept. of Health and Human Services 2001, S. 36)

<sup>126</sup> (U.S. Dept. of Health and Human Services 2001, S. 35)

sonal etc.) bzgl. der Früherkennung von suizidalem Verhalten und der Vermittlung von Hilfsangeboten,

- Effektive klinische und professionelle Versorgungsangebote,
- Verbesserung der Zugangschancen zu psychosozialen Einrichtungen (Abbau von Barrieren) und Vernetzung der sozialen Einrichtungen,
- Verbesserung der Art und Weise wie in den Medien über Suizid bzw. psychische Erkrankungen berichtet wird bzw. wie diese Themen bspw. in Spielfilmen dargestellt werden,
- Ausbau der Forschung zu Suizid und Suizidprävention,
- Verbesserung der Datenlage zu psychosozialer Stärkung und Ausbau der Gesundheitsberichterstattung<sup>127</sup>.

Das finnische Suizidpräventionsprogramm (als Beispiel eines Präventionsprogramms auf nationaler Ebene) beinhaltet im Wesentlichen folgende Elemente:

- Bewusstseinsbildung und Information der Gesamtbevölkerung,
- Fortbildung von Fachleuten,
- wissenschaftliche Begleitung und Evaluation,
- Information über Problematiken und Behandlungsmöglichkeiten von Depression und anderen psychischen Störungen und Sucht durch ein multiprofessionelles Team über Medien, Programme in Schulen und andere Institutionen,
- Weitere Themen: Umgang mit körperlichen Erkrankungen, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Krisenintervention und Behandlung nach Suizidversuchen,
- Laufendes Monitoring<sup>128</sup>.

Ein vorliegendes Konzept zur Suizidprävention in Österreich identifiziert 10 Arbeitsgebiete<sup>129</sup>, deren Teilaufgaben von verschiedenen Akteuren (Institutionen, Personengruppen, usw.) übernommen werden können:

- Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen über Suizidprobleme: Informationsaufbereitung, professionelle Erstellung und Verteilung von Informationen, Analyse der Effekte von Informationskampagnen, Dokumentation von Erfahrungen bzgl. positiver und negativer Effekte verschiedener Präsentationsformen (z.B. zur

---

<sup>127</sup> (U.S. Dept. of Health and Human Services 2001)

<sup>128</sup> (Krasser/Zapotoczky 2002, S. 12)

<sup>129</sup> (Sonneck 2000)

Vermeidung von Nachahmungseffekten), Förderung der Kommunikation und diskursiven Auseinandersetzung über existenzielle Probleme und Anregung offener Diskussion,

- Unterstützung und Behandlung: Krisenmanagement, Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen, Bereitstellung geeigneter Unterstützungseinrichtungen für Betroffene, Verwandte, Laienhelfer usw.,
- Kinder und Jugendliche: spezifische niederschwellige und anonyme Hilfs- und Unterstützungsangebote, Berücksichtigung in Erziehung und Unterricht usw.,
- Erwachsene: Beziehungs- und Eheprobleme, Betriebe und Arbeitsplätze,
- Ältere Menschen: soziale Probleme, Ehe- und Beziehungsprobleme,
- Risikogruppen: Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit,
- Schulung und Entwicklung: Forschung und Entwicklung, Schulerziehung,
- Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln (Verkehr, Waffen),
- Zusammenführung regionalen Wissens,
- Gesetzliche Voraussetzungen schaffen,

#### **2.4.3.2 Suizidprävention auf regionaler Ebene**

Für die Steiermark liegt ein umfassender Entwurf eines integrierten Suizidpräventionskonzeptes mit teils innovativen Maßnahmenvorschlägen vor. Dieses gliedert sich in:

- Primärpräventive Maßnahmen mit der Zielsetzung der Erhöhung sozialer Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit und Entspannung für alle Altersgruppen,
- Sekundärpräventive Maßnahmen mit dem Ziel einer schnellen und effizienten Betreuung von Menschen in kritischen Lebenssituationen bzw. mit psychischen Störungen (Schwerpunkt Depression),
- Tertiärpräventive Maßnahmen: Betreuung von Menschen nach Suizidversuchen sowie psychiatrischer PatientInnen nach stationären Aufenthalten.<sup>130</sup>

Als Zielgruppen für primärpräventive Maßnahmen werden SchülerInnen, StudentInnen, SoldatInnen des Österreichischen Bundesheeres und Erwachsene aller Altersgruppen genannt. Für den schulischen Bereich werden vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen, Stressbewältigung usw. vorgeschlagen, die auf die jeweilige Alters-

---

<sup>130</sup> (Krasser/Zapotoczky 2002, S. 16)

gruppe abgestimmt sind (z.B. Philosophieren mit Kindern im Volksschulalter, Anti-Stress-Training, Entspannungstraining, autogenes Training etc.)<sup>131</sup>.

Unter die vorgestellten sekundärpräventiven Maßnahmen fallen Fortbildungsangebote für praktische ÄrztInnen, MitarbeiterInnen psychosozialer Zentren, der Polizei, der Rettungsorganisationen und der Telefonseelsorge. Die vorgeschlagenen Fortbildungsmodule können nach Bedarf kombiniert werden:

Modul 1: psychosoziale Krisen

Modul 2: Suizid und Suizidversuch

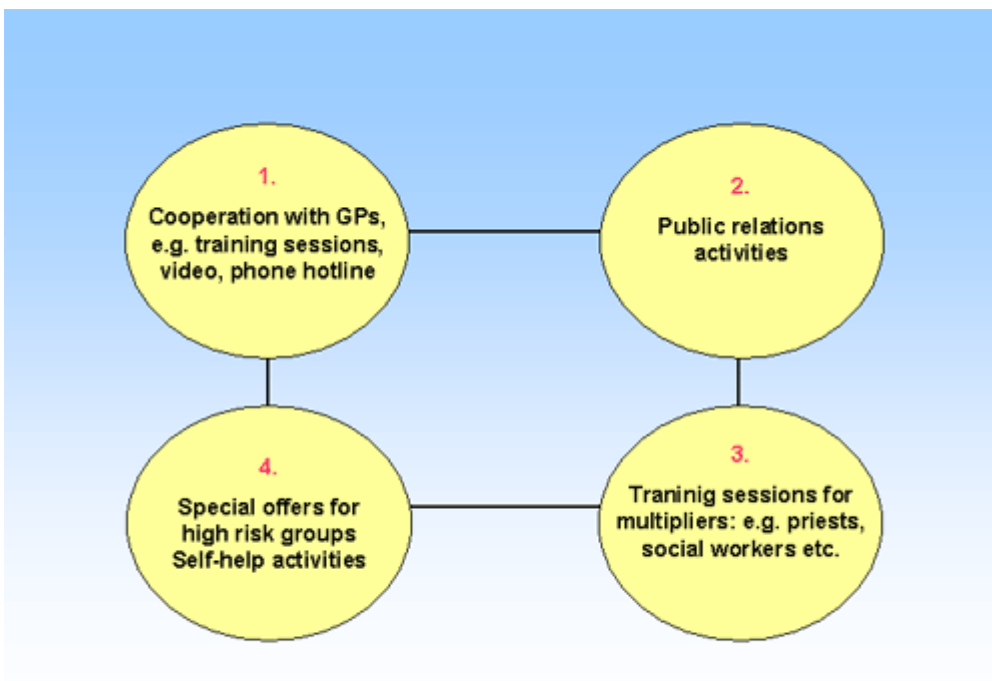
Modul 3: Suizidalität im Rahmen psychischer Störungen

Modul 4: Diagnose und Therapie depressiver Störungen

Modul 5: Einschätzung der Suizidgefahr und Krisenintervention

Modul 6: Krisen bei Kindern und Jugendlichen<sup>132</sup>

Erwähnenswert ist auch das Modell der European Alliance Against Depression, das im Wesentlichen auf das Konzept Nürnberger Bündnis gegen Depression aufbaut. Der Ansatz beinhaltet Maßnahmen auf vier Ebenen, die sich gegenseitig ergänzen.



Quelle: <http://www.eaad.net/394.html> 15.4.2003

<sup>131</sup> (Krasser/Zapotoczky 2002, S. 19-52)

<sup>132</sup> (Krasser/Zapotoczky 2002, S. 53-60)

1. Kooperation der niedergelassenen praktischen ÄrztInnen (inkl. Fortbildungsangebote, Bereitstellung von Informationsmaterial, Videokassetten etc. für PatientInnen, Hotline zur Abklärung der Behandlung spezieller Fälle usw.),
2. Öffentlichkeitsarbeit (Plakate, Spots in Kinos, Broschüren, öffentliche Veranstaltungen, Homepage) mit dem Ziel der Information und des Abbaus der Stigmatisierung,
3. Kooperation mit MultiplikatorInnen (LehrerInnen, SeelsorgerInnen, Polizei, Personal und Altenbetreuungseinrichtungen) inkl. Bildungsangeboten zu Depression,
4. Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene und deren Angehörige (z.B. „emergency-card“ nach einem Suizidversuch, Förderung von Selbsthilfegruppen)<sup>133</sup>.

#### 2.4.4 Ansätze zur Prävention von Suchterkrankungen

Einen umfassenden Überblick über Ansätze und Hintergründe zur Suchtprävention findet sich in der aktuellen Publikation des Instituts für Suchtprävention in Linz „Vom Gebrauch der Drogen“ bzw. im Endbericht des betreffenden Arbeitskreises der Gesundheitskonferenz. An dieser Stelle sollen einige wesentlichen Aspekte wiedergegeben werden.

Grundsätzlich können strukturelle Ansätze und personenorientierte Maßnahmen unterschieden werden. Strukturelle Maßnahmen (oder auch verhältnispräventive Maßnahmen) versuchen Einfluss auf Lebensbedingungen und das Umfeld der betreffenden Personen zu nehmen (z.B. Gesetze, gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen usw.). Beispiele dafür sind die Besteuerung von Alkohol und Tabak, Werbebeschränkungen, Altersbeschränkungen für den Konsum, örtliche oder zeitliche Beschränkung des Verkaufs usw.<sup>134</sup>.

Personenorientierte Ansätze (oder auch Verhaltensprävention) versucht auf das Verhalten der Zielgruppe einzuwirken und es zu verändern (z.B. durch Information, Bildungsangebote usw.).

Ansatzpunkte lassen sich - wie schon erwähnt - an Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren für suchtriskantes Verhalten festmachen. Es wird angestrebt, den Einfluss von Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu fördern<sup>135</sup>.

---

<sup>133</sup> (EAAD 2005)

<sup>134</sup> (Schmidbauer 2005, S. 16)

<sup>135</sup> (Schmidbauer 2005, S. 17)

Auf personaler Ebene sind bezüglich der Entwicklung von Suchtverhalten u.a. folgende Stützfaktoren bedeutsam:

- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (Kommunikationsfähigkeiten),
- Realistische Selbsteinschätzung,
- Hohe Eigenaktivität (den Alltag gestalten können, sich selbst beschäftigen können),
- Ausreichende Selbstachtung, positives Selbstwertgefühl (sich so annehmen, wie man ist),
- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit (die Überzeugung, wichtige Ereignisse selbst beeinflussen zu können, sich kompetent zu fühlen, „ich werde schon fertig mit den Problemen“),
- Bewältigungsstile (Coping): Ein aktiver Problembewältigungsstil - im Gegensatz zur Problemvermeidung - gilt für die Entwicklung im Jugendalter als bedeutsam. Insbesondere ist ein Bewältigungsstil von Bedeutung, der zur Lösung von Problemen auf soziale Ressourcen zurückgreift,
- Erfahrung in der Bewältigung von Problemlagen,
- Hoffnungsbereitschaft, Zuversicht: durchgängige und Misserfolge überdauernde hoffnungszuversichtliche Lebenseinstellung,
- Risikobewusstsein/Risikokompetenz/Mündigkeit: Bescheid wissen über mögliche Risiken,
- Selbstständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung, Kritikfähigkeit,
- Kohärenzsinn: Gefühl des Verankertseins. Personen mit hohem Kohärenzsinn sind in der Lage, ihrem Leben und dem eigenen Handeln einen Sinn zu geben, die Welt als verstehbar zu begreifen, und sie haben das Gefühl, Lebensaufgaben bewältigen zu können;
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit,
- Kognitive Fähigkeiten: Sie sind die Basis, auf der Jugendliche Konflikte und Probleme bewältigen<sup>136</sup>.

---

<sup>136</sup> (Schmidbauer 2005, S. 18)



Soziale Schutzfaktoren bzw. Umweltfaktoren, die das Risiko der Suchtentstehung verringern, sind:

- gutes Verhältnis zu den Eltern (Vertrauen und Unterstützung in schwierigen Situationen),
- sozial - emotional günstiges Erziehungsklima, feste emotionale Bezugspersonen,
- gutes soziales Netz, stabilisierende Freundschaftsbeziehungen<sup>137</sup>,
- Klima in der Schule, am Arbeitsplatz: überschaubare Unterrichtsstruktur, angemessene Anforderungen, förderliche schulische Umwelt,
- Zugang zu Information und Bildung,
- soziale Lage, befriedigende Entwicklungsperspektiven u.a.m.<sup>138</sup>.

In der Suchtprävention spielt der sogenannte „Life-skills-approach“ (Lebenskompetenzansatz) eine wesentliche Rolle. Das wesentliche Ziel dieses Zuganges ist es, die persönlichen Kompetenzen zu stärken und Bewältigungsstrategien für Probleme zu entwickeln. Im Zentrum stehen u.a. die Entwicklung von sozialen und persönlichen Fähigkeiten, der Umgang mit Gefühlen, der Aufbau eines stabilen und positiven Selbstwertgefühls sowie die Entwicklung eines produktiven Umgangs mit Anforderungen und Belastungen<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> (Vertrauen, Unterstützung und Deutungshilfe im Alltag)

<sup>138</sup> (Schmidbauer 2005, S. 18)

<sup>139</sup> (Schmidbauer 2005, S. 26)

## 2.5 Programmatik wichtiger politischer Akteure und Entscheidungsträger

### 2.5.1 Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region der WHO ist das Ziel 6 - Verbesserung der psychischen Gesundheit - folgendermaßen formuliert: *„Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein“*.

Als Teilziele mit besonderer Bedeutung werden die Verringerung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen psychischer Probleme und die Befähigung der Bevölkerung, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen, genannt, ebenso die Senkung der Suizidraten um mindestens ein Drittel, wobei die signifikantesten Verringerungen vor allem in Ländern und Bevölkerungsgruppen mit besonders hohen Suizidraten erreicht werden sollte<sup>140</sup>.

Im Rahmenkonzept für die europäische Region „Gesundheit 21“ sind zur Erreichung des dortigen Zieles 6 (Verbesserung der psychischen Gesundheit) folgende Ansatzpunkte für Maßnahmen genannt:

- Der Förderung der psychischen Gesundheit während des gesamten Lebens sollte mehr Beachtung gewidmet werden, insbesondere betreffend sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen.
- Das Lebens- und Arbeitsumfeld sollte so gestaltet werden, dass es dazu beiträgt, der Bevölkerung in allen Altersgruppen ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu vermitteln, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten und Stresssituationen zu bewältigen.
- Beschäftigte in Gesundheits- und Fürsorgeberufen sollten bezüglich der Früherkennung von psychischen Gesundheitsproblemen und geeigneter Interventionen geschult werden.
- Dienste für Personen mit psychischen Problemen sollten eine gute Betreuung mit einem angemessenen Mix von gemeindenahen und Krankenhaus zentrierten Angeboten bieten. Der Krisenintervention und spezifischen Bevölkerungsgruppen (Minderheiten und benachteiligten Gruppen) sollte besondere Beachtung geschenkt werden.

---

<sup>140</sup> (WHO 1999, S. 226)

- Der Respekt vor den Menschenrechten muss bei jeglichen Maßnahmen unbedingt beachtet werden und die Lebensqualität für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen verbessert werden.<sup>141</sup>

Das Jahr 2001 wurde von der WHO unter das Schwerpunktthema mentale Gesundheit gestellt. Der Weltgesundheitstag am 7. April 2001, der in 155 Ländern begangen wurde, stand unter diesem Motto, ebenso der Weltgesundheitsbericht 2001. In der im selben Jahr stattfindenden Versammlung der Gesundheitsminister verpflichteten sich die Regierungen von 135 Staaten die Situation betreffend psychische Erkrankungen in Ihren Staaten zu verbessern.

In der Folge wurde das „mental health Global Action Programme“ (mhGAP) entwickelt. Im Mittelpunkt des Fünfjahresprogramms stehen Depression, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Demenz, Epilepsie und Suizid, wobei besondere Aufmerksamkeit den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen gilt<sup>142</sup>.

Anlässlich der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz (Helsinki, Jänner 2005) wurde von den Mitgliedsstaaten der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit befürwortet. Darin werden weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gefordert. Im Aktionsplan sind für die kommenden zehn Jahre fünf gesundheitspolitische Schwerpunkte für die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit angeführt:

- Das Bewusstsein der Bedeutung der psychischen Gesundheit soll gefördert werden.
- Gemeinsam soll gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen Problemen angegangen werden, die Angehörigen sollen unterstützt und gestärkt und die Betroffenen sollen aktiv an dem Prozess beteiligt werden.
- Umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungseinrichtungen zur Förderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Genesung sollen entwickelt und implementiert werden.
- Dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden soll entsprochen werden.
- Die Erfahrungen und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden (Angehörige, FreundInnen und ehrenamtliche BetreuerInnen) sollen als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von Diensten anerkannt werden.

---

<sup>141</sup> (WHO 1999, S. 226-227)

<sup>142</sup> (WHO 2005)

Des Weiteren schlägt der Aktionsplan Mittel und Wege zur Entwicklung und Durchführung einer umfassenden Politik für den psychosozialen Bereich vor. Diese betreffen die folgenden 12 Gebiete:

- psychisches Wohlbefinden für alle fördern,
- die zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen,
- gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen,
- geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern,
- psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten,
- gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme sichern,
- Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen,
- Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten,
- ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen,
- verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern,
- faire und angemessene Finanzierung bereitstellen,
- Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen<sup>143</sup>.

Die Kommission der Europäischen Union wurde - als Kooperationspartner der WHO - aufgefordert im Rahmen ihrer Befugnisse zur Umsetzung des Aktionsplanes beizutragen. Als erster Schritt kann das kürzlich erschienene Grünbuch betrachtet werden, das eine Diskussionsgrundlage zur Entwicklung einer gemeinsamen europäischen Strategie zur Verminderung psychosozialer Erkrankungen darstellt<sup>144</sup> (siehe auch 2.5.2).

## 2.5.2 Programmatik der Europäischen Union (EU)

Im Vertrag von Maastricht (Artikel 3, Buchstabe o) und Artikel 192) wurde erstmals Gesundheitsschutz als europäischer Politikbereich angesprochen und als Querschnittsmaterie (als „Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft“) definiert. Die Gesundheitspolitik der EU bezieht sich vorrangig auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsländern bzw. Drittländern sowie mit Internationalen Organisationen des Gesundheitsbereiches. Im Vordergrund steht die Verhütung von Krankheiten, einschließlich Drogenabhängigkeit und Gesundheitsschutz.

---

<sup>143</sup> (WHO 2005c)

<sup>144</sup> (EU 2005b, S. 3)

Im Vertrag von Amsterdam ist festgehalten, dass bei der Festlegung und Durchführung der Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Niveau des Gesundheitsschutzes sichergestellt werden muss. Darüber hinaus soll die Gesundheitspolitik der EU die Politik der Mitgliedsstaaten ergänzen und auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Verhütung von Humankrankheiten und Beseitigung von gesundheitsgefährdenden Faktoren ausgerichtet sein. Insbesondere zur Bekämpfung weit verbreiteter, schwerer Erkrankungen soll durch die Förderung der Erforschung der Ursachen und der Gesundheitsinformation und -erziehung beigetragen werden. Explizit angeführt sind Maßnahmen zur Verringerung von drogenkonsumbedingten Gesundheitsschäden.

Die gesundheitspolitische Strategie der EU ist an drei Zielen orientiert:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse auf allen politischen Ebenen,
- Errichtung eines Schnellreaktionssystems zur raschen Antwort auf Gesundheitsgefahren,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere der mit der Lebensführung verbundenen gesundheitsschädlichen Faktoren.

Das Aktionsprogramm der Europäischen Union nennt unter den Faktoren der Lebensführung, auf die sich Maßnahmen beziehen sollen, neben Ernährung und Bewegung auch Stress, Alkoholkonsum und Rauchen<sup>145</sup>.

Ebenso wird im Aktionsprogramm festgestellt, dass die durch psychische Erkrankungen verursachten Morbiditäts- und Behinderungsquoten zu den gravierenden Gesundheitsproblemen gehören. Nikotinkonsum wird für einen erheblichen Teil der Todesfälle in der Europäischen Union verantwortlich gemacht<sup>146</sup>.

Im Rahmen des Aktionsprogramms der Europäischen Union betreffend die öffentliche Gesundheit wurden im Arbeitsplan für 2005 u.a. folgende Förderungsschwerpunkte festgelegt:

Im Bereich der Gesundheitsinformation wird die Einrichtung bzw. Verbesserung der nachhaltigen routinemäßigen Erhebung von Informationen und Daten zu psychischen Erkrankungen als einer der bevorzugt zu behandelnden Punkte angeführt.

Im Rahmen des Zielbereiches Gesundheitsförderung werden Maßnahmen zum Alkoholkonsum (Alkohol am Steuer, Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen, Aufklärung der Öffentlichkeit, Verbreitung von Früherkennungskonzepten und Einzelmaßnahmen bei Alkoholmissbrauch) als Prioritäten angeführt. Ebenso der Bereich Drogen.

---

<sup>145</sup> (EU 2000, S. 14)

<sup>146</sup> (EU 2000, S. 8)

Im Bereich der psychischen Gesundheit sollen Aktionen mit folgenden Zielsetzungen unterstützt werden:

- Wissenschaftliche Unterstützung für Netzarbeit zur Förderung psychischer Gesundheit und zur Prävention von Störungen einschließlich gesundheitsschädlichem Stress.
- Bestandsaufnahme der Strategien, Stärken und Schwächen in allen Mitgliedsstaaten und Länderanalysen.
- Entwicklung von Evidenz basierten Verfahren zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen u.a. in den Bereichen Depressionen, Selbsttötung und Selbstverletzung sowie Drogenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen.
- Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kindergarten, in der Schule und in sonstigen Einrichtungen des Bildungsbereiches sowie im kommunalen Kontext<sup>147</sup>.

Als Antwort auf die schon erwähnte Europäische ministerielle WHO-Konferenz (in Helsinki, Jänner 2005) erschien im Oktober 2005 das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“. Es bietet eine Diskussionsgrundlage, die zur Entwicklung einer Gesamteuropäischen Strategie beitragen soll. Bis Ende 2006 sollen die Ergebnisse dieses Konsultationsprozesses und gegebenenfalls die Vorschläge für eine Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit veröffentlicht werden<sup>148</sup>.

### 2.5.3 Programmatik österreichischer Institutionen

Erste Ergebnisse zum „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“ wurden bei der 3. Österreichischen Gesundheitskonferenz am 23. Mai 2002 vorgestellt. Er enthält wichtige programmatische Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Richtung Gesundheitsförderung. Ein wesentliches inhaltliches Zielfeld bildet die Bekämpfung von psychiatrischen Erkrankungen, die unter den zehn bedeutendsten gesundheitlichen Belastungen angeführt sind. Daneben wird die Gleichstellung der Prävention und der Vorsorgemedizin mit der Kurativmedizin angekündigt<sup>149</sup>.

---

<sup>147</sup> (EU 2005, S. 19-21)

<sup>148</sup> (EU 2005b, S. 3)

<sup>149</sup> (BMGF 2003, S. 16)

Als Gesundheitsziele für den Planungszeitraum der kommenden fünf bis zehn Jahre sind im Bezug auf psychosoziale Erkrankungen folgende von Bedeutung:

- „Der Anteil der Nichtraucher sollte mindestens 80 Prozent in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 Prozent betragen<sup>150</sup>.“
- „Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum sollte nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu Null betragen<sup>151</sup>.“
- „Die Suizidraten sollen um mindestens ein Drittel zurück gehen<sup>152</sup>.“
- „Es sollte der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25 Prozent und die darauf zurück zu führenden Todesfälle um mindestens 25 Prozent zurückgehen<sup>153</sup>.“

Zur Umsetzung der Ziele soll weitgehend auf bereits bestehende Strukturen und Netzwerke zurückgegriffen werden. Explizit genannt werden<sup>154</sup>:

- der Fonds Gesundes Österreich,
- das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser,
- das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen,
- das Österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung und
- das Netzwerk Gesunde Städte Österreichs.

Der Fonds Gesundes Österreich fördert Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung. Im Dreijahresprogramm 2003 - 2005 sind, neben zielgruppen- und settingbezogenen Arbeitsschwerpunkten, die thematischen Schwerpunkte Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit vorgesehen. Als prioritäre Themenfelder im Bereich seelischer Gesundheit sind Belastungen durch Stress, Arbeitsplatzverlust, Mobbing/Bossing, geschlechtsspezifische (Mehrfach-)Belastungen, die Situation pflegender Angehöriger, der Umgang mit chronischen Krankheiten, Abhängigkeit und Süchte, Gewaltprävention, Lebenskrisen, soziale Integration sowie der Umgang mit Gefühlen angeführt<sup>155</sup>.

---

<sup>150</sup> (BMSG 2003b, S. 9)

<sup>151</sup> (BMSG 2003b, S. 9)

<sup>152</sup> (BMSG 2003b, S. 10)

<sup>153</sup> (BMSG 2003b, S. 10)

<sup>154</sup> (BMSG 2003b, S. 8)

<sup>155</sup> (FGOE 2002, S. 33ff)

### 3. Die Gesundheitsziele der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz

Im OÖ. Gesundheitsbericht 2000 wurden zehn Gesundheitsziele für Oberösterreich formuliert. Diese bilden die konsensuelle Basis und den Rahmen für gesundheitspolitische Maßnahmen und den Ausbau der Gesundheitsförderung in Oberösterreich und werden vom Land OÖ, den Statutarstädten Linz und Wels sowie von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse mitgetragen. Zur Umsetzung dieser Ziele wurde die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gegründet, in der alle wesentlichen Entscheidungsträger des Gesundheitssystems vertreten sind. Von dieser Konferenz wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen Maßnahmenvorschläge zur Erreichung der Gesundheitsziele erarbeitet wurden.

Dem Bereich der psychosozialen Erkrankungen lassen sich zwei der genannten 10 Gesundheitsziele zuordnen:

**Ziel 4** der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz stellt auf die Verminderung von psychischen Störungen ab, die in hohem Maße das Risiko von Selbstmord und Selbstbeschädigung mit sich bringen, bspw. Depressionserkrankungen, Angststörungen und schizophrene Erkrankungen. Als Messlatte zur Erreichung des Zieles dient die Suizidrate, die bis 2010 um ein Drittel gesenkt werden soll.

**Ziel 4:**

**Bis zum Jahr 2010 sollte die Suizidrate um mindestens ein Drittel zurückgehen.**

Das **Ziel 8** der Gesundheitskonferenz bezieht sich auf Suchterkrankungen - im Speziellen auf die Verminderung des schädigenden Alkoholkonsums, sowie auf die Erhöhung der Nichtraucherquote in der Bevölkerung. Alkohol- und Nikotinkonsum sind jedoch nicht nur unter dem Aspekt des Suchtpotentials von gesundheitspolitischer Relevanz, sie stellen auch Risikofaktoren für eine Vielzahl anderer Erkrankungen und Schädigungen dar.



#### **Ziel 8:**

Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20 % gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nichtraucher sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80 % und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100% betragen.

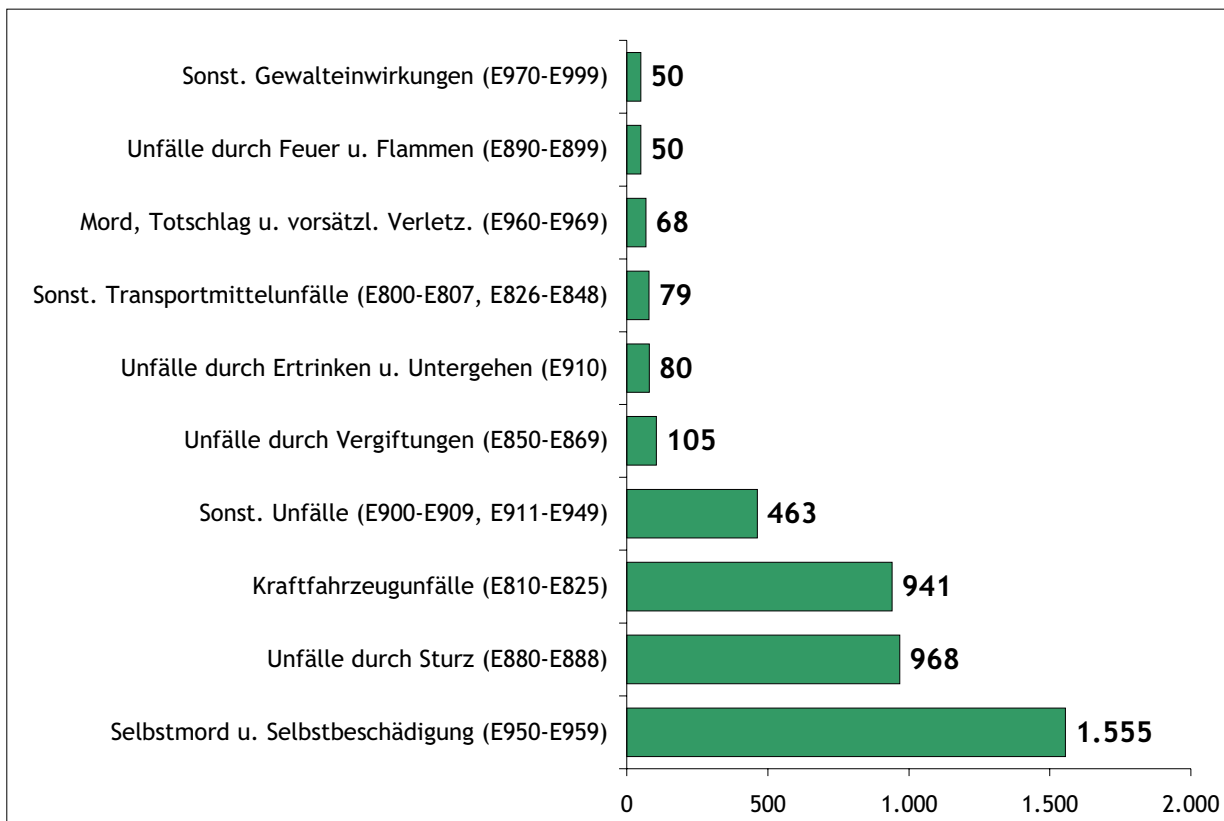
### **3.1 Ausgangslage und Hintergrund für die Beschlussfassung der Gesundheitsziele**

#### **Ziel 4: Suizid**

Die Ausgangslage beim Beschluss des Gesundheitszieles 4 lässt sich anhand der Sterblichkeitsstatistik von 1999 skizzieren: In Österreich starben 1999 pro Tag durchschnittlich etwa 4 Menschen an Suizid, insgesamt 1.555 Personen (1.126 Männer und 429 Frauen).

Das sind 2 Prozent aller Todesfälle in diesem Jahr. Suizid ist also unter den Todesursachen, die durch äußere Einwirkung (Verletzungen, Vergiftungen etc.) bedingt sind, die häufigste. Die Anzahl der Todesfälle infolge von Stürzen (ca. 970 Fälle pro Jahr) und infolge von Kraftfahrzeugunfällen (ca. 940 Fälle Pro Jahr) ist deutlich geringer und die Häufigkeit der Todesfälle durch Gewaltverbrechen (Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen etc.) bewegt sich in gänzlich anderen Größenordnungen (mit knapp 70 Fällen pro Jahr).

**Abbildung 1: Vergleich der Suizidhäufigkeit mit anderen Todesursachen durch äußere Einwirkung, Österreich**

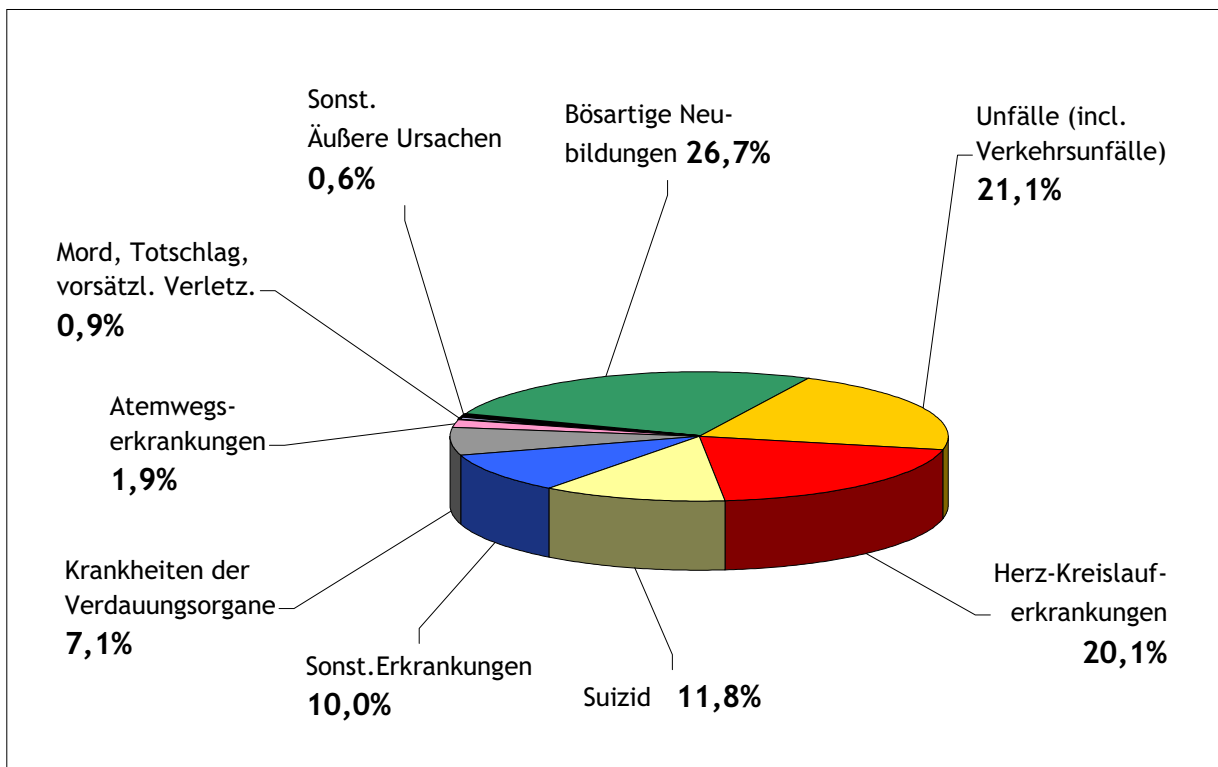


Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999

Im Jahr 1999 waren in Österreich fast 12 Prozent der „Verlorenen Lebensjahre“ (PYLL<sup>156</sup>) auf Suizide zurückzuführen. Das sind im Jahr 300 verlorene Lebensjahre je 100.000 Einwohner. Suizid ist damit eine ernstzunehmende Größe in Bezug auf die gesamte vorzeitige und potentiell vermeidbare Sterblichkeit.

<sup>156</sup> Potential Years of Life Lost: Durch vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren verlorene Lebensjahre; vereinfachte Berechnung nach Hurrelmann/Laaser 2003, S. 353. Der Indikator „Verlorene Lebensjahre“ ist ein Gesundheitsindikator, der sich vor allem zum Vergleich von Erkrankungen hinsichtlich der frühzeitigen Sterblichkeit eignet. Der prozentuelle Anteil verschiedener Todesursachen an der Gesamtzahl der „Verlorenen Lebensjahre“ erlaubt eine Einschätzung des präventiven Potentials von Maßnahmen, die der Verhinderung der jeweiligen Ursache dienen (siehe auch 4.1.1.3).

**Abbildung 2: Potenzielle verlorene Lebensjahre; PYLL (Anteile), OÖ**

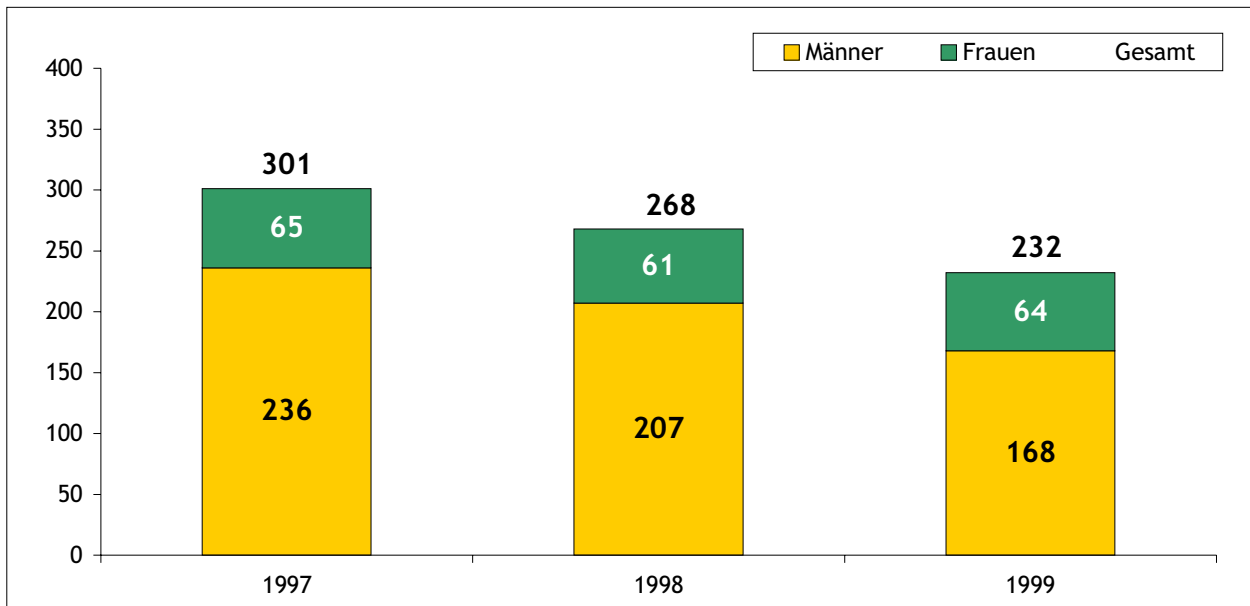


Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999, eigene Berechnungen

In Oberösterreich starben 1999 insgesamt 232 Personen durch Suizid, davon 168 Männer und 64 Frauen. In den beiden Jahren davor lag die Suizidhäufigkeit etwas höher. Die altersstandardisierte Suizidrate lag 1999 bei 18,8 Fällen je 100.000 Einwohner.

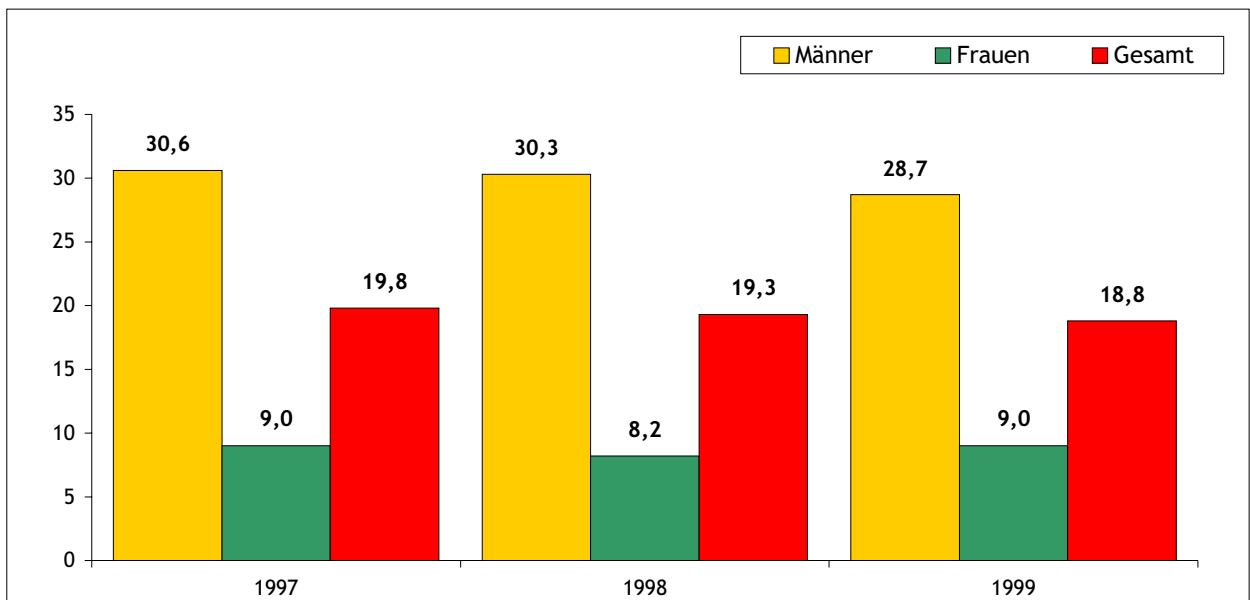
Abbildung 3: Suizidfälle und Suizidrate 1997 bis 1999, OÖ

3a) Suizidfälle



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 1999

3b) Altersstandardisierte Suizidrate



Altersstandardisierte Suizidrate (Suizide je 100.000 Ew. gleichen Alters und Geschlechts; Standardbevölkerung = Neue Europa Standardbevölkerung; für beide Geschlechter wurde dieselbe Altersverteilung verwendet). Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 1999; eigene Berechnungen

## Ziel 8: Alkoholkonsum

Der durchschnittliche pro Kopf Verbrauch der ab 16-jährigen Bevölkerung in Österreich erreichte Anfang der 70er Jahre mit 34 g/Tag seinen Höhepunkt und sank bis Ende der 70er Jahre auf 32 g/Tag ab. In den 90er Jahren zeigte sich ein weiterer Rückgang auf ca. 30 g/Tag (Männer 51 g/Tag, Frauen 13 g/Tag)<sup>157</sup>. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich der Verbrauch sehr stark auf bestimmte Gruppen konzentriert. Schätzungen zufolge konsumieren 5 Prozent der Bevölkerung etwa ein Drittel der insgesamt verbrauchten Alkoholmenge, das entspricht in dieser Gruppe im Durchschnitt 200 g reinen Alkohol pro Tag und Person. Ein weiteres Drittel der verbrauchten reinen Alkoholmenge entfallen auf etwa 13 Prozent der Bevölkerung, das sind durchschnittlich 78 g je Tag und Person<sup>158</sup>.

Im Jahr 1999 lag die Zahl der Spitalsentlassungen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit bei rund 4.150 Fällen (etwa ein Fünftel davon betrafen Frauen)<sup>159</sup>.

Einer Umfrage im Jahr 2001 zufolge konsumieren die OberösterreicherInnen durchschnittlich ein Standardglas pro Tag, was der Alkoholmenge von 0,5 l Bier oder 0,25 l Wein entspricht. 41 Prozent der Befragten gaben an, am Vortag Alkohol konsumiert zu haben. (50 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen). Der durchschnittliche Konsum der Personen, die alkoholische Getränke konsumiert haben, betrug 2,5 Standardgläser (das entspricht etwa 1,25 l Bier bzw. 0,63 l Wein). 31 Prozent gaben an, seltener als an einem Tag pro Woche alkoholische Getränke zu konsumieren, 50 Prozent an einem bis drei Tage pro Woche und 19 Prozent an vier oder mehr Tagen pro Woche<sup>160</sup>. Eine Schätzung des Pro-Kopf-Verbrauches anhand von Umfragen ist jedoch problematisch, da aufgrund von Stichprobenverzerrungen, Falschangaben und Vergessen mit einer bedeutenden Unterschätzung des tatsächlichen Verbrauches gerechnet werden muss. Experten gehen davon aus, dass die aus Umfragen errechneten Alkohol-Konsummengen nur etwa 40 Prozent des tatsächlichen Verbrauchs ausmachen<sup>161</sup>.

---

<sup>157</sup> (Uhl et. al. 2001, S. 102 ff)

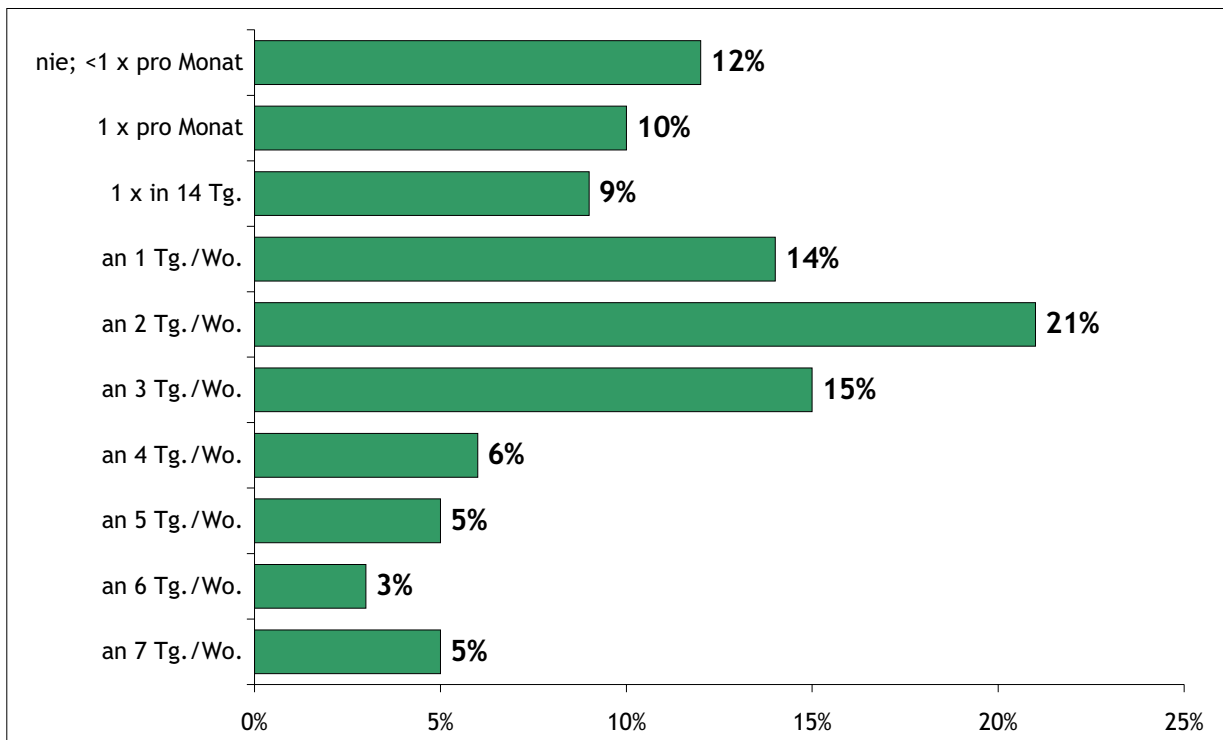
<sup>158</sup> (Uhl et. al. 2001, S. 106)

<sup>159</sup> (Gschwandtner 2005, S. 23)

<sup>160</sup> (Land OÖ 2001, S 27 ff)

<sup>161</sup> (Uhl et. al. 2001, S. 76)

**Abbildung 4: Trinkgewohnheiten (in den letzten 3 Monaten)**



Bevölkerungsbefragung 2003 (Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Land OÖ; RSA-Studie 2001<sup>162</sup>

## Ziel 8: Nikotinkonsum

Im Jahr 1999 rauchten 42 Prozent der ab 15-jährigen, oberösterreichischen Bevölkerung zumindest gelegentlich, 14 Prozent haben früher geraucht und das Rauchen aufgegeben und 44 Prozent waren immer NichtraucherInnen.

58 Prozent der 15- bis 40-jährigen Männer und 47 Prozent der Frauen derselben Altersgruppe rauchten zumindest gelegentlich. 7 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe rauchen regelmäßig mehr als 20 Zigaretten pro Tag.

In der Altersgruppe zwischen 41 und 65 Jahren rauchen 42 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen. 8 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag.

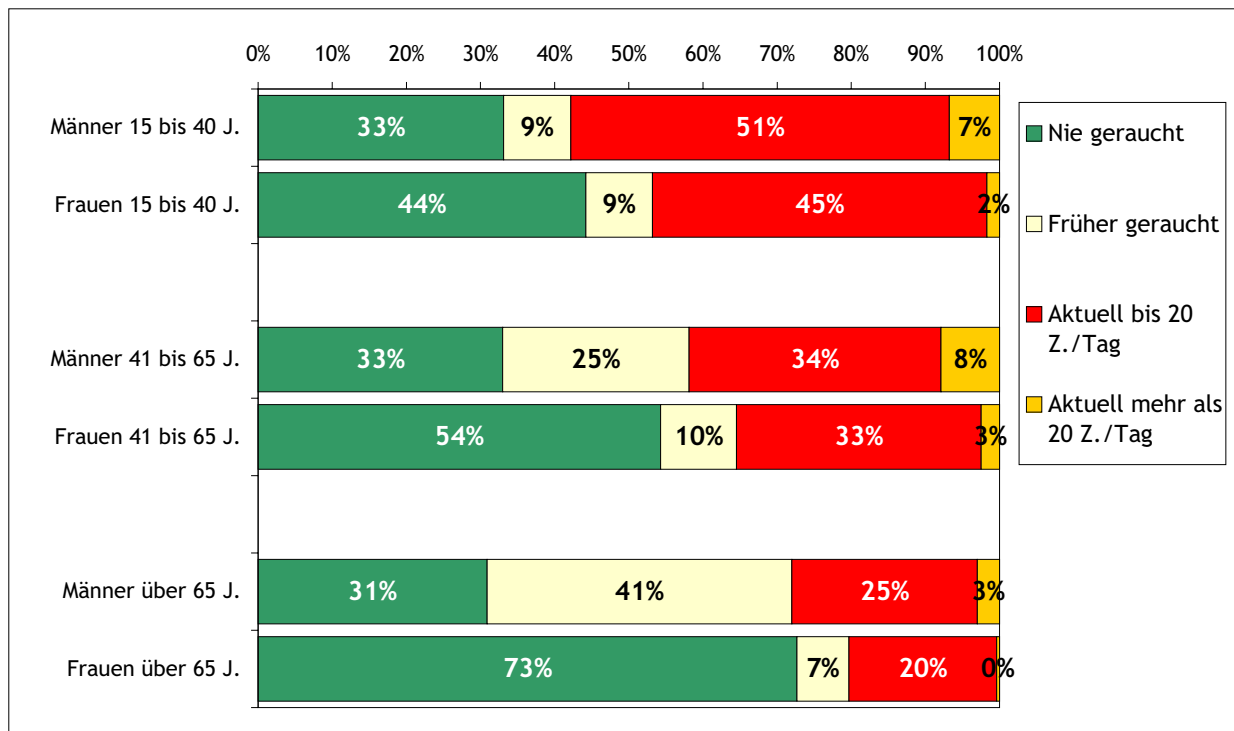
Bei den über 65-Jährigen rauchen 28 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen. Bemerkenswert ist, dass 41 Prozent der Männer dieser Altersgruppe früher einmal geraucht haben und das Rauchen aufgegeben haben.

---

<sup>162</sup> (Land OÖ 2001, S. 27)

Der höhere Anteil der RaucherInnen in der jüngeren Bevölkerung spricht dafür, dass die Problematik zunimmt.

**Abbildung 5: Raucherstatus**



Quelle: Statistik Austria - Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen

In der Altersgruppe der 15-Jährigen lässt sich in den 90er Jahren ein deutlicher Anstieg des RaucherInnenanteils feststellen. Zwischen 1990 und 1998 stieg der Anteil mit regelmäßigem (täglichem) Nikotinkonsum in dieser Altersgruppe in Österreich bei den Knaben von 15 Prozent auf 20 Prozent und bei den Mädchen von 12 Prozent auf 26 Prozent. 2001 waren in Oberösterreich 95,4 Prozent der 11-Jährigen, 83,2 Prozent der 13-Jährigen und 53,1 Prozent der 15-Jährigen strenge NichtraucherInnen<sup>163</sup>.

<sup>163</sup> (Paulik 2005, S. 16)

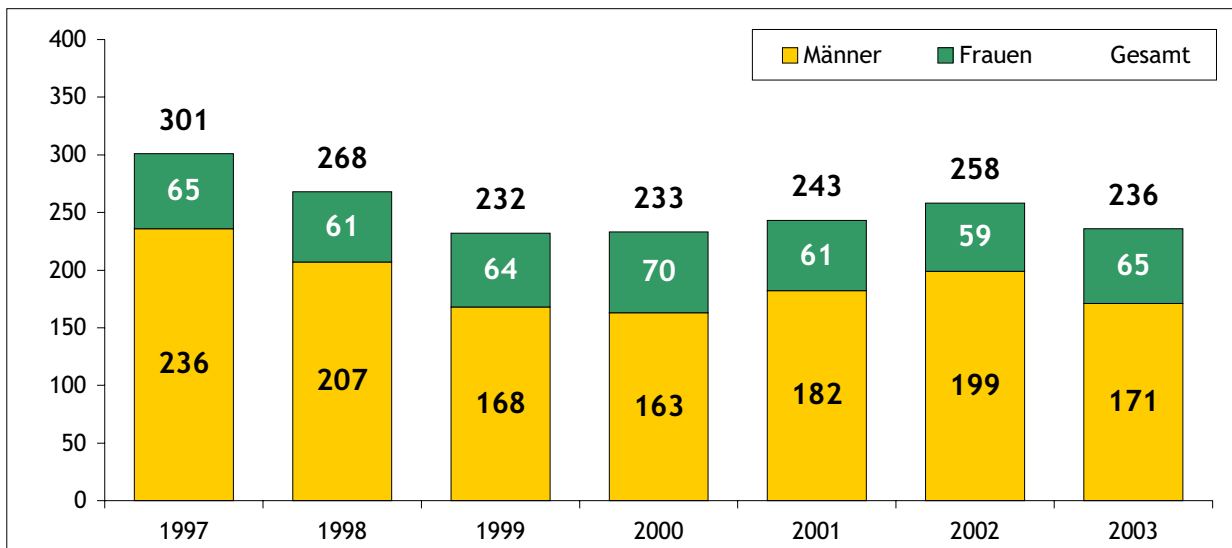
## 4. Epidemiologie

### 4.1 Derzeitige Situation in Oberösterreich (Ist-Stand)

#### 4.1.1 Entwicklung der Suizidrate

1997 verstarben in Oberösterreich 301 Menschen durch Suizid (236 Männer und 65 Frauen). Bis 1999 gingen die Suizidfälle etwas zurück (auf 232 Suizide), was vor allem auf weniger Suizidfälle bei den Männern zurückzuführen ist. Im weiteren Zeitverlauf verblieb die Anzahl der Suizidfälle - mit einigen Schwankungen - ungefähr auf einem Niveau zwischen 230 und 260 Suiziden pro Jahr. 2002 verstarben 171 Männer und 65 Frauen durch Suizid.

**Abbildung 6: Suizide in Oberösterreich 1997 bis 2003**

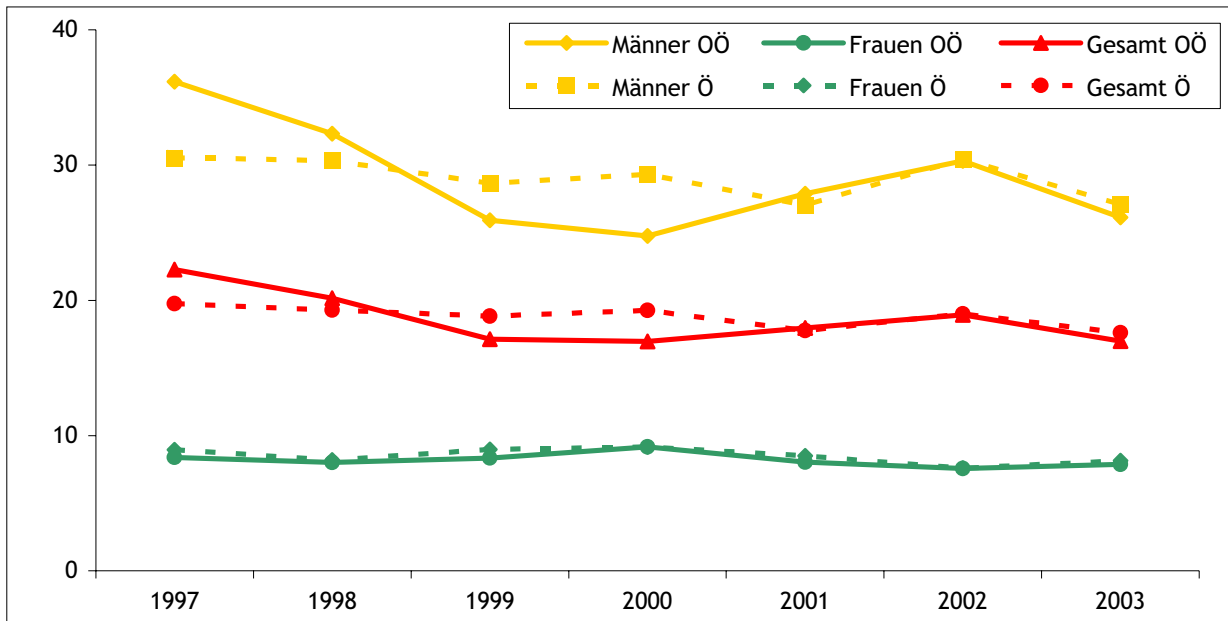


*Suizidfälle 1997 bis 2003; Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003*

Die Suizidrate in Oberösterreich unterscheidet sich nicht wesentlich vom österreichischen Bundesdurchschnitt. Zwar lag sie bei den Männern 1997 etwas über und 2000 etwas unter der österreichischen Rate. Diese Unterschiede bewegen sich jedoch innerhalb der statistischen Schwankungsbreite und sind nicht signifikant.



**Abbildung 7: Suizidrate im Zeitverlauf; Vergleich Oberösterreich und Österreich**

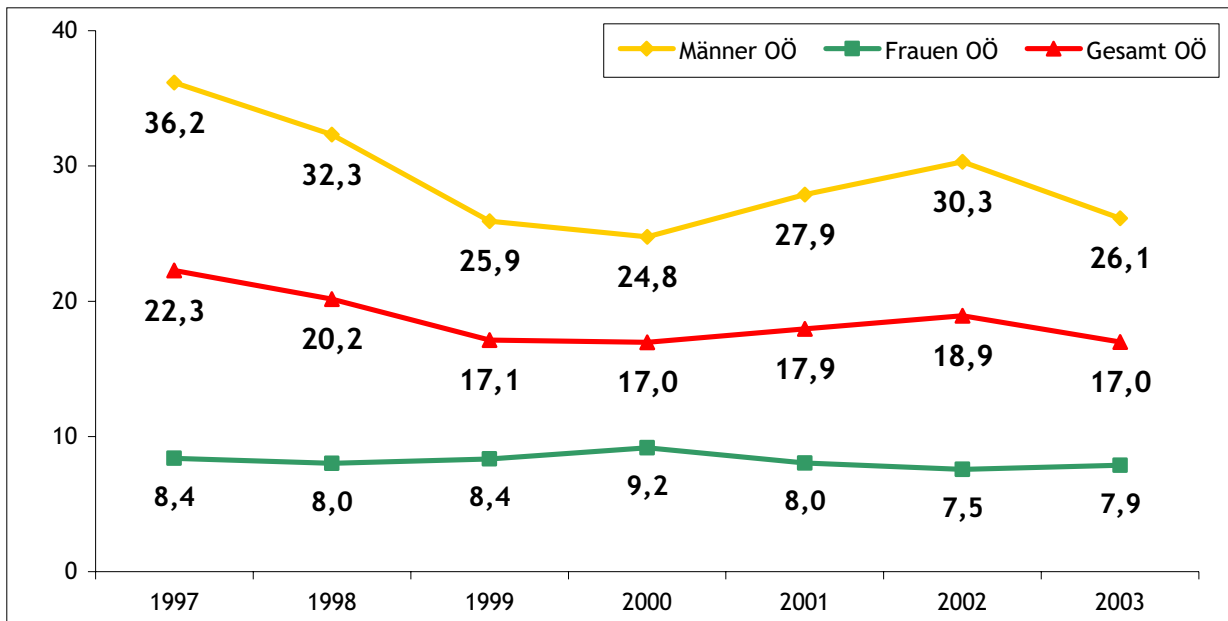


Alterstandardisierte Suizidrate (Suizide je 100.000 Ew. gleichen Alters und Geschlechts; Standardbevölkerung = Neue Europa Standardbevölkerung; für beide Geschlechter wurde dieselbe Altersverteilung verwendet).

Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003; eigene Berechnungen

Betrachtet man die alterstandardisierte Suizidrate im Zeitverlauf, so lässt sich zwischen 1997 und 1999 ein Rückgang feststellen (von 22,3 auf 17,1 Suizide/100.000 Ew.). Dieser Rückgang ist im Wesentlichen auf weniger Suizide von Männern zurückzuführen (von 36,2 auf 25,9/100.000 männl. Ew.). Abgesehen von einem leichten Anstieg im Jahr 2002, der sich jedoch innerhalb der statistischen Schwankungsbreite bewegt, verbleibt die Suizidrate auf einem Niveau von unter 18 Fällen pro 100.000 Ew. Für Frauen lässt sich im gesamten hier betrachteten Zeitraum keine wesentliche Veränderung feststellen. Sie bewegt sich zwischen knapp 8 und etwas über 9 Fällen/100.000 Ew.

**Abbildung 8: Altersstandardisierte Suizidrate in Oberösterreich 1997 bis 2003**



Altersstandardisierte Suizidrate (Suizide je 100.000 Ew. gleichen Alters und Geschlechts; Standardbevölkerung = Neue Europa Standardbevölkerung; für beide Geschlechter wurde dieselbe Altersverteilung verwendet). Fehlerindikator = 95%-iges Konfidenzintervall der altersstandardisierten Suizidrate.

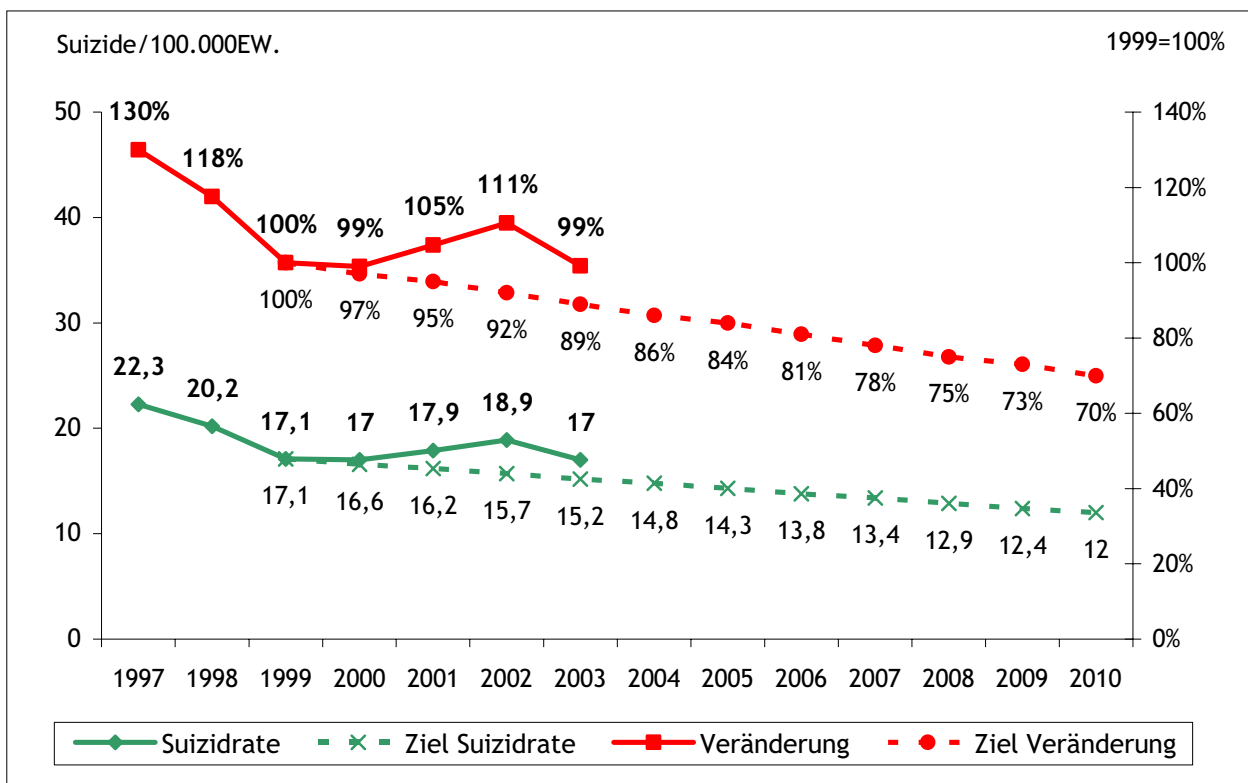
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003; eigene Berechnungen

#### 4.1.1.1 Stand des Gesundheitszieles 4: Reduktion der Suizidrate

Nimmt man die standardisierte Suizidrate des Jahres 1999 (=100 Prozent) als Ausgangsbasis für die Evaluierung des Gesundheitszieles der OÖ Gesundheitskonferenz, so lag die Suizidrate des Jahres 1997 noch um 30 Prozent höher. Zwischen 1999 und 2002 stieg die Suizidrate geringfügig, aber nicht signifikant an (um 11 Prozent) und sank 2003 wieder knapp auf das Niveau von 1999.

Um das Ziel 4 zu erreichen sind weitere Anstrengungen nötig. Die Suizidrate müsste, ausgehend vom Basisjahr 1999 mit ca. 17 Suiziden/100.000 Einwohner, auf 12 Suizide/100.000 Einwohner oder darunter sinken.

**Abbildung 9: Stand des Gesundheitszieles 4 - Reduktion der Suizidrate in Oberösterreich**



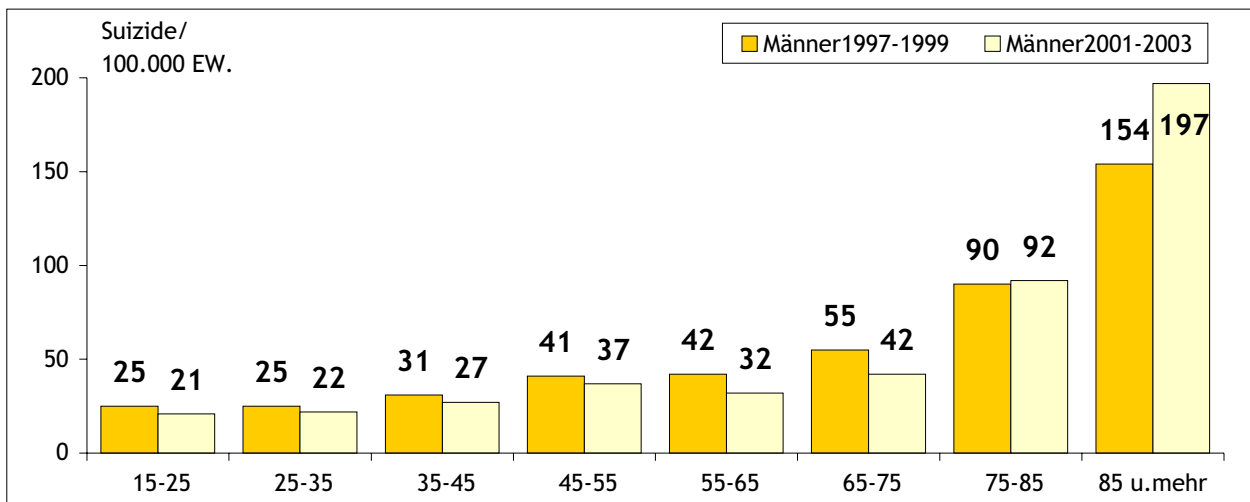
Abnahme der standardisierten Suizidrate für Basisjahr 1999

Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003; eigene Berechnungen

### 4.1.1.2 Suizide nach Alter und Geschlecht

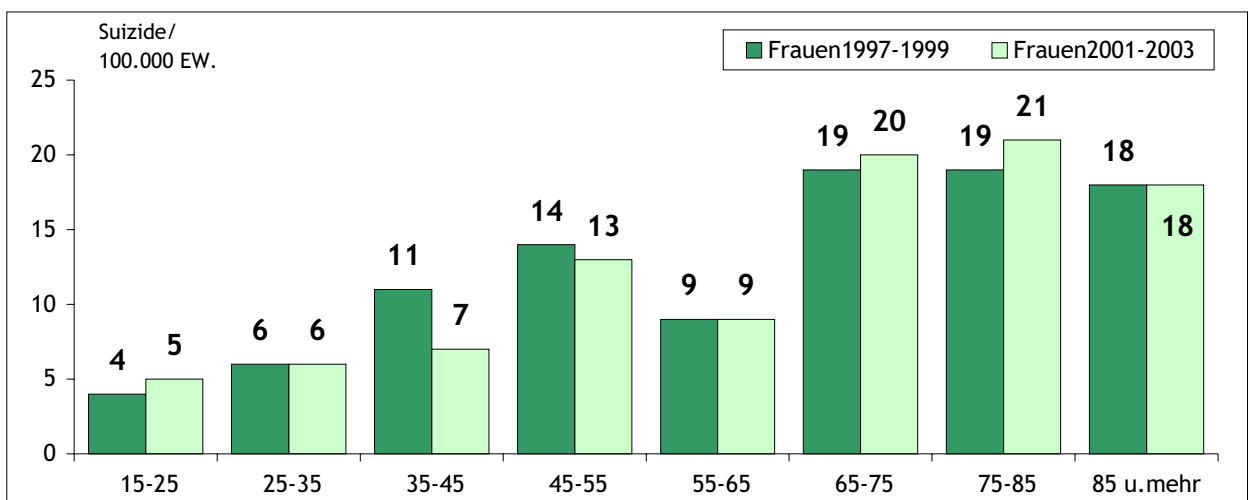
Betrachtet man die Suizidrate nach Altersgruppen, so lässt sich für Männer mit zunehmendem Alter eine Zunahme der Suizidneigung erkennen, insbesondere im fortgeschrittenen Alter über 70 Jahren. Bei den Frauen lässt sich kein so deutliches Muster erkennen, was auch mit der geringeren Suizidrate und den daraus resultierenden geringen Fallzahlen zusammenhängen dürfte (auch wenn hier Drei-Jahres Durchschnittswerte verwendet wurden, um zufällige Schwankungen zu verringern).

**Abbildung 10: Altersspezifische Suizidrate Männer (Drei-Jahres-Durchschnitt); OÖ**



Suizidfälle 1997 bis 2003; Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003 eigene Berechnungen

**Abbildung 11: Altersspezifische Suizidrate Frauen (Drei-Jahres-Durchschnitt); OÖ**



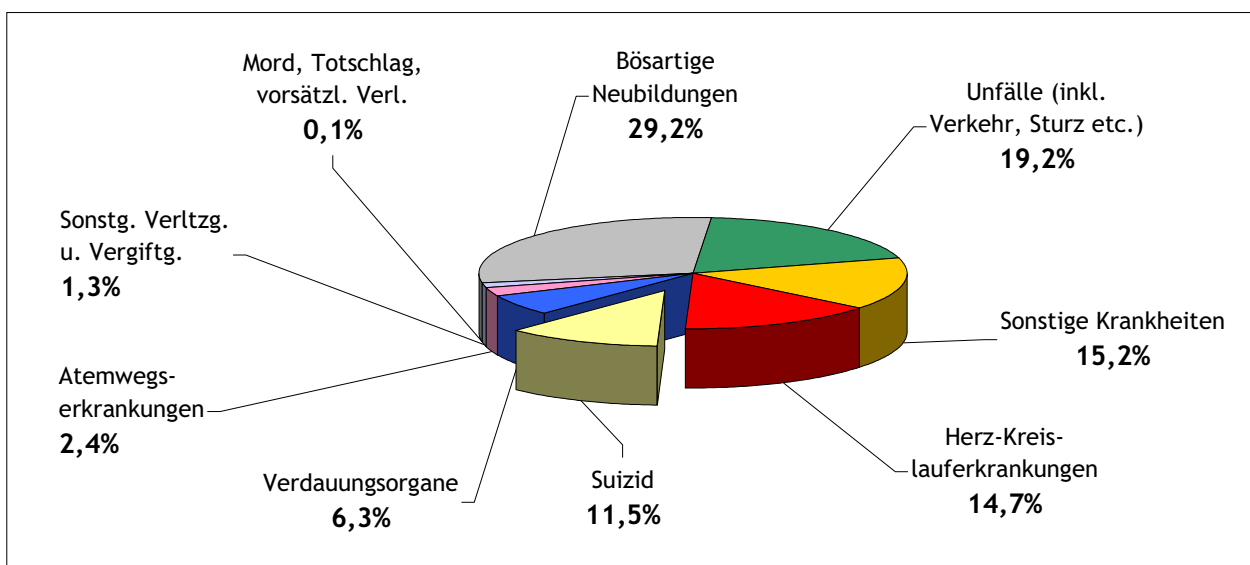
Suizidfälle 1997 bis 2003; Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003 eigene Berechnungen

### 4.1.1.3 Verlorene Lebensjahre durch Suizid

Der Indikator „Verlorene Lebensjahre“ (PYLL - Potential Years off Life Lost) ist ein Gesundheitsindikator, der sich vor allem zum Vergleich von Erkrankungen hinsichtlich der frühzeitigen Sterblichkeit eignet. Er berücksichtigt nicht nur die Häufigkeit von Todesfällen sondern auch, in welchem Alter die Todesfälle stattfinden. Todesfälle von jüngeren Personen gehen mit einem höheren Gewicht in den Indikator ein, als Todesfälle in höheren Altersgruppen. Der prozentuelle Anteil verschiedener Todesursachen an der Gesamtzahl der „Verlorenen Lebensjahre“ erlaubt eine Einschätzung des präventiven Potentials von Maßnahmen, die der Verhinderung der jeweiligen Ursache dienen<sup>164</sup>.

Im Jahr 2003 waren in Oberösterreich fast 12 Prozent der „Verlorenen Lebensjahre“ (PYLL)<sup>165</sup> auf Suizide zurückzuführen. Das sind im Jahr 257 verlorene Lebensjahre je 100.000 Einwohner. Einen höheren Anteil haben bösartige Neubildungen (mit 29 Prozent der PYLL), Unfälle (Verkehrs-, Sturz- und alle andern Unfälle zusammen: 19 Prozent), „Sonstige Krankheiten“ (15 Prozent)<sup>166</sup> und Herz-Kreislaufkrankungen (15 Prozent). Deutlich geringere Rolle spielen Krankheiten der Verdauungsorgane (6 Prozent), Atemwegserkrankungen (2 Prozent).

Abbildung 12: Potenzielle Verlorene Lebensjahre: PYLL (Anteile), OÖ 2003



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, eigene Berechnungen

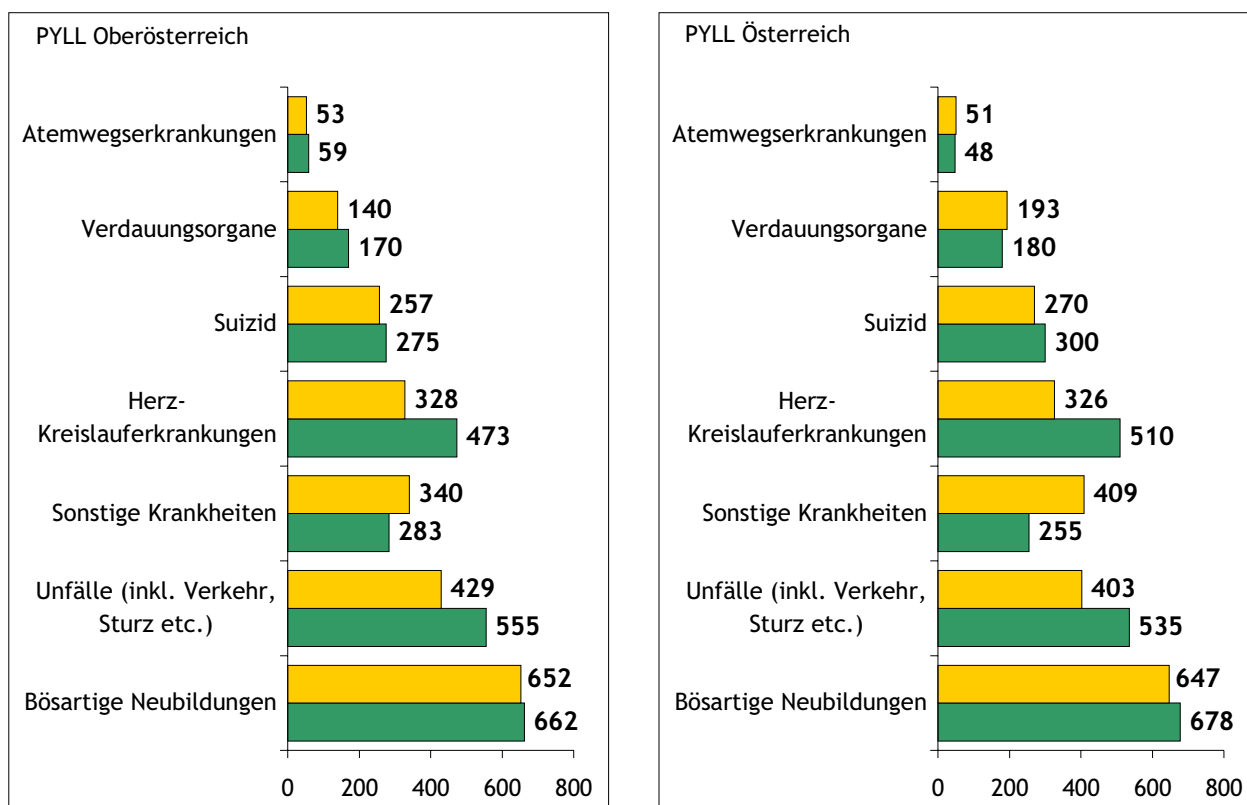
<sup>164</sup> (Hurrelmann/Laaser 2003, S. 352).

<sup>165</sup> Potential Years of Life Lost: Durch vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren verlorene Lebensjahre; vereinfachte Berechnung nach (Hurrelmann/Laaser 2003, S. 353).

<sup>166</sup> Zur Kategorie „Sonstige Krankheiten“ gehören verschiedenste Erkrankungen wie bspw. bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen, Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems usw. (ICD10: A00-B99, D01-H95, L00-R99).

In den letzten Jahren lässt sich sowohl in Österreich als auch in Oberösterreich ein Rückgang der frühen Todesfälle und damit ein Gewinn an Lebensjahren (eine Abnahme der verlorenen Lebensjahre) beobachten. Dies ist vor allem auf Erfolge in den Bereichen Unfälle (1999 bis 2003: in Oberösterreich minus 126 und in Österreich minus 132 verlorene Lebensjahre/100.000 Ew.) und Herz-Kreislaufkrankungen (Oberösterreich minus 146 und Österreich minus 185 verlorene LJ/100.000 Ew.) zurückzuführen (siehe Abbildung 13). Die verlorenen Lebensjahre durch Suizide sind in diesem Zeitraum leicht, aber nicht wesentlich zurückgegangen (1999 bis 2003: Österreichweit von 300 auf 270 also minus 30 verlorene LJ/100.000 und in OÖ von 275 auf 257 also minus 18 verlorene LJ/100.000 Ew.)

**Abbildung 13: Potenzielle Verlorene Lebensjahre (PYLL/100.000 Ew.); Ö und OÖ; 1999 und 2003**



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 und 2003, eigene Berechnungen

## 4.1.2 Prävalenz Alkohol- und Nikotinkonsum

Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf einer neueren Studie des Instituts für Suchtprävention. Es handelt sich um die Auswahl der wesentlichsten Ergebnisse - detaillierte Analysen sind in der Publikation „Vom Gebrauch der Droge“<sup>167</sup> zu finden. Weitere Informationen zum Nikotinkonsum finden sich auch im Bericht des Instituts für Gesundheitsplanung zum Thema Atemwegserkrankungen<sup>168</sup>.

### 4.1.2.1 Alkohol

#### Bedeutung des Alkoholkonsums

Österreich kann bezüglich der gesellschaftlichen Bedeutung des Alkoholkonsums als „Permissivkultur“ angesehen werden, d.h. dass der Konsum von alkoholischen Getränken nur nicht problematisiert wird, solange nicht gewisse normative Schranken, die den Umgang mit Alkohol regeln, überschritten werden (z.B. Alkoholexzesse, Alkoholismus). In bestimmten Zusammenhängen (z.B. Feiern, in bestimmten Bevölkerungsgruppen etc.) wird der Konsum alkoholischer Getränke tendenziell sogar erwartet. Innerhalb der gesellschaftlichen Normen ist der Umgang mit Alkohol weitgehend den Individuen überlassen. Bedeutsam für Präventivmaßnahmen sind daher Informationen über Stellenwert und die Funktion des Alkoholkonsums in der Bevölkerung<sup>169</sup>.

41 Prozent der Bevölkerung sind der Ansicht, dass regelmäßiger, geringer Alkoholkonsum der Gesundheit förderlich ist, was eine gewisse Affinität zum Alkoholkonsum ausdrückt.

32 Prozent der OberösterreicherInnen geben an, hin und wieder mehr zu trinken, als sie eigentlich wollen („es übersehen und zu viel trinken“) und 26 Prozent haben sich bereits öfter vorgenommen, in Zukunft weniger zu trinken. 14 Prozent sehen den Alkoholkonsum ihres Partners bzw. Ihrer Partnerin als problematisch an.

Alkohol spielt zum Teil auch eine Rolle als Problemlösungsstrategie: 16 Prozent geben an, dass sie Alkohol im Zusammenhang mit Problemen konsumieren („wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin“), 17 Prozent geben an, dass sie sich nach einem Schluck Alkohol „gleich wohler fühlen“ und 13 Prozent stimmen der Aussage zu, dass sie sich mit Alkohol von ihren Schwierigkeiten ablenken können<sup>170</sup>.

---

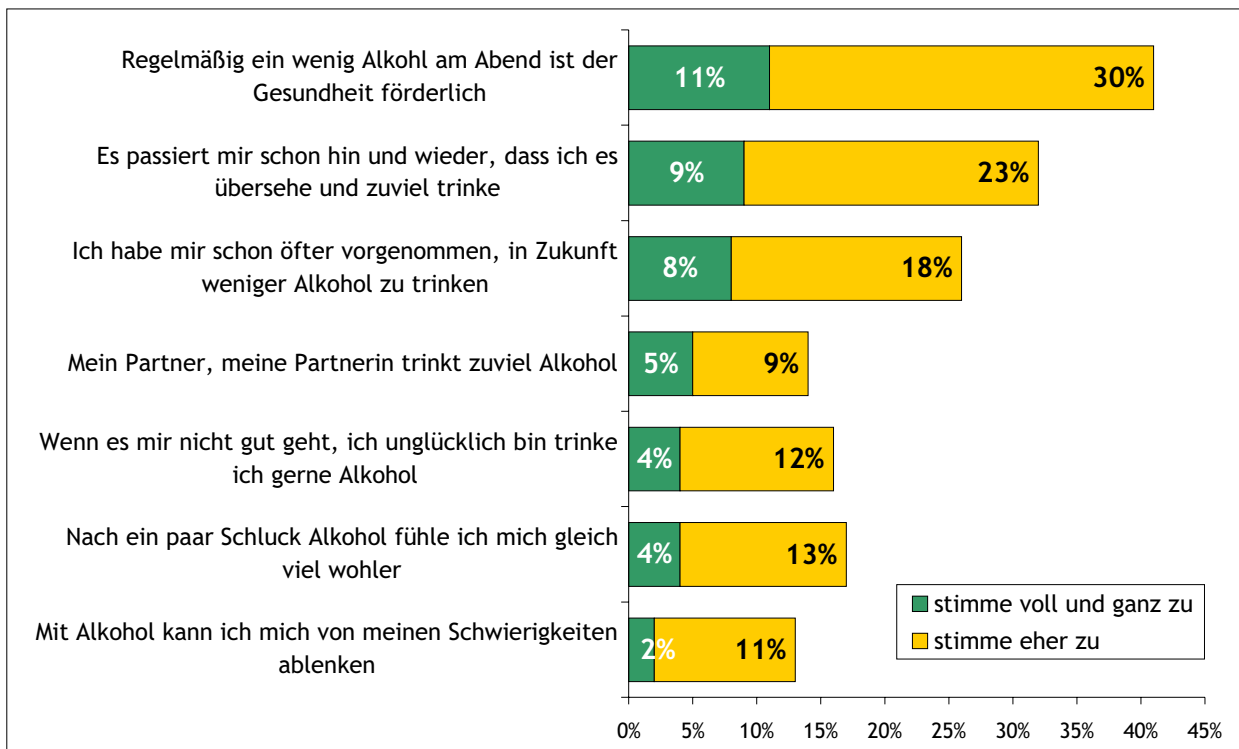
<sup>167</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c)

<sup>168</sup> (IGP 2005)

<sup>169</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 149)

<sup>170</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 151)

**Abbildung 14: Umgang mit Alkohol**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>171</sup>

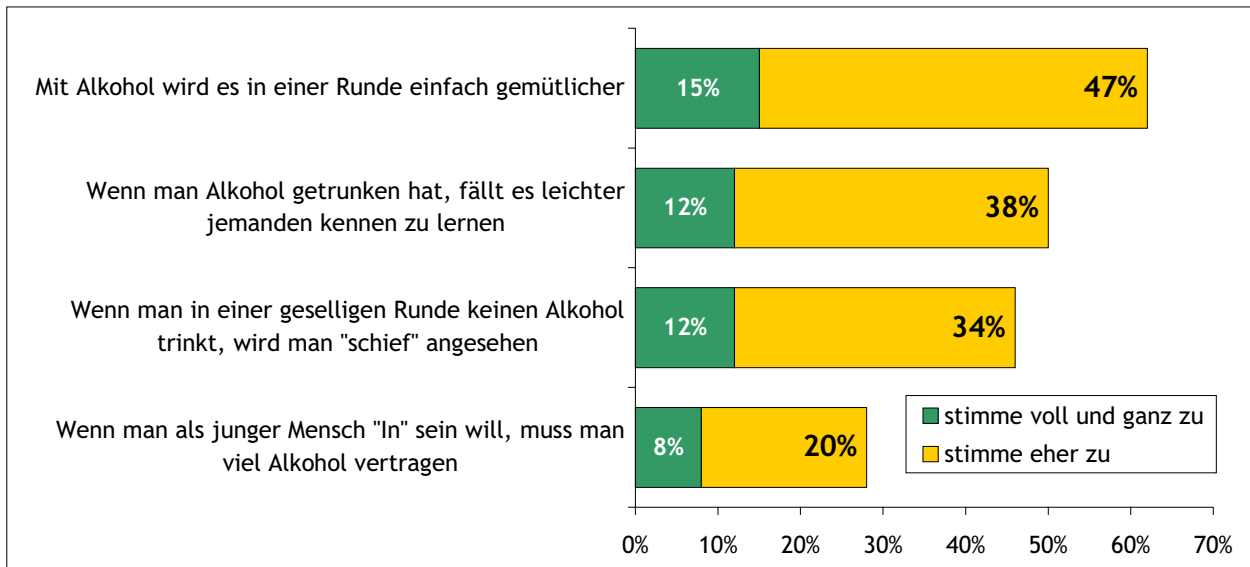
Der persönliche Umgang mit Alkohol ist im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Rolle des Konsums zu sehen: 62 Prozent stimmen der Aussage zu, dass durch Alkohol eine „Runde einfach gemütlicher“ wird und 50 Prozent geben an, dass es leichter ist jemanden kennen zu lernen, wenn man Alkohol getrunken hat. 46 Prozent der OberösterreicherInnen meinen, dass man „schief“ angesehen wird, wenn man in geselligen Runden keinen Alkohol trinkt<sup>172</sup>.

<sup>171</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 151)

<sup>172</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 153)



**Abbildung 15: Alkohol im sozialen Leben**



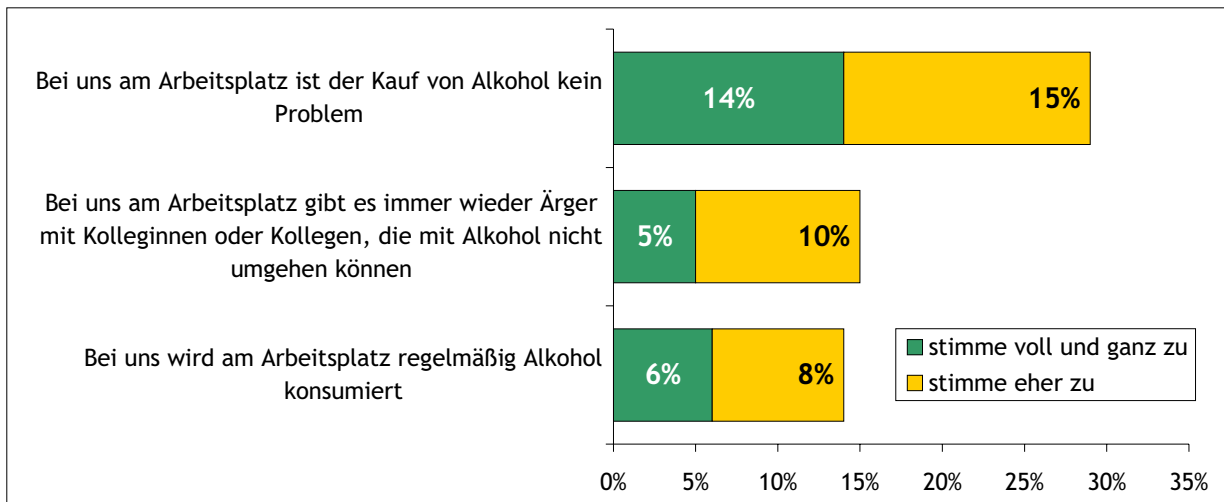
Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>173</sup>

Bezüglich ihres Arbeitsumfeldes geben fast 30 Prozent der Bevölkerung an, dass es in ihrem Betrieb kein Problem darstellt, alkoholische Getränke zu erwerben. 14 Prozent stellen fest, dass in ihrem Betrieb regelmäßig Alkohol konsumiert wird. 15 Prozent der Befragten meinen, dass Alkoholkonsum in der Belegschaft, bei einzelnen KollegInnen, zu Problemen führt.

<sup>173</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 153)

**Abbildung 16: Alkohol am Arbeitsplatz**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>174</sup>

### Informationsniveau der Bevölkerung

Fast 80 Prozent der Oberösterreichischen Bevölkerung fühlen sich subjektiv gut oder sehr gut über die Thematik Alkohol informiert<sup>175</sup>.

Andererseits geben 26 Prozent der oberösterreichischen Männer und 32 Prozent der Frauen an, dass sie nicht einschätzen können, ab welcher Menge pro Tag Alkohol eine Gefahr für die Gesundheit darstellt. 30 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen unterschätzen die gesundheitlichen Gefahren, die vom Alkohol ausgehen. Sie schätzen die Menge, ab der Alkoholkonsum als problematisch anzusehen ist, höher ein, als die tatsächliche Gefährdungsgrenze<sup>176</sup>. Etwa die Hälfte der Bevölkerung ist nicht ausreichend über die den Alkoholkonsum betreffenden Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes informiert<sup>177</sup>.

### Trinkgewohnheiten

Ihren Angaben zufolge konsumieren 6,5 Prozent der OberösterreicherInnen täglich Alkohol (10,9 Prozent der Männer und 2,9 Prozent der Frauen). 8,6 Prozent (15,3 Prozent der Männer und 3,1 Prozent der Frauen) haben weniger als zwei alkoholfreie Tage pro Woche, wie dies die WHO zur Regeneration der Leber empfiehlt. Mehr als die Hälfte der

<sup>174</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 152)

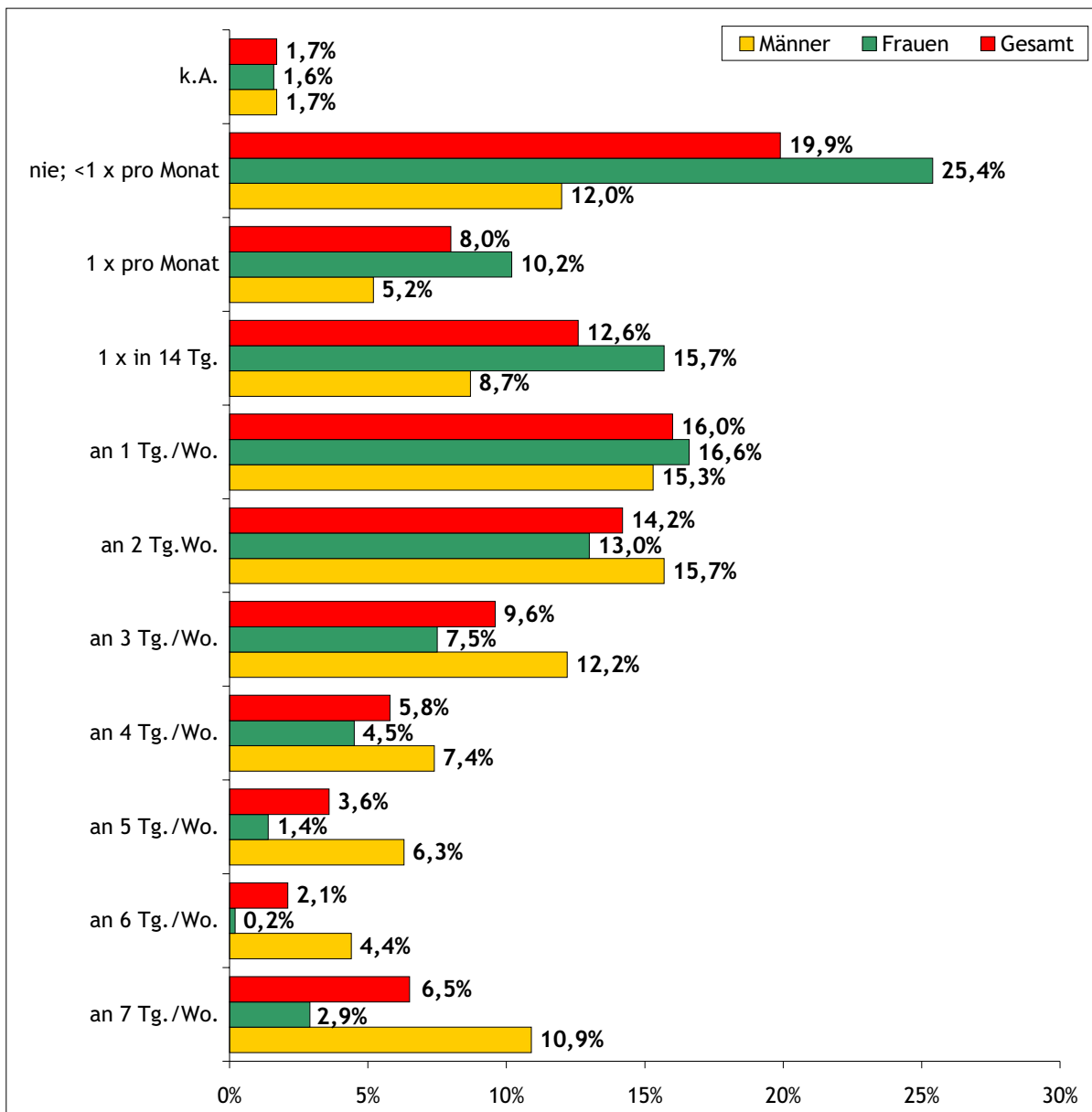
<sup>175</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 156)

<sup>176</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 154)

<sup>177</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 156)

oberösterreichischen Bevölkerung (57,8 Prozent) nehmen zumindest einmal pro Woche Alkohol zu sich (72,2 Prozent der Männer und 46,1 Prozent der Frauen). Etwa ein Fünftel trinkt seltener als einmal pro Monat Alkohol (12 Prozent der Männer und 26,4 Prozent der Frauen)<sup>178</sup>.

**Abbildung 17: Trinkfrequenz**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)  
 Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>179</sup>

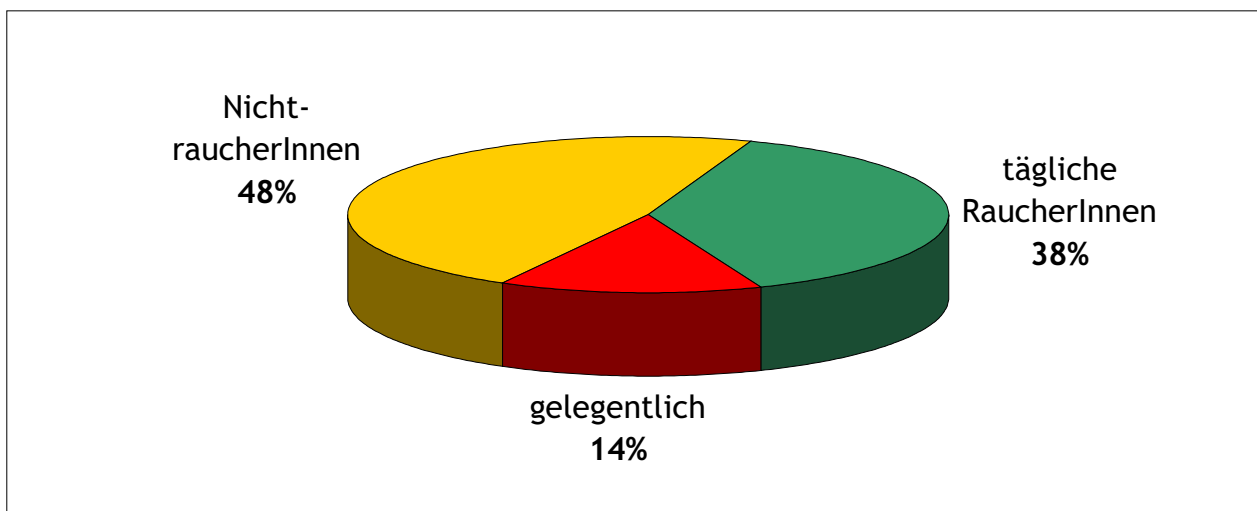
<sup>178</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 159)

<sup>179</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 159)

#### 4.1.2.2 Nikotinkonsum

38 Prozent der ab 15-Jährigen, oberösterreichischen Bevölkerung rauchen täglich, 14 Prozent gelegentlich und 48 Prozent sind NichtraucherInnen.

**Abbildung 18: Raucherstatus**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

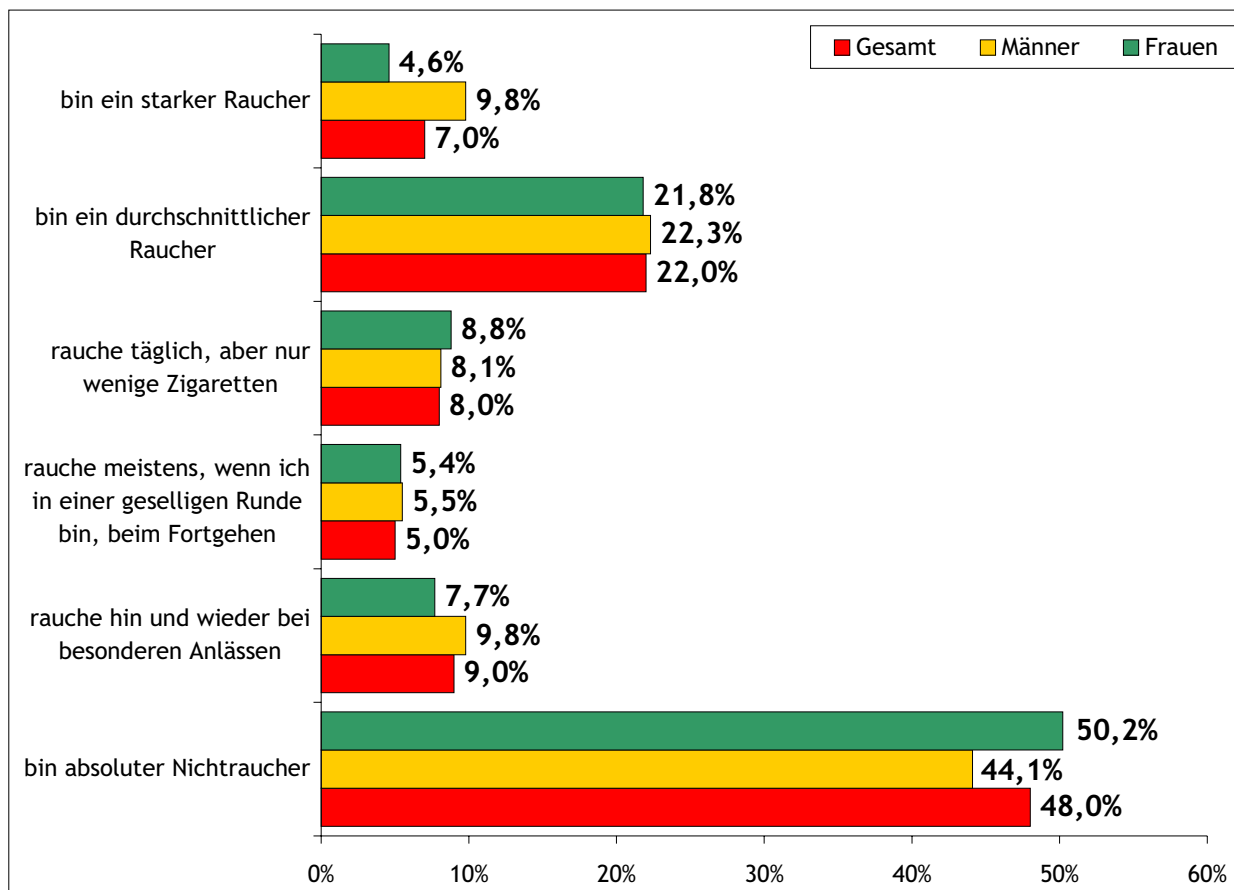
Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>180</sup>

---

<sup>180</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 184)

7 Prozent der OberösterreicherInnen stufen sich als starke RaucherInnen ein, 22 Prozent als durchschnittliche und 8 Prozent rauchen zwar täglich, aber nur wenige Zigaretten.

**Abbildung 19: Rauchverhalten**



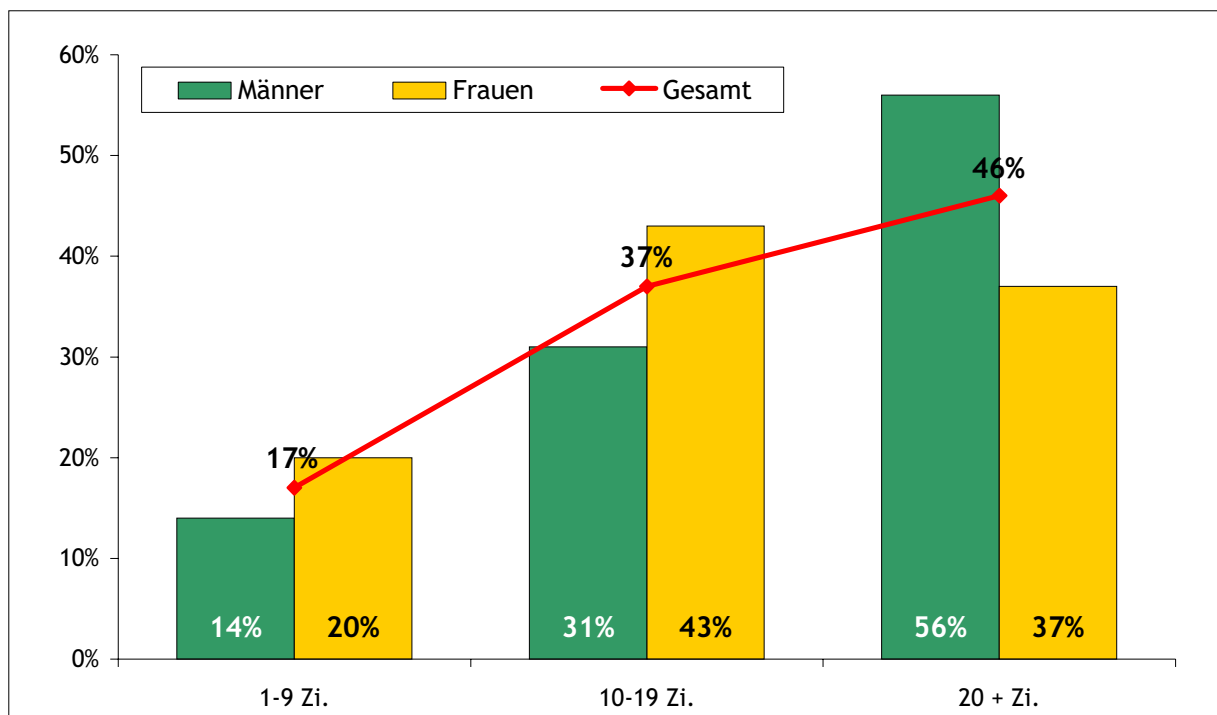
Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>181</sup>

<sup>181</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 186)

Von den täglichen RaucherInnen rauchen 46 Prozent 20 und mehr Zigaretten pro Tag (56 Prozent bei den Männern und 37 Prozent bei den Frauen). 37 Prozent rauchen täglich 10 bis 19 Zigaretten (31 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen). Der Rest der täglichen RaucherInnen (20 Prozent) raucht weniger als 10 Zigaretten pro Tag (Frauen 17 Prozent, Männer 14 Prozent).

**Abbildung 20: Täglicher Zigarettenkonsum**



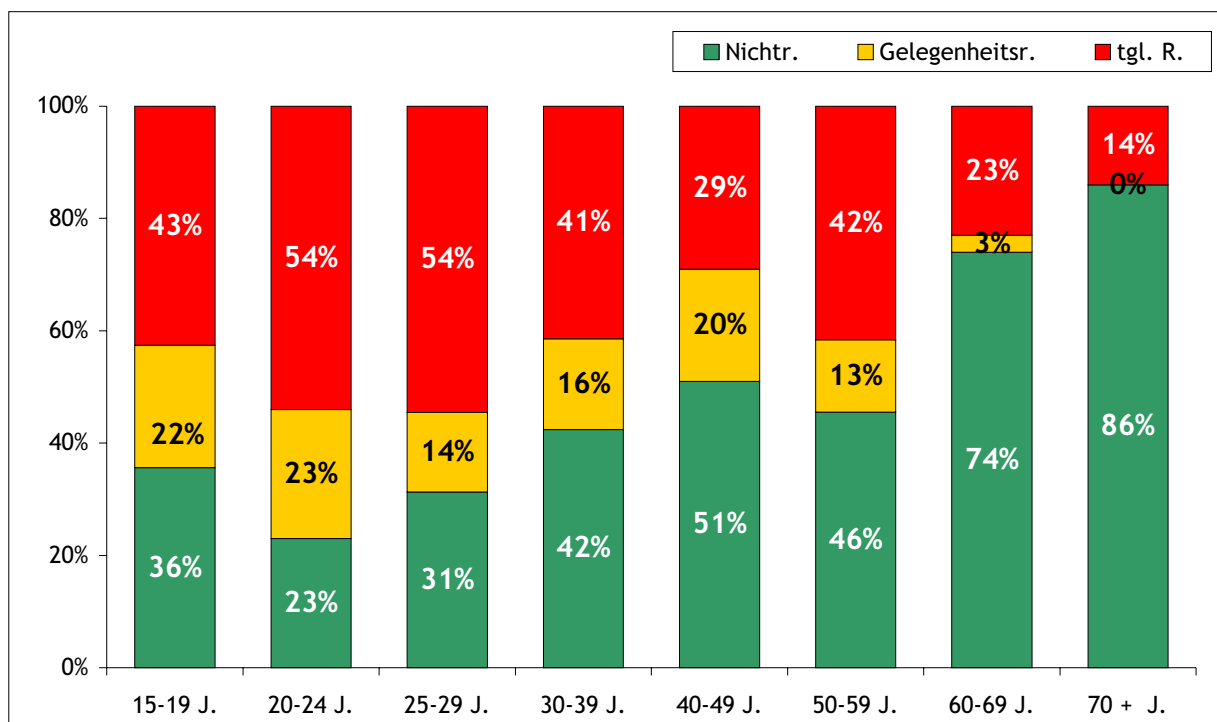
Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>182</sup>

<sup>182</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 188)

Von den 15- bis 19-jährigen Männern rauchen 43 Prozent täglich und 22 Prozent gelegentlich. Der höchste Raucheranteil lässt sich in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen beobachten (mit 54 Prozent täglichen und 23 Prozent gelegentlichen Rauchern). Ähnlich hoch liegt der Anteil in der Gruppe der 25- bis 29-jährigen Männer - mit einem etwas geringeren Anteil an Gelegenheitsrauchern (14 Prozent). In den höheren Altersgruppen geht der Anteil der Raucher zurück, was u. a. auch auf den Anteil der Personen zurückgeht, die das Rauchen aufgegeben haben<sup>183</sup>. In der Altersgruppe über 70 Jahre dürfte sich auch erhöhte Sterblichkeit der Raucher bemerkbar machen<sup>184</sup>.

**Abbildung 21: Raucherstatus nach Altersgruppen, Männer**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>185</sup>

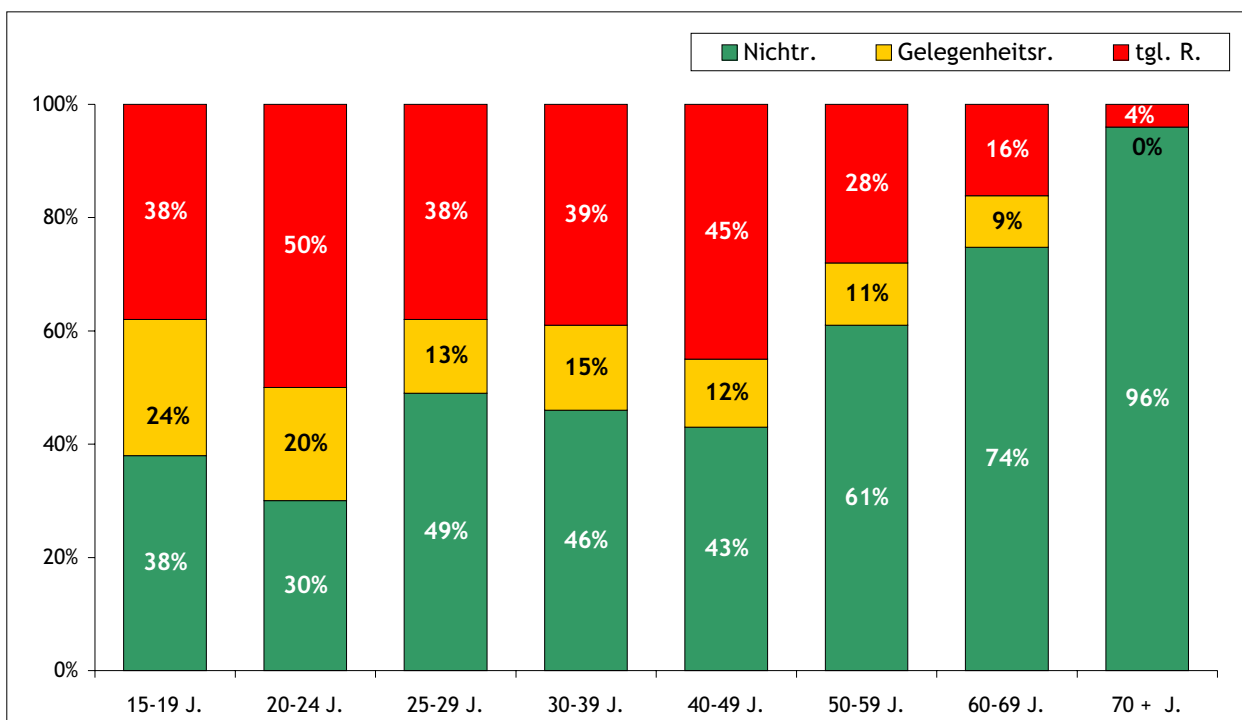
<sup>183</sup> Laut Mikrozensususerhebung 1999 waren zu diesem Zeitpunkt in OÖ 41 Prozent der über 65-jährigen Männer ehemalige Raucher und 31 Prozent haben nie zu rauchen begonnen.

<sup>184</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 186)

<sup>185</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 186)

Unter den 15- bis 19-jährigen Frauen rauchen 38 Prozent täglich und 24 Prozent gelegentlich. Ebenso wie bei den Männern ist die Altersgruppe mit dem höchsten Raucherinnenanteil die Gruppe der 20- bis 24-Jährigen (50 Prozent täglich und 20 Prozent gelegentlich). In den Altersgruppen zwischen 25 und 49 Jahren liegt der Anteil der täglichen Raucherinnen zwischen 38 und 45 Prozent, der der Gelegenheitsraucherinnen zwischen 12 und 15 Prozent. In den höheren Altersgruppen geht der Raucherinnenanteil sukzessive zurück. Im Gegensatz zu den Männern dürfte dieser Rückgang vor allem darauf zurückzuführen sein, dass ein großer Teil der Frauen dieser Generation nie zu rauchen begann<sup>186</sup>.

**Abbildung 22: Raucherstatus nach Altersgruppen, Frauen**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>187</sup>

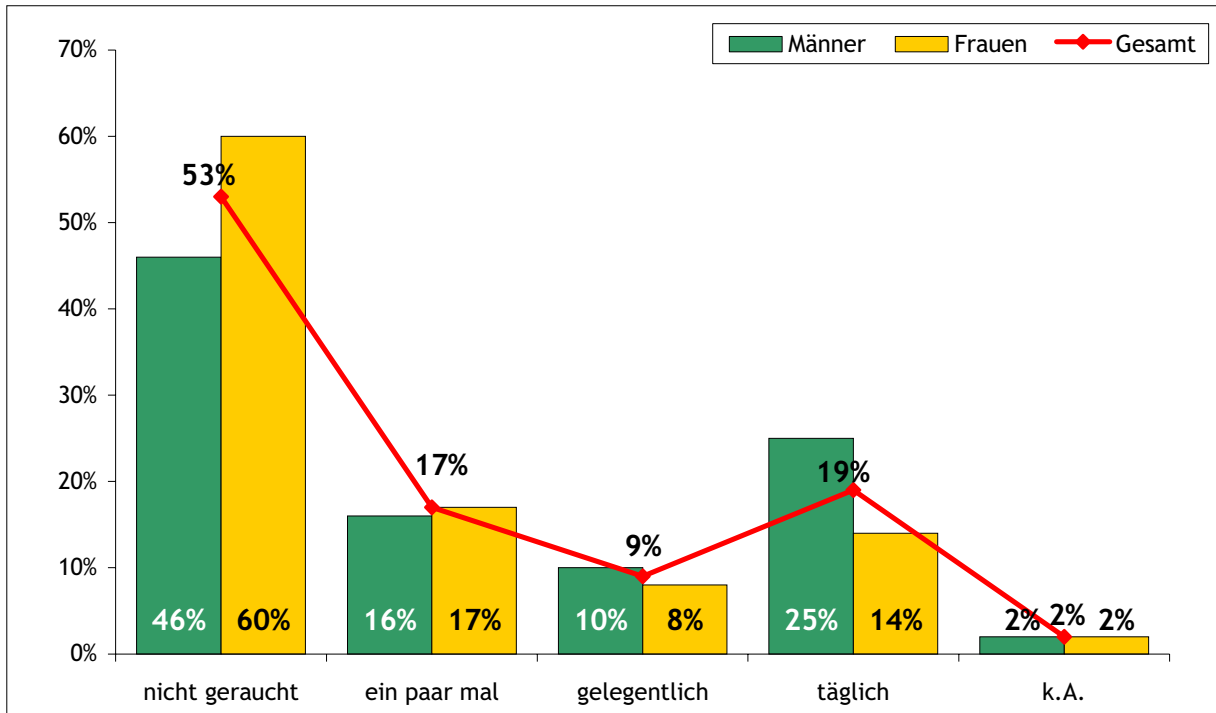
<sup>186</sup> Die Mikrozensusbefragung 1999 ergab, dass in der Altersgruppe der über 65-jährigen Frauen nur 7 Prozent das Rauchen aufgegeben haben, aber 17 Prozent „echte Nichtraucherinnen“ sind, die nie vorher geraucht haben.

<sup>187</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 187)



Von den aktuellen NichtraucherInnen haben etwa die Hälfte nie geraucht, etwa ein Viertel gelegentlich oder ein paar Mal. Etwa ein Fünftel hatten in der Vergangenheit Episoden, in denen sie täglich geraucht haben.

**Abbildung 23: Früheres Rauchverhalten der NichtraucherInnen**

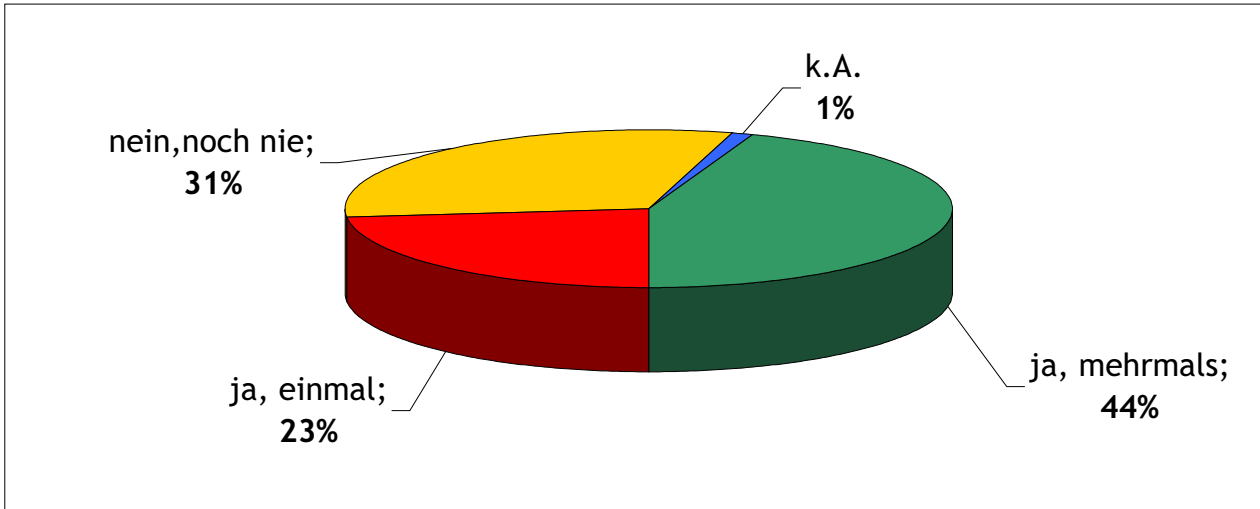


Bevölkerungsbefragung 2003 (Bevölkerung ab 15.J.; nur NichtraucherInnen)  
 Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>188</sup>

<sup>188</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 192)

Von den aktuellen RaucherInnen haben insgesamt mehr als zwei Drittel bereits versucht, das Rauchen aufzugeben (23 Prozent ein mal und 44 Prozent bereits mehrmals).

**Abbildung 24: Aufhörversuche**



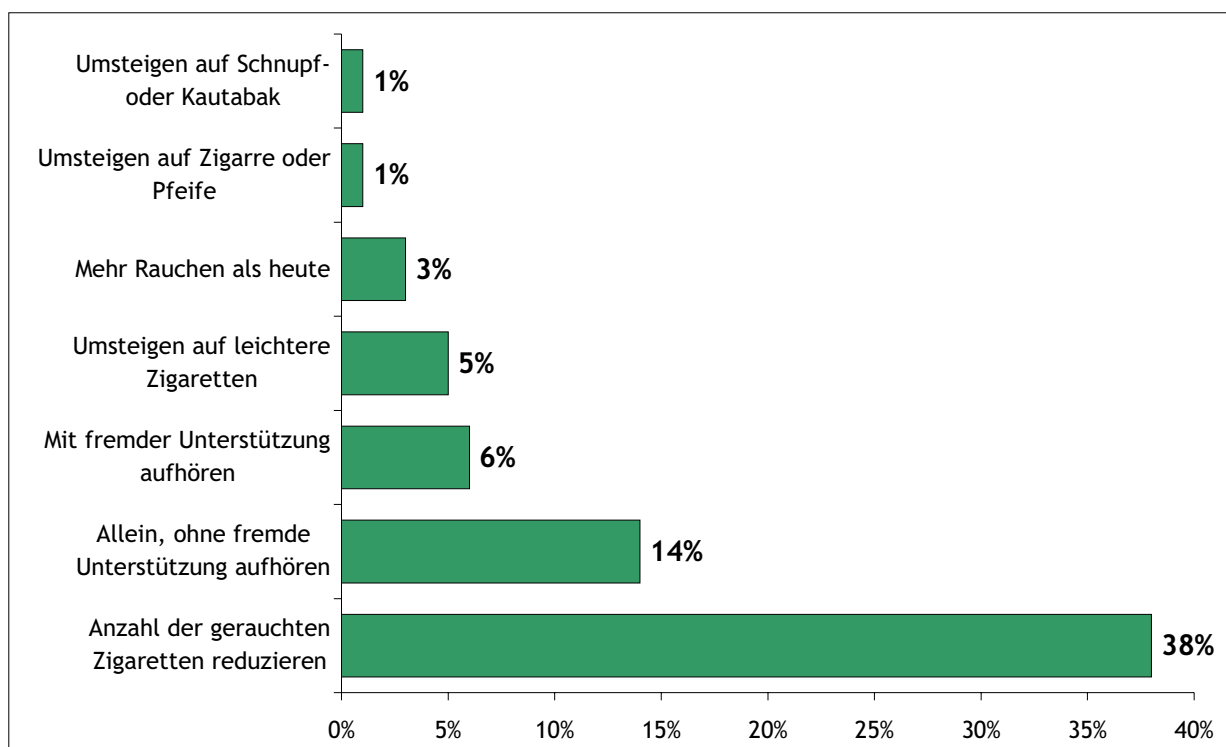
Bevölkerungsbefragung 2003 (Bevölkerung ab 15.J.; nur tägliche RaucherInnen)  
Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>189</sup>

---

<sup>189</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 195)

Etwa die Hälfte der aktuell täglichen RaucherInnen geben an, dass sie in der näheren Zukunft ihre Rauchgewohnheiten nicht zu ändern beabsichtigen, also weiter rauchen werden wie bisher. 38 Prozent planen, den Konsum auf eine geringere Zigarettenanzahl zu reduzieren. Insgesamt 20 Prozent haben vor, das Rauchen aufzugeben, 14 Prozent ohne und 6 Prozent mit fremder Unterstützung. 5 Prozent haben vor, auf leichtere Zigaretten umzusteigen.

**Abbildung 25: Voraussichtliches künftiges Rauchverhalten (in den nächsten 6 Monaten)**



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.)

Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>190</sup>

#### 4.1.2.3 Stand des Gesundheitszieles 8: Nikotinkonsum

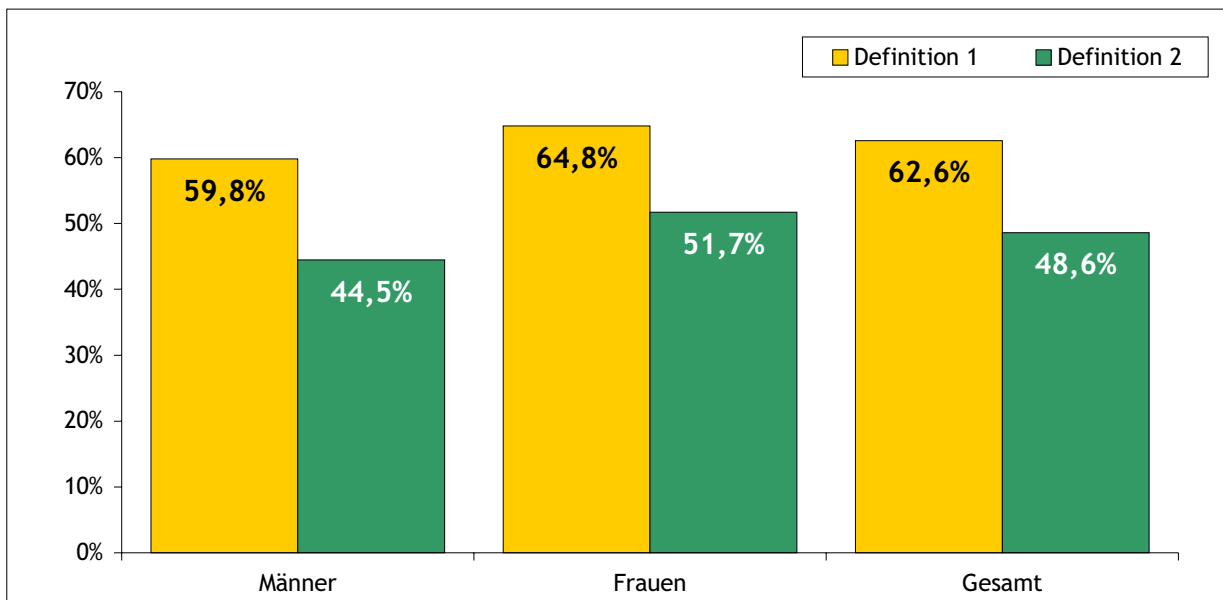
Zum Stand des Gesundheitszieles, betreffend Nikotinkonsum der über 15-jährigen Bevölkerung, lässt sich zurzeit folgendes feststellen:

Die Einschätzung des derzeitigen Standes des Gesundheitszieles hängt davon ab, ob gelegentliche RaucherInnen als RaucherInnen oder NichtraucherInnen betrachtet werden. In der über 15-jährigen Bevölkerung beträgt der Anteil der absoluten NichtraucherInnen

<sup>190</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 154)

49 Prozent (52 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer über 15 Jahre). Rechnet man auch hier gelegentliche Raucher und Raucherinnen zu den NichtraucherInnen, so ergibt sich eine NichtraucherInnenquote von 63 Prozent (65 Prozent bei Frauen und 60 Prozent bei Männern über 15 Jahren).

**Abbildung 26: Anteil der NichtraucherInnen in der oberösterreichischen Bevölkerung**



*Definition 1: RaucherInnen = mindestens täglicher Nikotinkonsum<sup>191</sup>*

*Definition 2: RaucherInnen= inkl. GelegenheitsraucherInnen*

*Quelle: Institut für Suchtprävention<sup>192</sup>*

Nach der strengeren Interpretation, die gelegentliches und regelmäßiges Rauchen gleichermaßen als Rauchen wertet, beträgt also der NichtraucherInnenanteil in der über 15-jährigen Bevölkerung derzeit knapp 49 Prozent. Zur Erreichung der Zielsetzung von 80 Prozent müssten bis 2010 zusätzlich mindestens 31 Prozent der Bevölkerung dazu bewegt werden, das Rauchen aufzugeben bzw. nicht damit zu beginnen (das sind über 350.000 OberösterreicherInnen).

Geht man von der weniger strengen Definition aus, wonach gelegentliches Rauchen noch nicht als Rauchen gewertet wird, so liegt der derzeitige NichtraucherInnenanteil mit knapp 63 Prozent noch um 17 Prozentpunkte unter den angestrebten 80 Prozent (d.h. bis 2010 müssten noch zusätzlich über 190.000 OberösterreicherInnen dazu bewegt werden, das Rauchen aufzugeben bzw. nicht damit zu beginnen).

<sup>191</sup> (exkl. GelegenheitsraucherInnen)

<sup>192</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 221)

### **Zur Zielsetzung betreffend die unter 15-jährige Bevölkerung:**

Der gegenwärtige NichtraucherInnenanteil der bis 15-Jährigen wird vom Institut für Suchtprävention auf 98 Prozent geschätzt<sup>193</sup>.

Um eine Evaluierung dieses Subziels möglich zu machen müsste präzisiert werden, ab wann die angepeilten „nahezu null Prozent“ erreicht sind. Wie schon erwähnt wurde, dürfte der NichtraucherInnenanteil in dieser Gruppe derzeit bei 98 Prozent liegen. Anzumerken ist, dass sich die 2 Prozent der RaucherInnen vor allem in den Altersgruppen der 13- und 14-Jährigen vorfinden, sodass in diesen Gruppen der RaucherInnenanteil bedeutend höher liegt. Bei den 14-Jährigen wird der Anteil auf etwa 19 Prozent geschätzt<sup>194</sup>.

## **4.2 Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen Störungen**

2004 wiesen 5 Prozent der Krankenhausaufenthalte von OÖGKK-Versicherten als Hauptdiagnose eine psychische Erkrankung auf (ca. 1.400 Aufenthalte je 100.000 Versicherte). 10.514 Versicherte waren davon betroffen, d.h. von 100.000 Versicherten der OÖGKK weisen 853 mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Hauptdiagnose auf. Durchschnittlich entfielen 23,9 Krankenhaustage auf jede/n Betroffene/n. Auf 100.000 Versicherte kamen im Jahr 2004 mehr als 20.000 Krankenhaus-Belagstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose, das sind über 10 Prozent der gesamten Krankenhausaufenthaltstage.

Tendenziell dürfte die Auswertung nach Hauptdiagnosen das tatsächliche Ausmaß der durch psychische Erkrankungen verursachten Krankenhausaufenthalte eher unterschätzen. Insbesondere in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen dürften psychiatrische Diagnosen - bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen - eher als Nebendiagnose angegeben werden und nicht als Hauptgrund des Aufenthaltes (wie weiter unten dargestellt wird ein beträchtlicher Anteil der PatientInnen mit psychiatrischen Erkrankungen in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen behandelt). Überdies verbirgt sich oft hinter körperlichen Symptomen eine psychische Störung.

---

<sup>193</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 222)

<sup>194</sup> (Institut für Suchtprävention 2005c, S. 222)

**Tabelle 1: Anteil der psychischen Störungen an den Krankenhausaufenthalten**

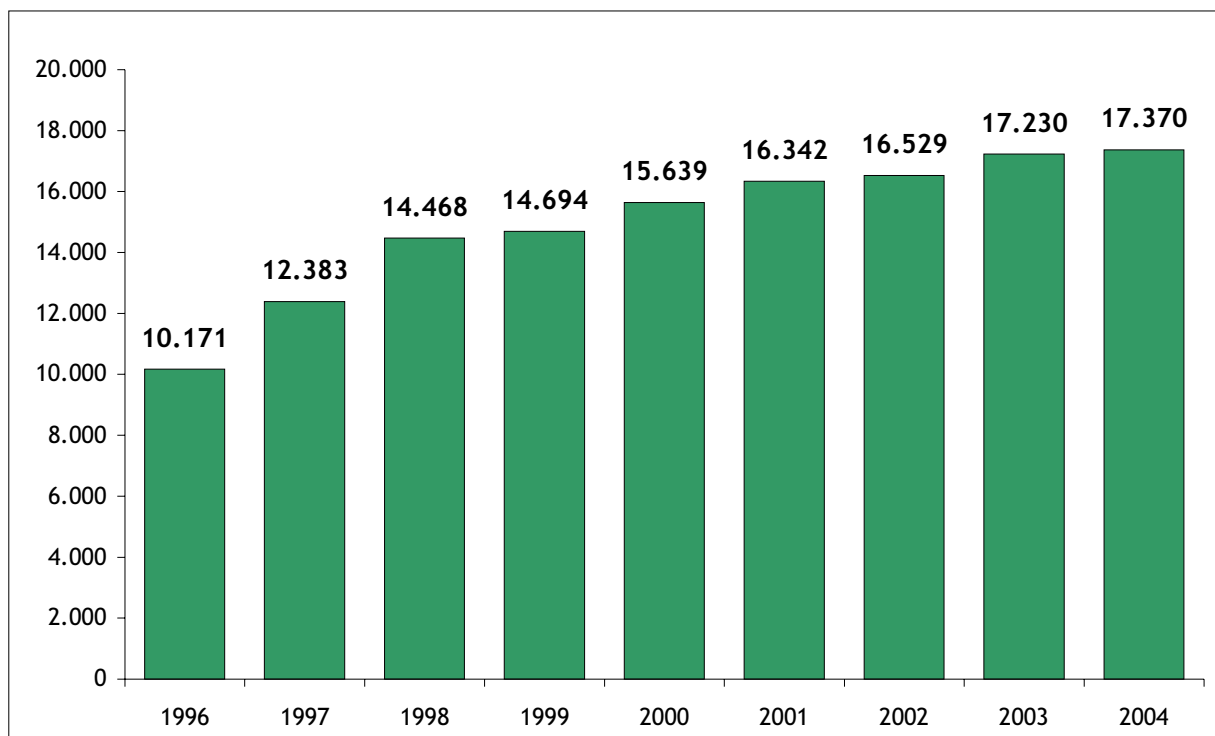
	Mit psychiatrischer Hauptdiagnose	KH-Aufenthalte Gesamt	Anteil mit psychiatrischer Hauptdiagnose
KH-PatientInnen	10.514	211.087	5,0%
KH-Aufenthalte	17.370*	339.741	5,1%
KH-Tage	251.020	2.386.139	10,5%
Durchschnittliche KH-Tage je PatientIn	23,9	11,3	
KH-PatientInnen je 100.000 Versicherte	853	17.124	5,0%
KH-Aufenthalte je 100.000 Versicherte	1.409	27.561	5,1%
Tage Je 100.000 Vers.	20.364	193.575	10,5%

\* Davon sind etwa 11,8 Prozent Tagesklinikfälle (Der Anteil der Tagesklinikfälle wurde anhand der LKF-Daten 2003 ermittelt)

Quelle: FOKO; OÖGKK-Versicherte; Krankenhausbehandlungsfälle 2004, nur Hauptdiagnose; eigene Berechnungen

Die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen Erkrankungen hat seit 1996 deutlich zugenommen. Während für Versicherte der OÖGKK 1996 noch etwas über 10.000 Krankenhausaufenthalte mit einer psychischen Hauptdiagnose zu beobachten sind, waren es 2004 über 17.000 Fälle.

**Abbildung 27: Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Störungen 1996-2004**



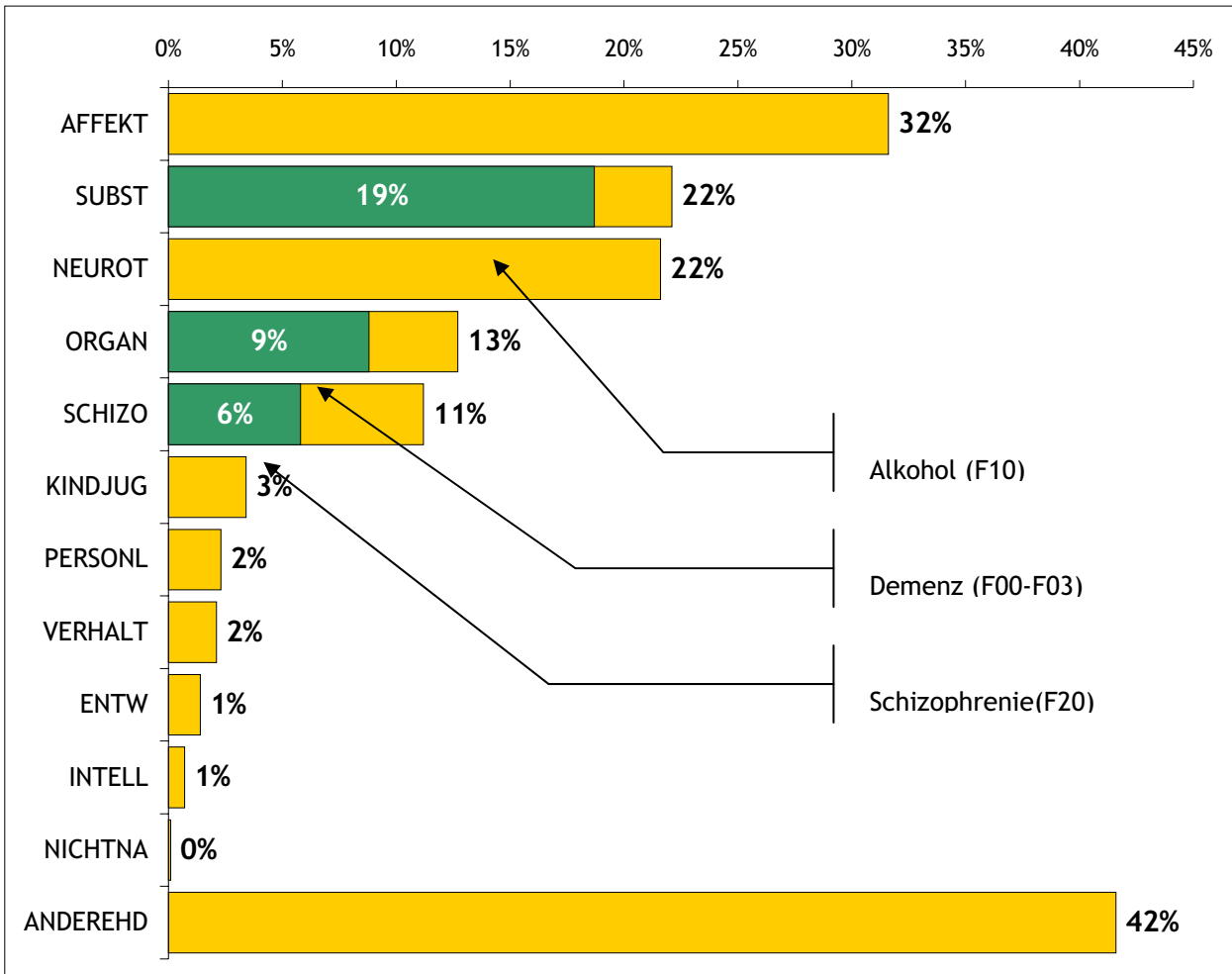
Quelle: OÖGKK-Leistungsstatistik; 2004: FOKO; OÖGKK-Versicherte; Krankenhausbehandlungsfälle, Hauptdiagnose (bis 2003 ICD-9 290-319; ab 2003 ICD-10 F00-F99)

Nachfolgend werden die Hauptdiagnosen der Personen analysiert, die 2004 mindestens einmal wegen einer psychischen Hauptdiagnose im Krankenhaus waren. Anzumerken ist, dass einige Personen mehrere Krankenhausaufenthalte - auch mit verschiedenen Hauptdiagnosen - aufweisen. Im Durchschnitt weist jede/r zweite PatientIn einen weiteren Aufenthalt mit einer unterschiedlichen Diagnose auf. Darunter sind vor allem Personen, die neben ihrer psychischen Erkrankung auch wegen einer nicht-psychischen Hauptdiagnose in einem Krankenhaus in Behandlung waren (42 Prozent).

Die meisten PatientInnen - 32 Prozent - sind von affektiven Störungen betroffen, gefolgt von Störungen durch psychotrope Substanzen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit jeweils 22 Prozent. Der Großteil der durch psychotrope Substanzen verursachten Störungen geht auf Alkohol zurück (19 der 22 Prozent). 13 Prozent weisen einen Krankenhausaufenthalt wegen organischer bzw. symptomatischer psychischer Störungen auf. Der Großteil davon (9 Prozent) leidet an Demenz. An Schizophrenie bzw. schizotypen und wahnhaften Störungen leiden 11 Prozent der Personen, die in diesem

Jahr mindestens einmal wegen einer psychischen Hauptdiagnose in einem Krankenhaus in Behandlung waren. Davon leiden etwa die Hälfte (6 Prozent) an Schizophrenie im engeren Sinn (F20).

**Abbildung 28: Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung**



*AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), ORGAN=Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), KINDJUG=Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98), PERSONL=Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), VERHALT=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), ENTW=Entwicklungsstörungen (F80-F89), INTELL=Intelligenzminderung (F70-F79), NICHTNA=Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99), ANDEREHD=Andere Hauptdiagnose*

Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004; nur Versicherte der OÖGKK

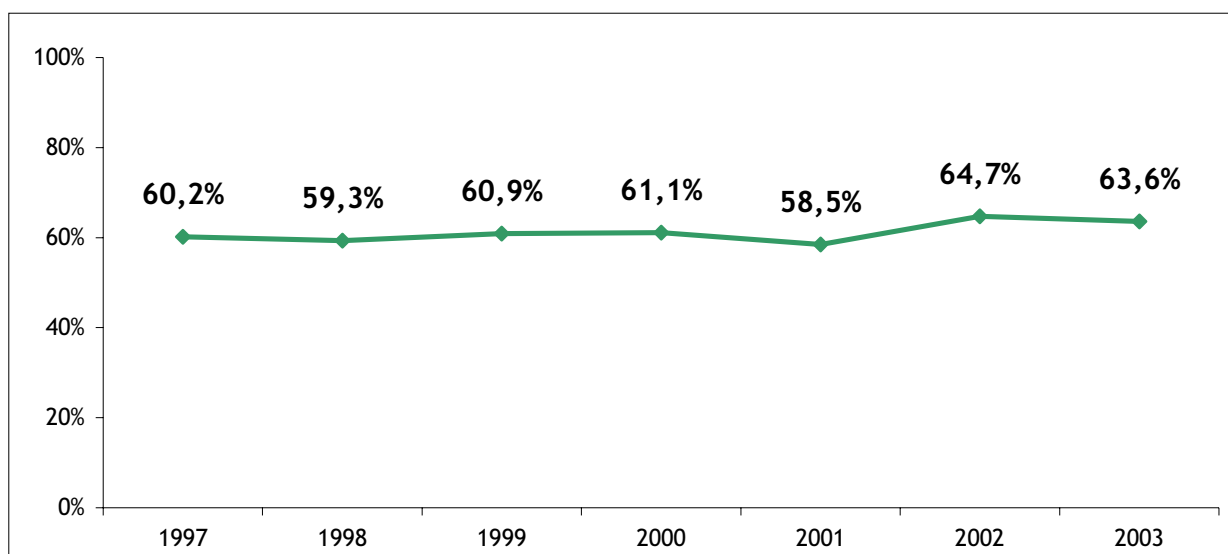


## 4.2.1 Krankenhausaufenthalte nach Krankenhaus-Fachabteilungen

Im Österreichischen Psychiatriebericht 2004 wurde festgestellt, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Spitalsentlassungen von PatientInnen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose aus psychiatrischen Krankenhausabteilungen erfolgt (1997: 46,5 Prozent; 1999: 51,3 Prozent; 2003: 53,8 Prozent). Demzufolge wird ein großer Teil (über 45 Prozent) der PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in nichtpsychiatrischen Abteilungen behandelt<sup>195</sup>.

In Oberösterreich wurden zwischen 1997 und 1999 etwa 60 Prozent der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in psychiatrischen Fachabteilungen behandelt (1997: 60,2 Prozent; 1999: 60,9 Prozent; siehe Abbildung 29). In den Jahren 2002 und 2003 betrug der Anteil ca. 64 Prozent (2002: 64,7 Prozent; 2003: 63,6 Prozent). Der Anteil der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose, die nicht in einer psychiatrischen Fachabteilung behandelt werden, beträgt zwischen 1997 und 2001 um die 40 Prozent und lag in den Jahren 2002 und 2003 bei ca. 36 Prozent.

**Abbildung 29: Anteil der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, die in psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden; Oberösterreich**



Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 1997-2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; ohne Tagesklinikfälle.

<sup>195</sup> (Katsching/Denk/Scherer 2004, S. 68)

Nachfolgende Abbildung 30 zeigt für die wichtigsten Fachabteilungen der OÖ Krankenhäuser, welcher Anteil der Belagstage auf Personen mit einer psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose fällt. Der Prozentsatz lässt auch als Anteil der Personen mit psychiatrischen Diagnosen in der jeweiligen Abteilung an einem durchschnittlichen Tag interpretieren. Angegeben ist einerseits der Anteil der Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, andererseits der Anteil der Personen, die entweder eine psychiatrische Hauptdiagnose oder eine psychiatrische Nebendiagnose aufweisen. Die Differenz ergibt demnach den Anteil derer, die zwar hauptsächlich wegen einer anderen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden (keine psychiatrische Hauptdiagnose), die jedoch eine (oder mehrere) dieser Störungen aufweisen (psychiatrische Zusatzdiagnose).

Fast ausschließlich Fälle mit psychiatrischen Hauptdiagnosen finden sich erwartungsgemäß in den psychiatrischen Abteilungen:

- Alkoholiker- und Drogenbetreuung (Psychiatrie)
- Psychosomatik (Psychiatrie)
- Tagesklinik (Psychiatrie)
- Psychiatrie - allgemein
- Tagesklinik (Kinder-Neuropsychiatrie)
- Kinder-Neuropsychiatrie - allgemein
- Tagesklinik (Psychiatrie und Neurologie)

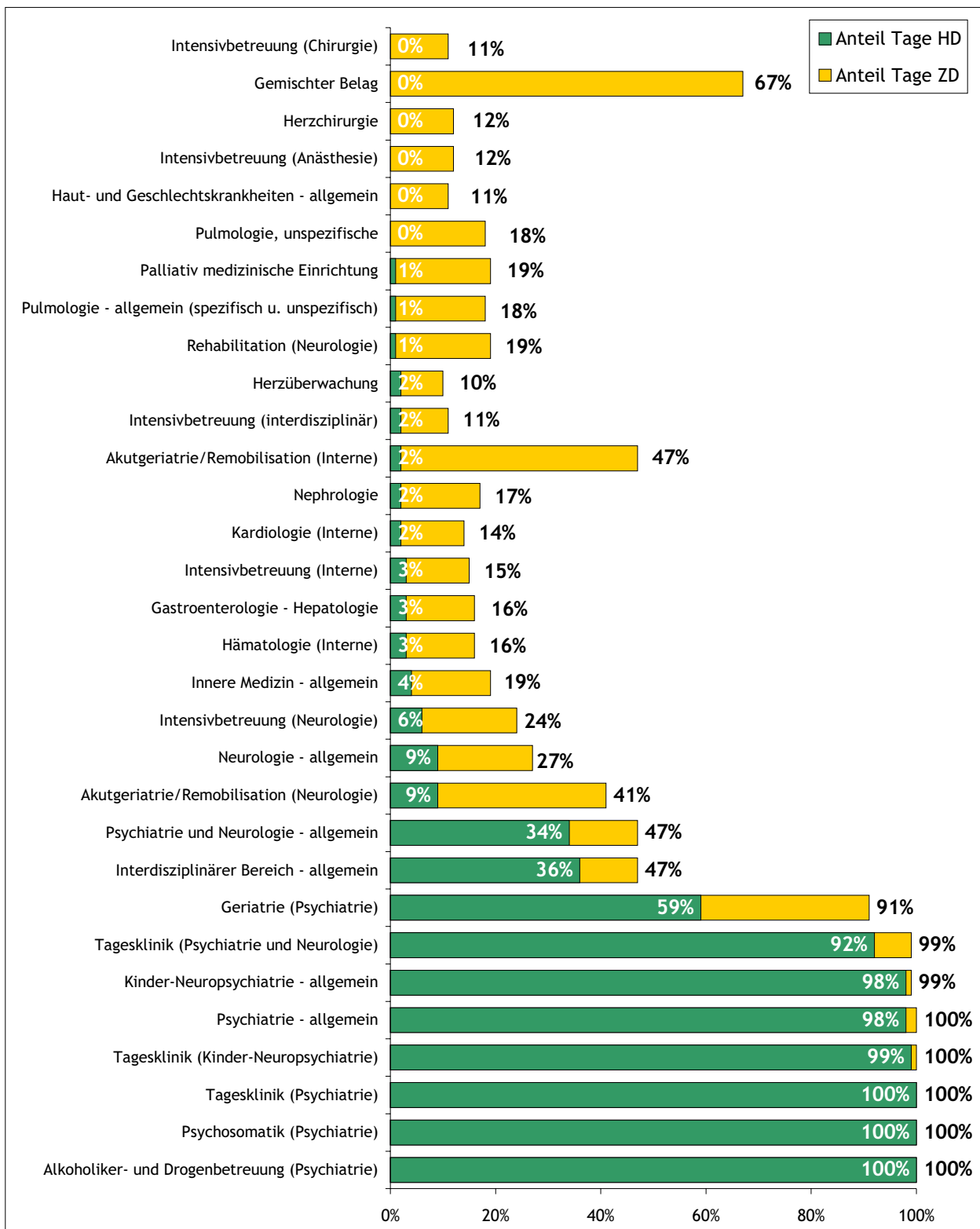
In der geriatrischen Psychiatrie weisen zwar fast alle Personen eine psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnose auf. Der Anteil mit psychiatrischer Hauptdiagnose liegt jedoch nur bei knapp 60 Prozent. Ein relativ großer Teil (ca. 40 Prozent) der Personen, die in diesen Abteilungen behandelt werden, weist als Hauptursache für ihren Krankenhausaufenthalt eine andere Erkrankung auf - was bei älteren Personen nicht ungewöhnlich ist (Multimorbidität).

In den Fachabteilungen der allgemeinen Psychiatrie und Neurologie und in allgemeinen interdisziplinären Abteilungen gehen etwa ein Drittel der Belagstage auf Personen mit psychiatrischer Hauptdiagnose und weitere 10 bis 13 Prozent weisen eine psychiatrische Nebendiagnose auf. In allen anderen Fachabteilungen liegt der Anteil mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose unter 10 Prozent.

Auffällig hoch sind die Anteile mit einer psychiatrischen Nebendiagnose (ohne Hauptdiagnose) in den Abteilungen mit gemischtem Belag (67 Prozent), in der internen und neurologischen Akutgeriatrie/Remobilisation (47 Prozent bzw. 41 Prozent).

Aber auch in anderen Abteilungen wie bspw. allgemeine Innere Medizin, Pulmologie, Palliativmedizin liegt der Anteil der Belagstage, die auf Personen mit psychiatrischen Nebendiagnosen aufweisen, bei ungefähr einem Fünftel.

**Abbildung 30: Anteil der Belagstage mit psychiatrischer Haupt- oder Zusatzdiagnose in KH-Abteilungen**



Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; nur Abteilungen wo mindestens 10 Prozent der Belagstage auf Fälle mit einer psychiatrischen Haupt- oder Zusatzdiagnose fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

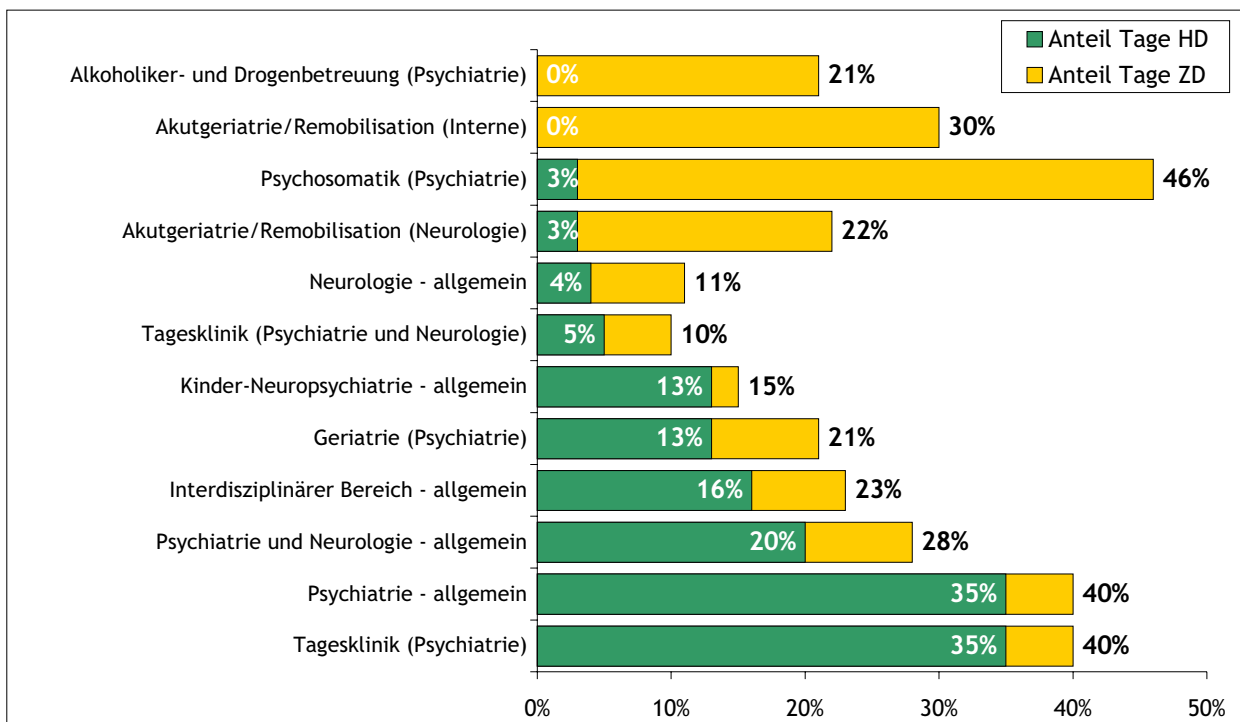
Nachfolgend werden für die häufigsten Erkrankungsgruppen die Anteile an den Belagstagen für die jeweils wesentlichsten Krankenhausabteilungen genauer betrachtet.

#### 4.2.1.1 Affektive Störungen

Als Hauptdiagnose sind Erkrankungen der Gruppe „Affektive Störungen“ am häufigsten in allgemeinen psychiatrischen Abteilungen und in psychiatrischen Tageskliniken anzutreffen, wo diese Erkrankungsgruppe 35 Prozent der Belagstage ausmachen. Nur ein geringer Teil (5 Prozent) weist in diesen Abteilungen eine solche Zusatzdiagnose auf. In der allgemeinen Psychiatrie und Neurologie gehen 20 Prozent der Belagstage auf Personen mit affektiven Störungen als Hauptdiagnose und im allgemeinen, interdisziplinären Bereich 16 Prozent.

Als Nebendiagnose kommen affektive Störungen vor allem in Abteilungen mit der Funktion „Psychosomatik (Psychiatrie)“ vor, wo über 40 Prozent der Belagstage auf Personen mit einer solchen Zusatzdiagnose gehen. Darauf folgen interne und neurologische Akutgeriatrie/Remobilisation (30 bzw. 19 Prozent der Belagstage mit dieser Zusatzdiagnose) und Einrichtungen der Alkoholiker- und Drogenbetreuung (21 Prozent). Als Hauptdiagnose kommen affektive Störungen in diesen Abteilungen kaum vor.

**Abbildung 31: Anteil der Belagstage mit Haupt- oder Zusatzdiagnose „Affektive Störung“ in KH-Abteilungen**



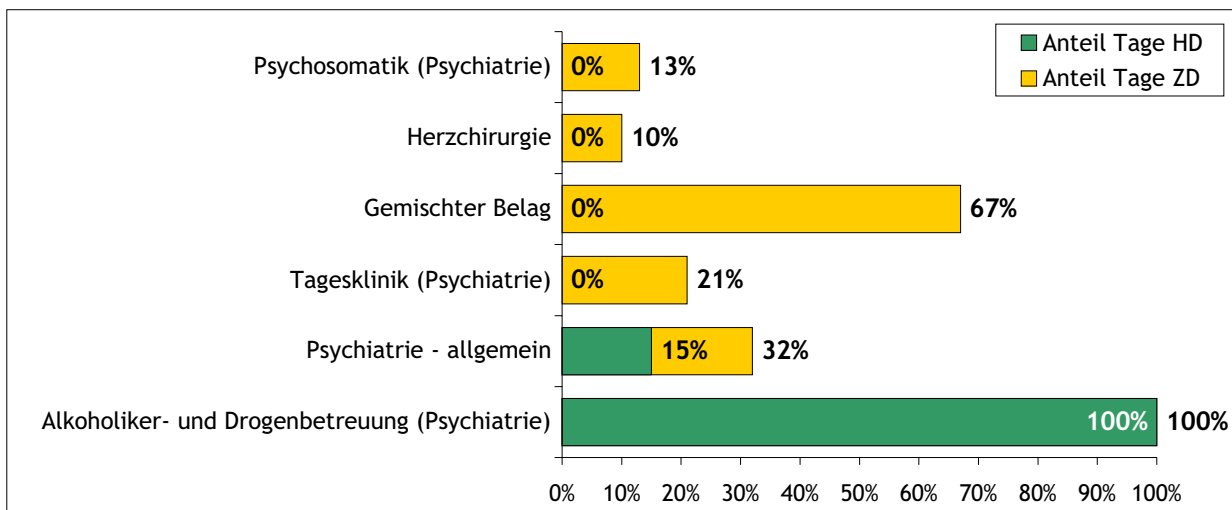
Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; nur Abteilungen wo mindestens 10% der Belagstage auf Fälle mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose „Affektive Störung“ fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

#### 4.2.1.2 Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Erwartungsgemäß fallen alle Behandlungstage in Abteilungen für Alkoholiker- und Drogenbetreuung in die Gruppe der Störungen durch psychotrope Substanzen. Als Hauptdiagnose kommt diese Erkrankungsgruppe nur noch in allgemeinen psychiatrischen Abteilungen vor, wo sie 15 Prozent der Belagstage ausmachen.

Als Nebendiagnose sind durch Substanzenkonsum bedingte Erkrankungen vor allem in Abteilungen mit gemischtem Belag anzutreffen, wo mehr als zwei Drittel der Belagstage auf Personen mit einer solchen Zusatzdiagnose fallen.

**Abbildung 32: Anteil der Belagstage mit Haupt- oder Zusatzdiagnose „Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ in KH-Abteilungen**



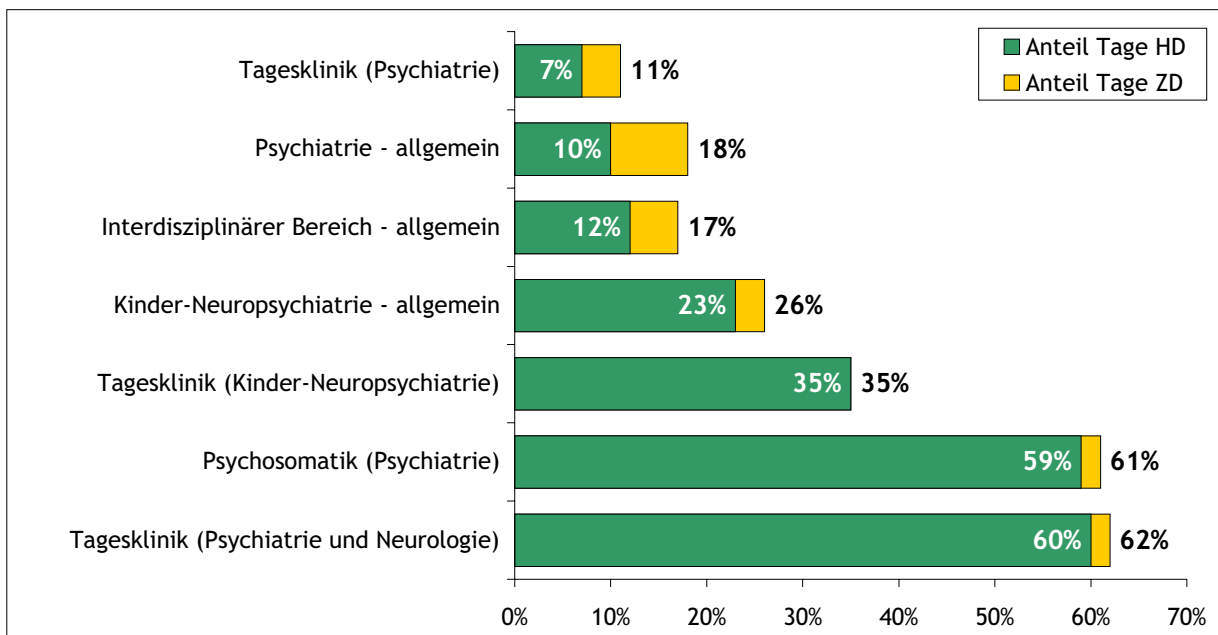
Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; nur Abteilungen wo mindestens 10 Prozent der Belagstage auf Fälle mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose „Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

### 4.2.1.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sind vor allem in den Tageskliniken der Psychiatrie und Neurologie, in Psychosomatikabteilungen der Psychiatrie (mit ungefähr 60 Prozent der Belagstage), in Tageskliniken der Kinder-Neuropsychiatrie (mit 35 Prozent der Belagstage) sowie in der allgemeinen Kinder-Neuropsychiatrie (26 Prozent der Belagstage) vorzufinden - und zwar fast ausschließlich als Hauptdiagnose. Letzteres bedeutet, dass die Behandlung dieser Erkrankungen den vorrangigen Grund für den jeweiligen Krankenhausaufenthalt darstellt.

Daneben findet sich diese Diagnose auch im allgemeinen interdisziplinären Bereich, in der allgemeinen Psychiatrie und in psychiatrischen Tageskliniken in nennenswertem Ausmaß.

**Abbildung 33: Anteil der Belagstage mit Haupt- oder Zusatzdiagnose „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ in KH-Abteilungen**



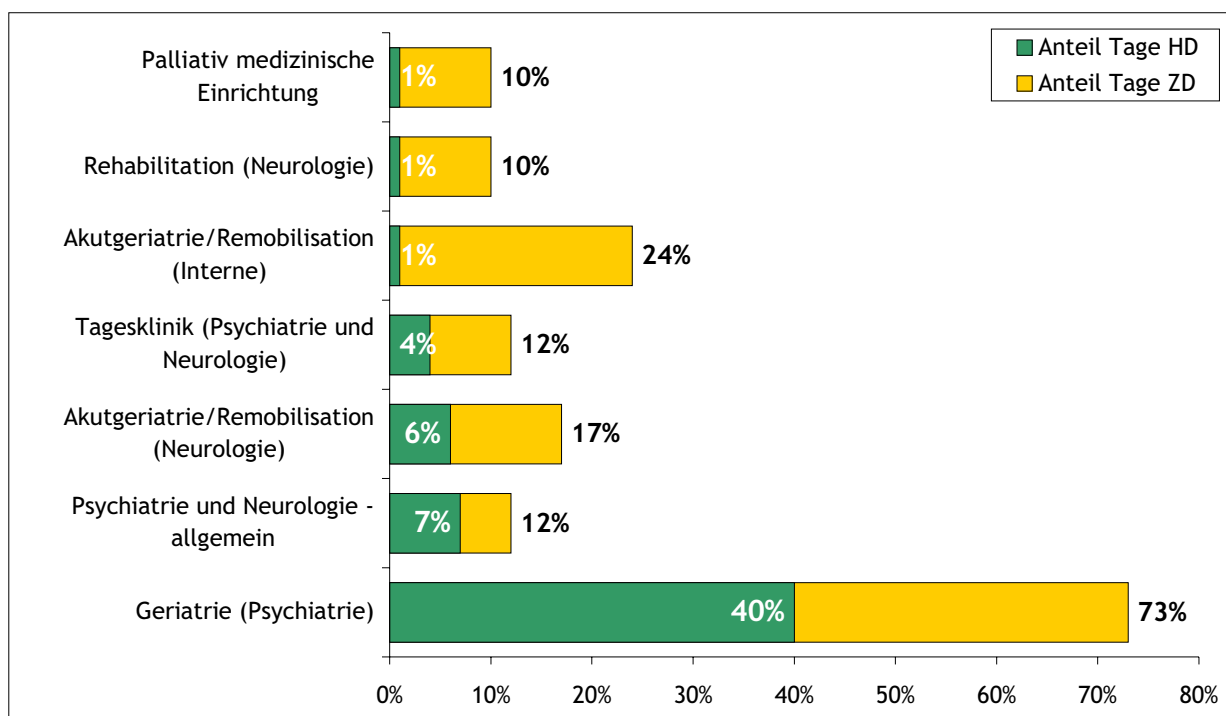
Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; nur Abteilungen wo mindestens 10 Prozent der Belagstage auf Fälle mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose „Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen“ fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

#### 4.2.1.4 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

PatientInnen mit organischen psychischen Störungen (dazu gehört vor allem Demenz) konzentrieren sich vor allem im Bereich der geriatrischen Psychiatrie, wo 40 Prozent der Belagstage auf PatientInnen mit einer solchen Hauptdiagnose fallen und weitere 33 Prozent auf PatientInnen mit einer solchen Nebendiagnose.

Als Nebendiagnose spielen Erkrankungen dieser Gruppe auch in Abteilungen der internen Akutgeriatrie/Remobilisation eine Rolle, wo 23 Prozent der Belagstage auf Personen mit einer solchen Zusatzdiagnose fallen.

**Abbildung 34: Anteil der Belagstage mit Haupt- oder Zusatzdiagnose „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ in KH-Abteilungen**

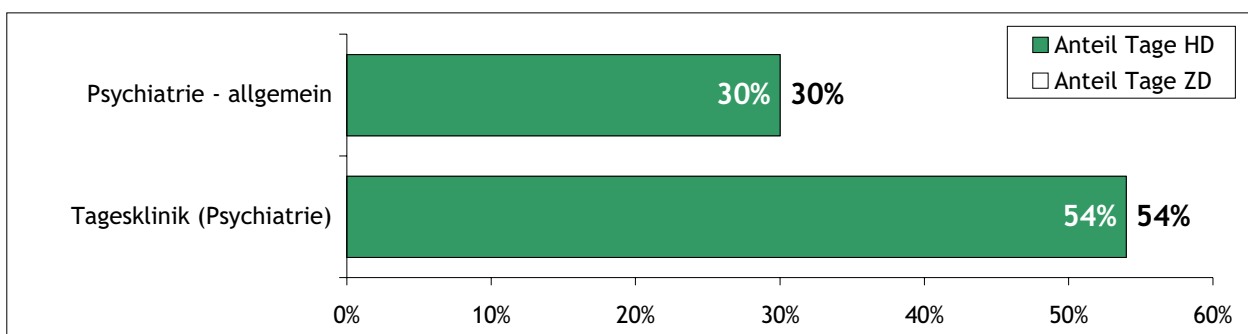


Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenhäusern; nur Abteilungen wo mindestens 10 Prozent der Belagstage auf Fälle mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

#### 4.2.1.5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Schizotype und wahnhaftige Störungen kommen nur in zwei Abteilungstypen in größerem Ausmaß vor, dort nehmen sie jedoch als Hauptdiagnose einen wesentlichen Anteil der Belagstage ein. Dies sind die psychiatrischen Tageskliniken einerseits, wo mehr als die Hälfte der Belagstage auf Personen mit dieser Erkrankung fallen, und allgemeine psychiatrische Abteilungen andererseits, mit 30 Prozent der Belagstage. Als Nebendiagnose kommt dieser Erkrankungstyp kaum vor. Das heißt, diese Erkrankung ist in fast allen Fällen der Hauptgrund für die jeweilige Krankenhausbehandlung.

**Abbildung 35: Anteil der Belagstage mit Haupt- oder Zusatzdiagnose „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ in KH-Abteilungen**



Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; nur Abteilungen wo mindestens 10 Prozent der Belagstage auf Fälle mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ fallen. Abteilungen nach Funktionscodes.

#### 4.2.2 Krankenhausaufenthalte nach Alter und Geschlecht

Nachfolgend soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Alter die wichtigsten der oben genannten Erkrankungsgruppen am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt führen, d.h. welche Altersgruppen am häufigsten betroffen sind. Zu diesem Zweck wird die Häufigkeit der Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt der jeweiligen Diagnosegruppe auf die Anzahl der OÖGKK-Versicherten derselben Altersgruppe bezogen. Zusätzlich sollen Unterschiede zwischen Männern und Frauen beleuchtet werden. Für die Interpretation der altersspezifischen Betrachtung ist anzumerken, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt einerseits mit der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung in einem bestimmten Alter zusammenhängt (bspw. treten Demenzerkrankungen typischerweise erst in fortgeschrittenem Alter auf und Entwicklungsstörungen im Kindesalter). Andererseits kann das altersspezifische Auftreten auch von Generationseffekten überlagert werden (bspw. könnten die Häufigkeiten von Substanzenmissbrauch in einer bestimmten Altersgruppe deshalb erhöht sein, weil die



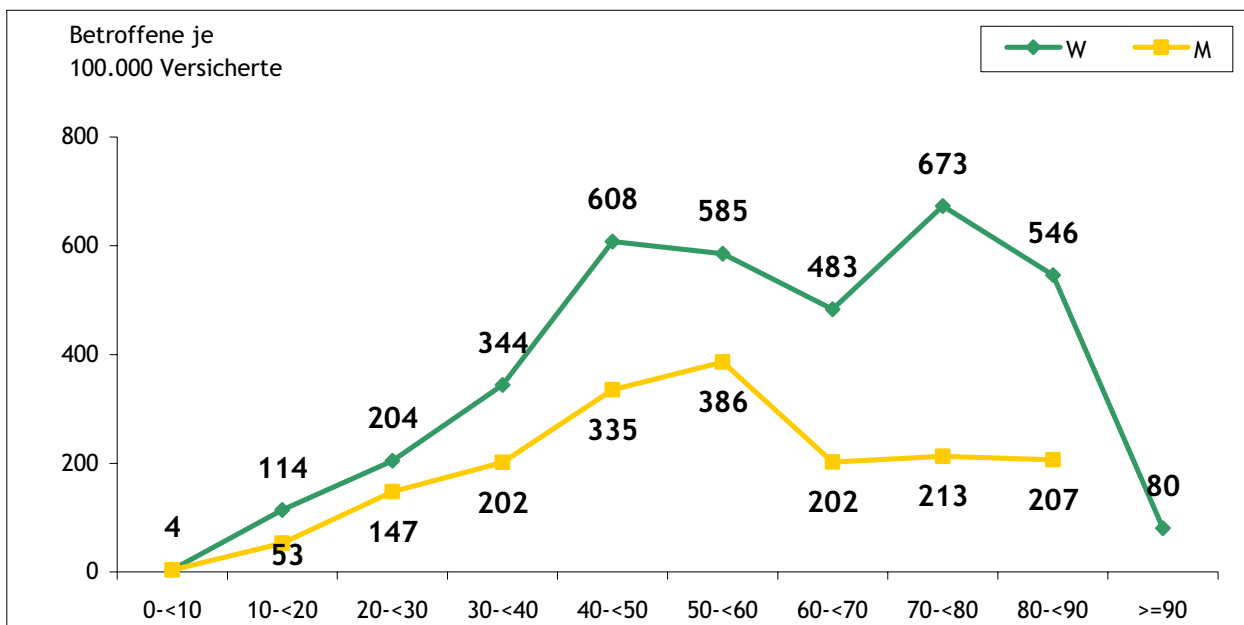
Sozialisationsbedingungen dieser Generation dafür besonders „günstig“ waren). Eine Trennung dieser Effekte ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich.

#### 4.2.2.1 Affektive Störungen

Die Wahrscheinlichkeit aufgrund einer affektiven Störung in einem Krankenhaus behandelt zu werden ist für Frauen deutlich höher als für Männer. Insgesamt betrachtet finden sich unter den Frauen fast doppelt so viele mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit dieser Hauptdiagnose (358 je 100.000) als unter den Männern (181 je 100.000). Dieser Unterschied ist jedoch nicht in allen Altersgruppen gleich stark ausgeprägt. Besonders hoch ist dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen in den Altersgruppen über 60 Jahren.

Der Anteil der Personen mit Krankenhausaufhalten aufgrund von affektiven Störungen steigt mit zunehmendem Alter - sowohl bei Männern als auch bei Frauen - bis ca. 60 Jahre kontinuierlich an. Bei den Männern ist in den Altersgruppen der über 60-Jährigen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, während bei den Frauen, abgesehen von einem leichten Rückgang in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen, bis zum Alter von 90 Jahren auf hohem Niveau verbleibt.

**Abbildung 36: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund affektiver Störungen (F30 - F39)**

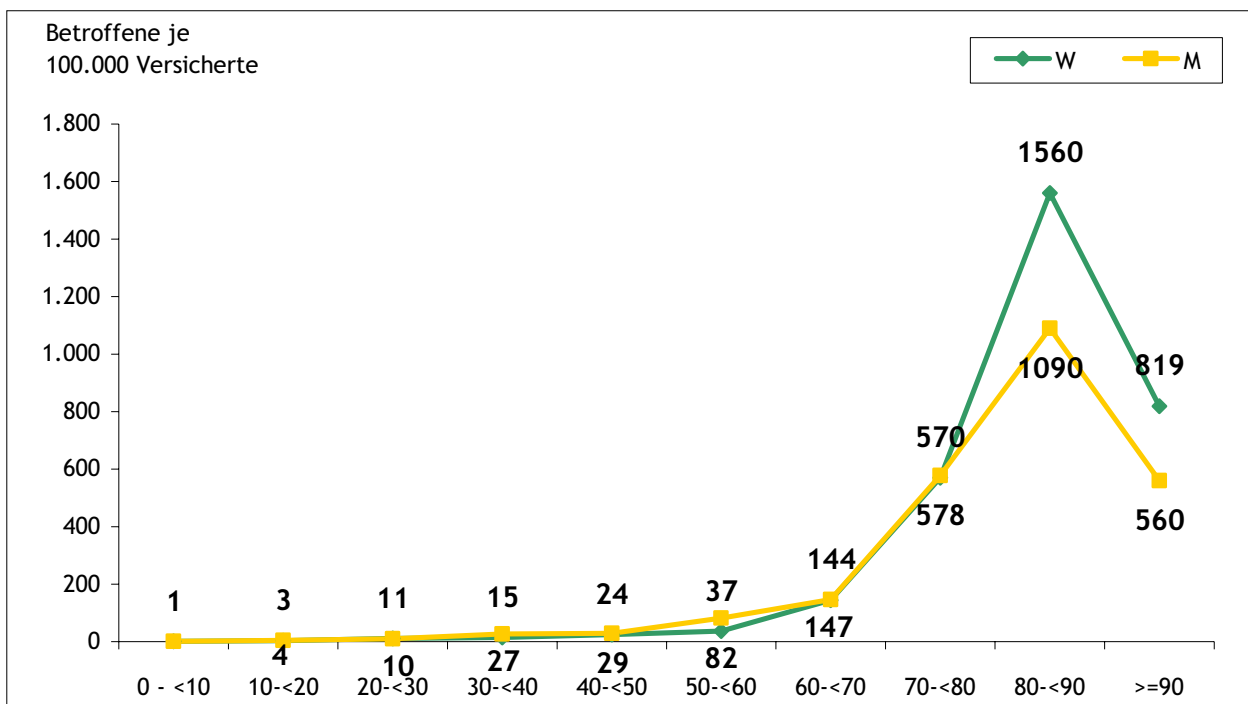


Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004; eigene Berechnungen; gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; nur Altersgruppen mit mehr als 10 Fällen/100.000 EW., Zahlen gerundet.

#### 4.2.2.2 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Krankenhausaufenthalte aufgrund von organisch bedingten psychischen Störungen (die wesentlichste davon Demenz) kommen in den jüngeren Altersgruppen kaum vor. Erst ab 60 Jahren beginnt die Häufigkeit anzusteigen und erreicht den Gipfel in der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen. In der Altersgruppe über 90 nimmt die Häufigkeit wieder ab. Bedeutende Unterschiede zwischen Männern und Frauen lassen sich nur in der Altersgruppe zwischen 80 und 90 Jahren feststellen, wo der Anteil mit Krankenhausaufenthalt (mit 1.090 Fällen je 100.000 bei Männern und 1.560/100.000 bei Frauen) bei den Frauen um die Hälfte höher liegt, als bei den Männern.

**Abbildung 37: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund organisch bedingter psychischer Störungen**



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, eigene Berechnungen; gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; nur Altersgruppen mit mindestens 10 Fällen/100.000 Ew., Zahlen gerundet.

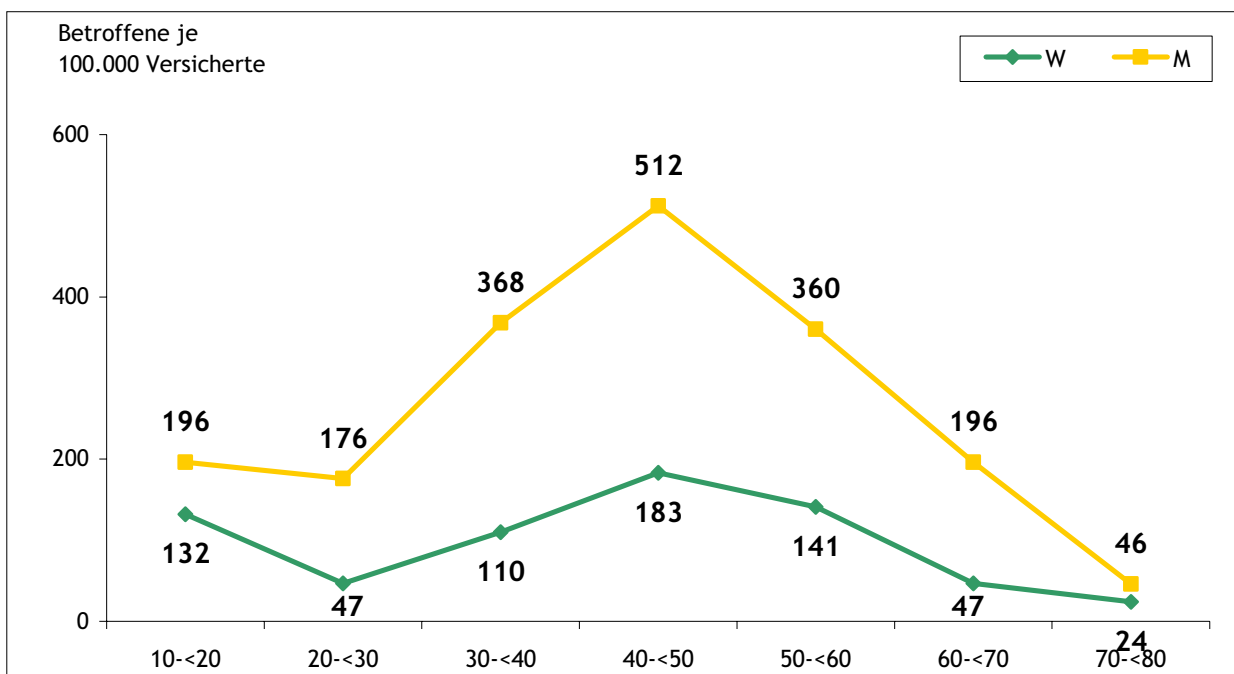
### 4.2.2.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Der Großteil der durch psychotrope Substanzen bedingten Krankenhausfälle geht auf Alkoholdiagnosen zurück. Männer sind in praktisch allen Altersgruppen (abgesehen von den 70- bis 80-Jährigen) deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Bei den 10- bis 20-jährigen Männern werden 196 von 100.000 OÖGKK-Versicherten mit einer Alkoholdiagnose im Krankenhaus behandelt. Die Gruppe der 20- bis 30-Jährigen liegt etwas unter diesem Wert (176/100.000). Daraufhin steigt die Prävalenz der Alkoholbehandlungen bis zur Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen kontinuierlich an (bis auf 512 Betroffene je 100.000) und sinkt dann mit zunehmendem Alter wieder kontinuierlich ab.

Auch bei 20- bis 30-jährigen Frauen ist, im Vergleich zu den unter 20-Jährigen, ein Rückgang zu erkennen (von 132 Fällen/100.000 auf 47 Fälle). Mit zunehmendem Alter steigt dann der Anteil der betroffenen Frauen bis auf 183/100.000 Fälle in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren. Bei den älteren Frauen nimmt der Anteil der Betroffenen wieder kontinuierlich ab.

**Abbildung 38: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch Alkohol**



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, eigene Berechnungen; gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; nur Altersgruppen mit mindestens 10 Fällen/100.000 Ew., Zahlen gerundet.

Die Verteilung kommt durch die Überlagerung verschiedener Diagnosen, die in unterschiedlichen Altersgruppen vorherrschen, zustande. So ist die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen gehäuft anzutreffen, zeigt jedoch auch eine gewisse Verbreitung in den Altersgruppen zwischen 30 und 60 Jahren. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit ist in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren am häufigsten anzutreffen. Diagnosen „alkoholinduzierter körperlicher Störungen“ finden sich am häufigsten bei 50- bis 59-Jährigen<sup>196</sup>. Nochmals muss hier darauf hingewiesen werden, dass die Überlagerung mit gewissen Generationseffekten nicht ausgeschlossen werden kann, d.h. dass die Häufigkeit bestimmter Diagnosen nicht nur mit den Bedingungen des jeweiligen Lebensabschnitts, sondern auch mit den Sozialisationsbedingungen einer bestimmten Alterskohorte zusammenhängen könnte. Um diese Effekte analysieren zu können, wären Längsschnittanalysen nötig, wofür jedoch derzeit keine Daten zur Verfügung stehen.

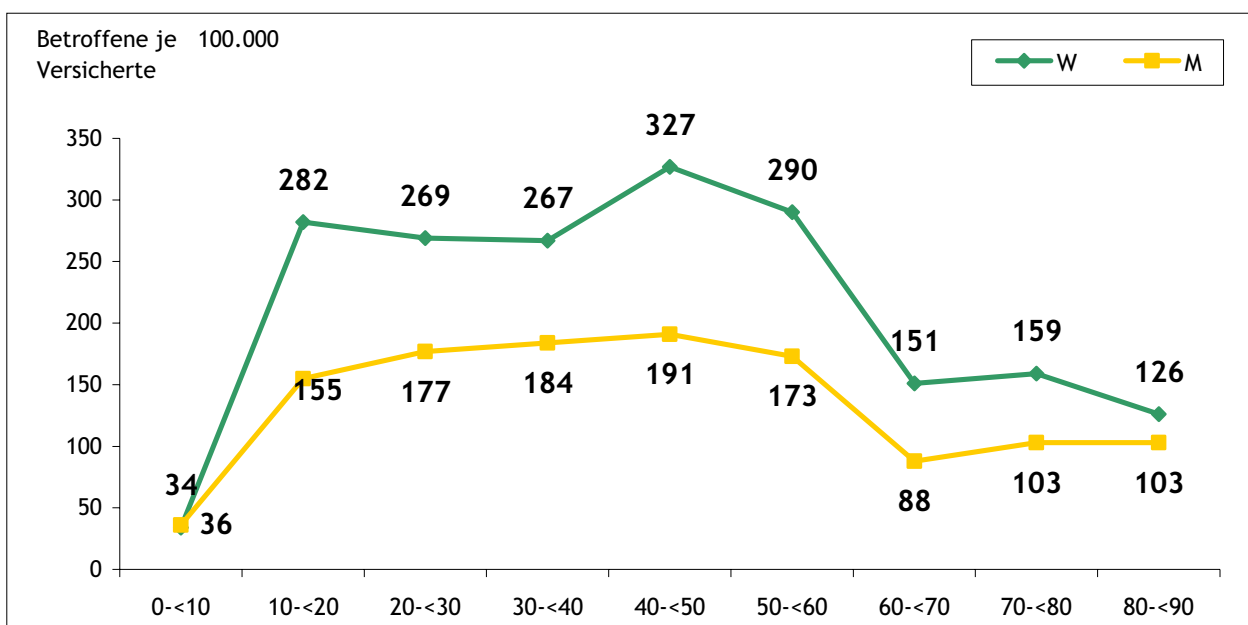
---

<sup>196</sup> (vgl. Gschwandtner 2005)

#### 4.2.2.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Krankenhausaufenthalte aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen sind vor allem in den Altersgruppen zwischen 10 und 60 Jahren verbreitet, wobei Frauen mehr als 1,5-mal so häufig betroffen sind als Männer (mit 267 bis 327 Betroffenen/100.000 versicherten Männern und 155 bis 191 Betroffenen je 100.000 versicherten Frauen). In den älteren Jahrgängen ist ein gewisser Rückgang zu erkennen. Auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden zunehmend geringer.

**Abbildung 39: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen**

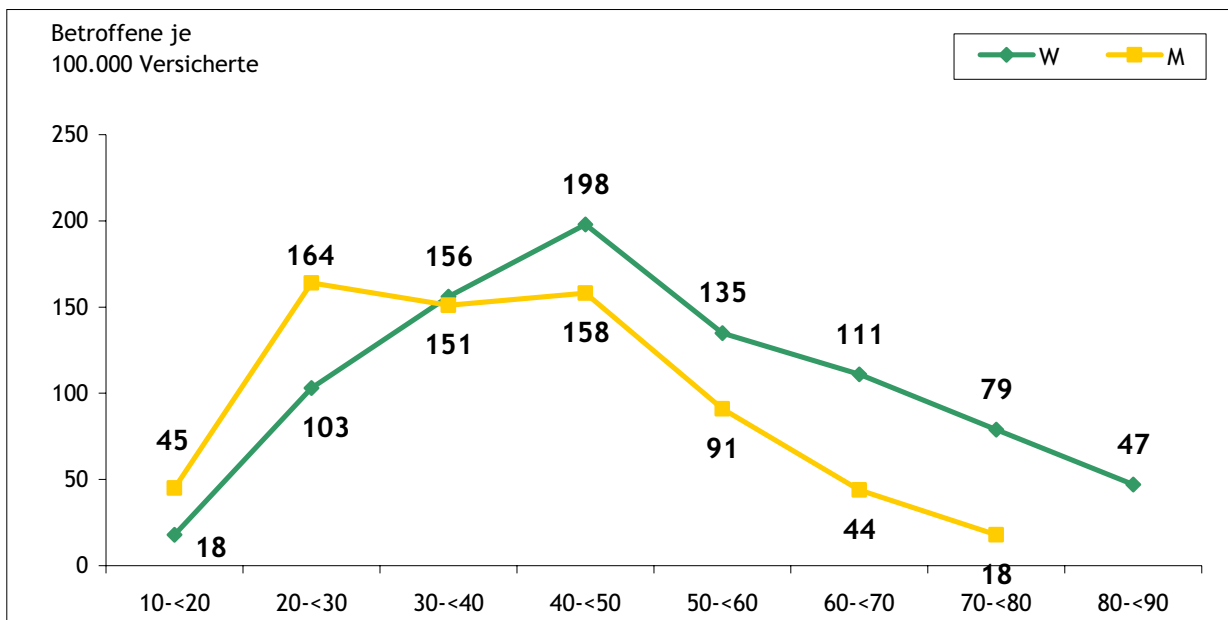


Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, eigene Berechnungen; gerundet; nur Versicherte der O-ÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; nur Altersgruppen mit mindestens 10 Fällen/100.000 Ew., Zahlen gerundet.

#### 4.2.2.5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Schizophrenie oder schizophrenieähnlicher Störungen kommen bei Männern und Frauen in etwa gleichem Ausmaß vor. Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede nach Altersgruppen. Bei Männern treten Krankenhausbehandlungen aufgrund von schizophrenen Störungen in einem früheren Alter auf (am häufigsten zwischen 20 und 50 Jahren). Bei Frauen liegt die Wahrscheinlichkeit bis zum 30. Lebensjahr unter der der Männer und ist in den darauf folgenden Altersgruppen deutlich höher. Am häufigsten scheinen Krankenhausbehandlungen bei Frauen zwischen 30 und 60 Jahren auf.

**Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29)**



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, eigene Berechnungen; gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; nur Altersgruppen mit mindestens 10 Fällen/100.000 Ew., Zahlen gerundet.

### 4.2.3 Krankenhausbehandlungen aufgrund von psychischen Störungen nach soziodemografischen Gruppen

Nachfolgend soll veranschaulicht werden, wie sehr die Lebensumstände mit dem Auftreten von psychosozialen Störungen zusammenhängen. Darüber hinaus soll versucht werden, Risikogruppen zu erkennen, die für die Planung von präventiven Maßnahmen bedeutsam sind.

Zunächst soll überprüft werden, wie weit sich verschiedenen Beschäftigtengruppen (Arbeiter, Angestellte, Arbeitslose) im Risiko für einen Krankenhausaufenthalt unterscheiden.

Um eventuelle Einflüsse einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Gruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht auszugleichen, werden altersstandardisierte Raten betrachtet, d.h. Unterschiede in der demografischen Struktur wurden rechnerisch ausgeglichen (konkret wurde das Verfahren der indirekten Altersstandardisierung verwendet<sup>197</sup>). Das errechnete „Standardisierte Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR) gibt Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß das Risiko einer Teilpopulation (z.B. Arbeiter) vom Risiko der Gesamtpopulation (z.B. alle Erwerbstätigen GKK-Versicherten) abweicht (bei gleichem Alter und Geschlecht).

Weiters soll betrachtet werden, ob der Beschäftigungsstatus von Eltern mit eventuellen psychosozialen Problemen bei Kindern korreliert. Diesbezüglich wurde betrachtet, ob mitversicherte Kinder von hauptversicherten Arbeitern, Angestellten und Arbeitslosen sich hinsichtlich der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Entwicklungsstörungen oder aufgrund von spezifischen Störungen des Kinder- und Jugendlichenalters unterscheiden.

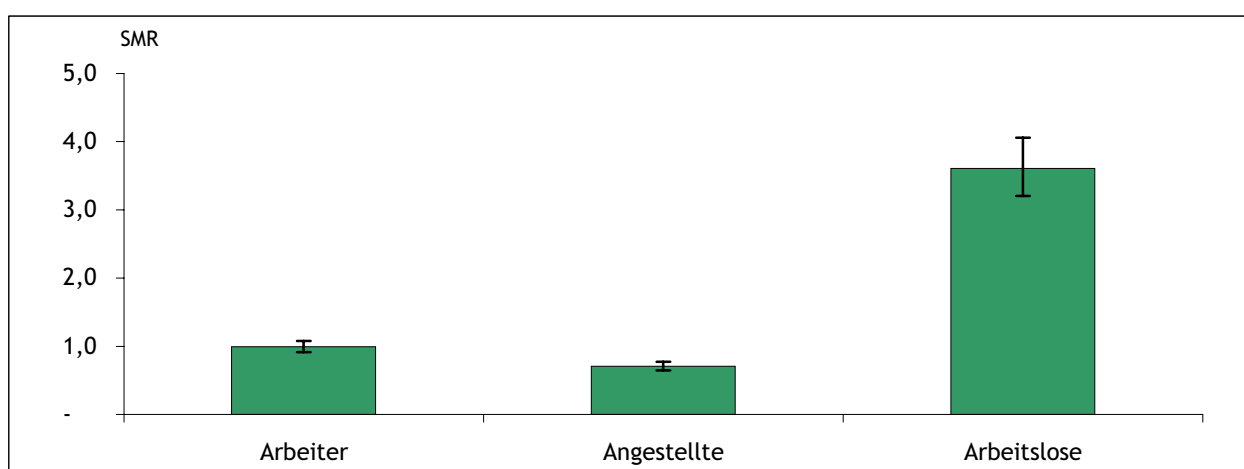
---

<sup>197</sup> Es wurde zuerst errechnet, welche Anteil mit Krankenstand aufgrund der jeweiligen Diagnose in der jeweiligen Teilpopulation (Arbeiter, Angestellte, Arbeitslose) zu erwarten wäre, wenn diese dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur sowie das gleiche Erkrankungsrisiko aufweisen würde, wie die Gesamtpopulation der Erwerbstätigen GKK-Versicherten. Das dem Verhältnis zwischen tatsächlicher und erwarteter Häufigkeit wird im sogenannten „Standardisierten Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR- Standardized Morbidity Ratio) ausgedrückt. Siehe dazu Hurrlemann, K./Laaser, U. 2003: Handbuch Gesundheitswissenschaften; 3. Aufl. Weinheim/München 2003. S. 352.

### 4.2.3.1 Krankenhausbehandlungen aufgrund von affektiven Störungen nach Beschäftigtenstatus

ArbeiterInnen weichen hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen nicht vom Durchschnitt der Gesamtpopulation (hier alle erwerbstätigen GKK-Versicherten) ab (SMR=1,0). Angestellte weisen hingegen ein um 30 Prozent geringeres Risiko für eine Krankenhausbehandlung aufgrund dieser Diagnose auf (SMR=0,7). Am stärksten sind arbeitslose Versicherte betroffen, die ein mehr als dreimal so hohes Risiko für Krankenhausbehandlungen wegen affektiver Störungen aufweisen (SMR=3,6).

**Abbildung 41: Affektive Störungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR)**



*Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall.*

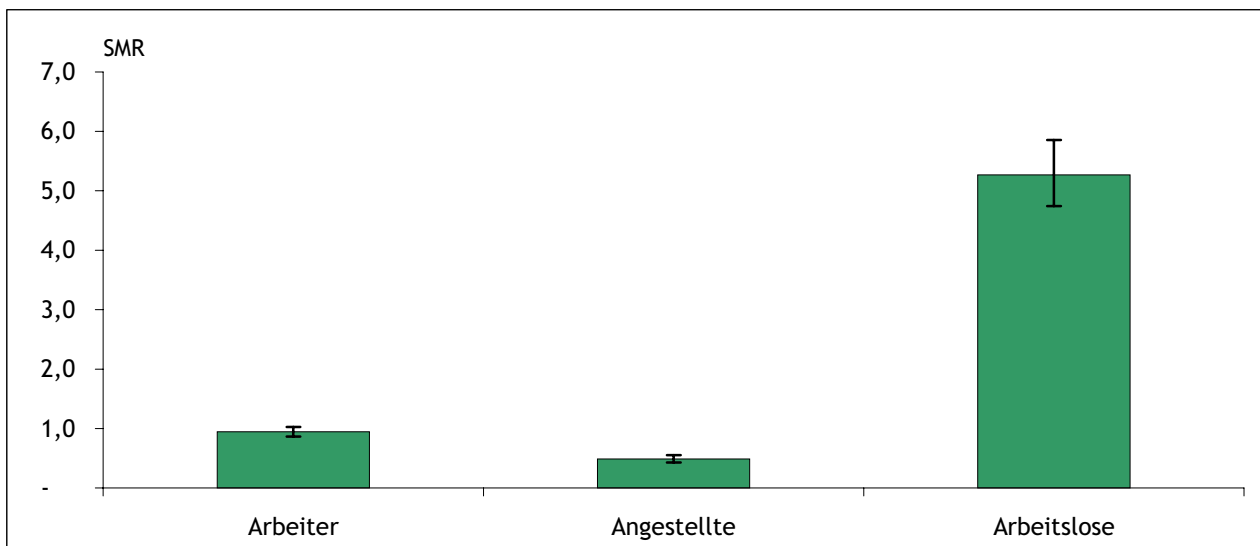
*Quelle: OÖGKK - FOKO; eigene Berechnungen*



### 4.2.3.2 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Substanzenkonsum nach Beschäftigtenstatus

Auch Krankenhausaufenthalte zu Behandlung von Problemen infolge des Konsums psychotroper Substanzen (z.B. Alkohol) sind in der Gruppe der Arbeitslosen am häufigsten. Sie weisen ein mehr als fünfmal so hohes Risiko auf als die Gesamtpopulation aller erwerbstätigen Versicherten (SMR=5,3). Auch hier weichen ArbeiterInnen nicht wesentlich von der Gesamtpopulation ab (SMR=0,9). Bei Angestellten lässt sich eine deutlich geringere - etwa halb so hohe - Wahrscheinlichkeit für einen solchen Krankenhausaufenthalt erkennen (SMR=0,5).

**Abbildung 42: Störungen durch psychotrope Substanzen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR)**



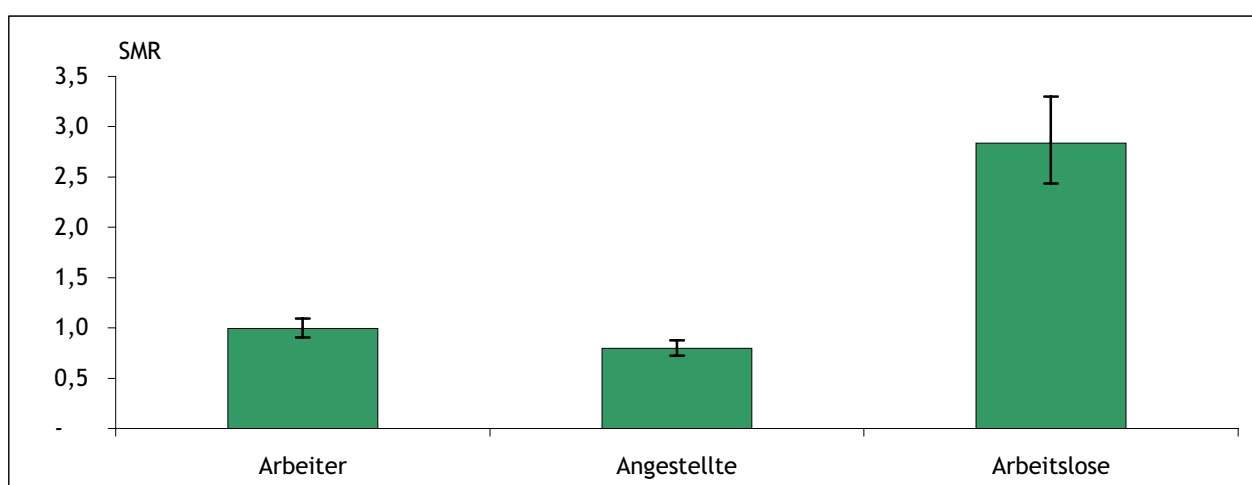
*Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall.*

*Quelle: OÖGKK - FOKO; eigene Berechnungen*

### 4.2.3.3 Krankenhausbehandlungen aufgrund von neurotischen und Verhaltensstörungen nach Beschäftigtenstatus

Bezüglich der Krankenhausaufenthalte aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen liegt die Gruppe der ArbeiterInnen im Durchschnitt der Gesamtpopulation der erwerbstätigen Versicherten (SMR=1,0). Angestellte weisen geringfügig, aber signifikant geringeres Risiko auf (SMR=0,8). Auch hier ist besonders die Gruppe der Arbeitslosen betroffen, bei denen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt dieser Diagnose fast dreimal so hoch ist wie in der hier betrachteten Gesamtpopulation (SMR=2,8).

**Abbildung 43: Neurotische- und Verhaltensstörungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR)**



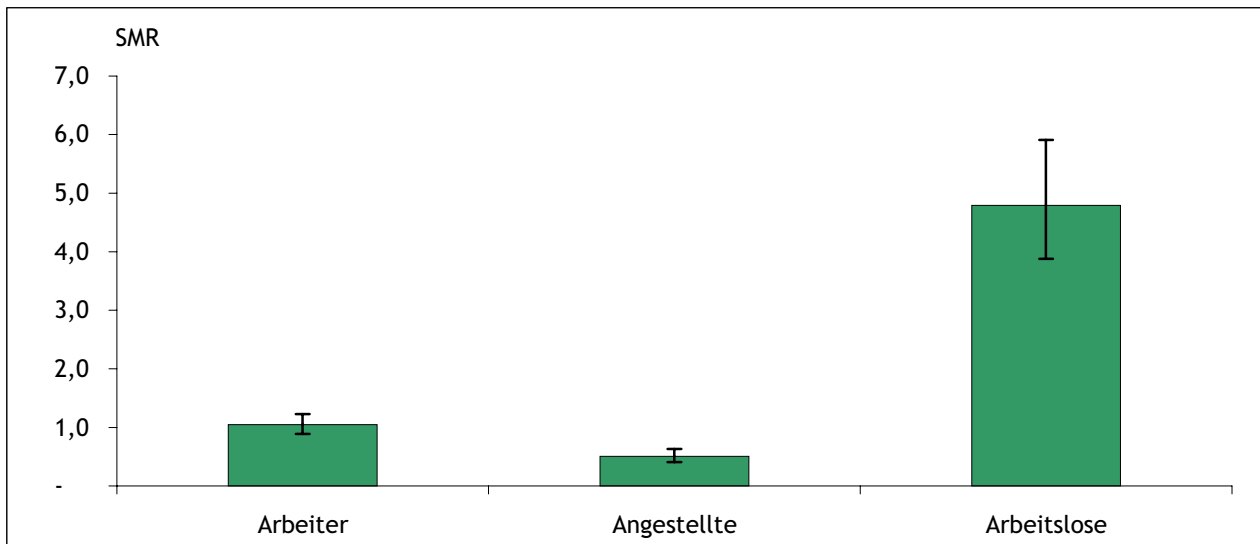
Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall.

Quelle: OÖGKK - FOKO; eigene Berechnungen

#### 4.2.3.4 Krankenhausbehandlungen aufgrund schizophrener Erkrankungen nach Beschäftigtenstatus

Die Gruppe der arbeitslosen Versicherten ist in deutlich höherem Ausmaß von Krankenhausaufenthalten infolge schizophrener oder schizotypen Erkrankungen betroffen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhausbehandlung mit einer solchen Diagnose ist in dieser Gruppe fast fünfmal so hoch wie in der Population der erwerbstätigen Versicherten (SMR=4,8). ArbeiterInnen liegen bezüglich der Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhausbehandlung im Schnitt der Gesamtpopulation der erwerbstätigen Versicherten (SMR=1,0), während Angestellte ein nur halb so hohes Risiko aufweisen (SMR=0,5).

**Abbildung 44: Schizophrene Erkrankungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR)**



*Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall.*

*Quelle: OÖGKK - FOKO; eigene Berechnungen*

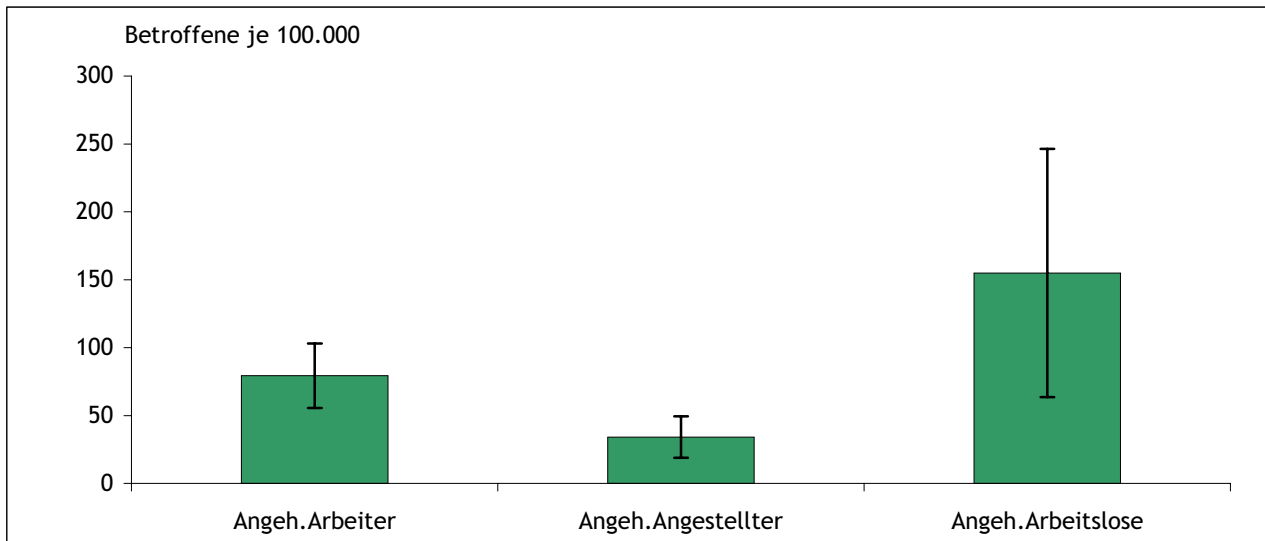
#### **4.2.3.5 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Entwicklungsstörungen und aufgrund spezifischer Störungen im Kindheits- und Jugendlichenalter nach Beschäftigtenstatus des Hauptversicherten**

Besonders aufschlussreich in Bezug auf den Einfluss der sozialen Lebensumstände auf die psychische Gesundheit sind die Befunde bezüglich Entwicklungsstörungen und spezifischen Störungen in Kindheit und Jugend. Betrachtet man die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten aufgrund dieser Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen differenziert nach dem Beschäftigungsstatus des/der Hauptversicherten (in der Regel ein Elternteil), so ergibt sich folgendes Bild:

Die unter 10-jährigen Kinder von ArbeiterInnen weisen - im Vergleich zu denen von Angestellten - einen signifikant höheren Anteil mit einer Krankenhausbehandlung aufgrund von Entwicklungsstörungen auf. Auch der Anteil mit spezifischen Störungen in Kindheit und Jugend ist bei ArbeiterInnen dieser Altersgruppe signifikant höher (bei den über 10-Jährigen ist dieser Unterschied nicht mehr signifikant).

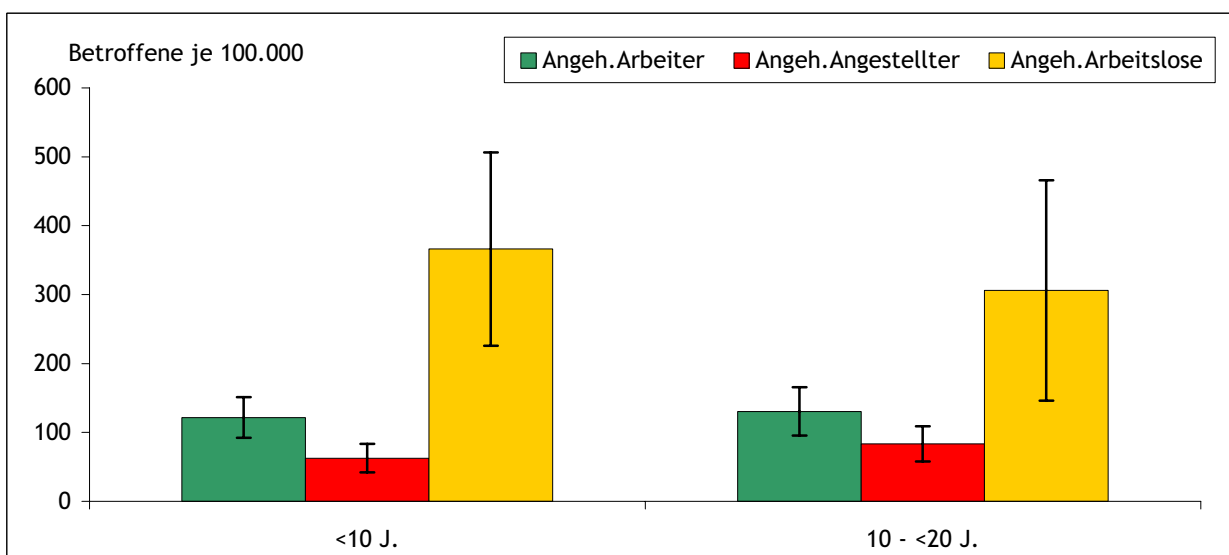
Die Kinder von Arbeitslosen weisen einen noch höheren Anteil mit Krankenhausbehandlungen auf. Der Anteil der Kinder von Arbeitslosen mit Entwicklungsstörungen ist signifikant höher als der von Angestellten (er ist auch höher als bei Arbeiterkindern, jedoch nicht statistisch signifikant). Ebenso weisen die unter 10-jährigen Kinder von Arbeitslosen deutlich höhere Quoten an kindheits- und jugendspezifischen Störungen auf als die Kinder von beschäftigten Arbeitern und Angestellten (in der Gruppe der 10- bis 20-Jährigen ist nur mehr der Unterschied zwischen Arbeitslosen und beschäftigten Angestellten signifikant).

**Abbildung 45: Mitversicherte Kinder unter 10 Jahre mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten**



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall; Hauptdiagnosen ICD-10 F80-F89

**Abbildung 46: Mitversicherte Kinder und Jugendliche mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten**



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall; Hauptdiagnosen ICD-10 F80-F89

Insgesamt lassen sich deutliche Hinweise darauf finden, dass die Beschäftigungssituation der Eltern und Einflussgrößen der sozialen Schicht von wesentlicher Bedeutung für die psychische Gesundheit der Kinder ist.

## **4.3 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund von psychischen Erkrankungen**

Die nachfolgende Analyse der Krankenstandsdaten hinsichtlich der von psychischen Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeit verdeutlicht nicht nur die Verbreitung psychosozialer Problematiken in der erwerbstätigen Bevölkerung. Die durch psychische Erkrankungen entfallenen Arbeitstage vermitteln auch einen Eindruck bezüglich der volkswirtschaftlichen Bedeutung, der Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit zukommt. Darüber hinaus verdeutlicht die Auswertung der Krankenstandmeldungen nach soziodemografischen Gruppen (Arbeiter/Angestellte, Beschäftigte/Arbeitslose, Stadt/Land), in welchen Bereichen Risikogruppen zu suchen sind, aber auch wie sehr die psychosoziale Gesundheit mit sozialen Faktoren zusammenhängt.

Anzumerken ist, dass die Daten der Krankenstandsmeldungen das tatsächliche Ausmaß psychosozialer Problematiken unterschätzen dürften. Es ist anzunehmen, dass - aufgrund von Befürchtungen negativer Folgen und Benachteiligungen, Stigmatisierung etc. - häufig statt einer psychiatrischen eine somatische Diagnose angegeben wird. Ein weiterer Grund liegt darin, dass sich viele psychische Problematiken zunächst in Form von somatischen Symptomen äußern (z.B. Herzrasen, Rückenschmerzen etc.) oder als solche wahrgenommen werden, so dass sich hinter einer somatischen Diagnose nicht selten eine psychische Störung verbirgt. Die Ergebnisse bezüglich des Ausmaßes der betroffenen Personen und der Arbeitsunfähigkeitstage sind also eher als Minimum anzusehen.

### **4.3.1 Überblick**

Im Jahr 2004 waren mehr als 12.000 Krankenstandsmeldungen durch psychische Erkrankungen verursacht. Das sind knapp 2 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsmeldungen. Über 10.000 Personen waren davon betroffen, also 3 Prozent aller Versicherten, die in diesem Jahr mindestens einmal im Krankenstand waren. Das sind ca. 17 pro 1.000 erwerbstätige Versicherte. Insgesamt entfallen auf psychische Erkrankungen fast 440.000 Arbeitsunfähigkeitstage, also mehr als 5 Prozent der gesamten Krankenstandstage. Durchschnittlich kommen also auf 1.000 Beschäftigte ca. 730 Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen.

Die durchschnittliche Dauer einer Arbeitsunfähigkeitsepisode liegt bei psychischen Erkrankungen, mit durchschnittlich 35,5 Tagen, deutlich höher, als bei den übrigen Krankenständen (12,5 Tage)<sup>198</sup>.

**Tabelle 2: Krankenstände aufgrund von psychischen Erkrankungen 2004**

	Psychische Erkrankungen	Alle AU-Meldungen	Anteil an allen AU-Meldungen	Pro 1.000 Erwerbstätige <sup>199</sup>
AU-Meldungen	12.303	635.529	1,9%	20,5
Betroffene Personen	10.076	323.845	3,1%	16,8
AU-Tage gesamt (inkl. KH-Aufenthalte und Kur)	437.050	7.964.560	5,5%	726,5
davon KH-Aufenthalte, Kur etc. (Tage)	98.003	935.162	10,5%	162,9
Durchschnittliche AU-Dauer (Tage)	35,5 Tage	12,5 Tage		

Quelle: FOKO; OÖGKK-Versicherte; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004, psychische Erkrankungen: ICD-10 F00 - F99

Nach Erkrankungen von Skelett/Muskeln und Bindegewebe, Atemwegserkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen sind psychische Erkrankungen die vierthäufigste Ursache für Krankenstände. Zwar geht der Großteil der Krankenstandstage auf Erkrankungen von Skelett/Muskeln und Bindegewebe, Atemwegserkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen zurück - diese machen zusammen zwei Drittel aller Krankenstandstage aus. Die Gruppe der psychischen Erkrankten liegt aber mit über 5 Prozent der AU-Tage noch vor

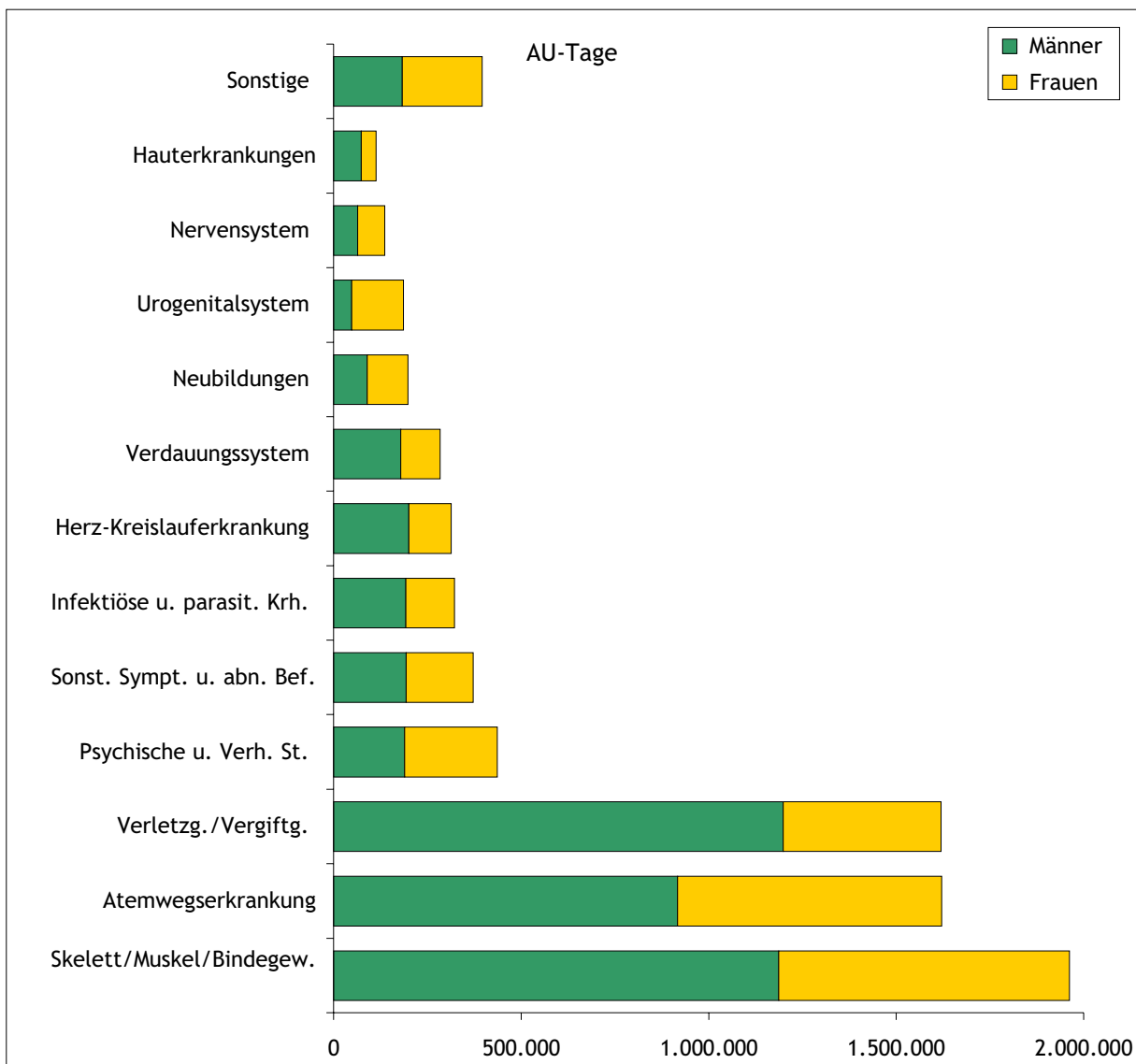
<sup>198</sup> Hier wird die durchschnittliche Dauer einer Krankenstandsepisode betrachtet, nicht die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigten. Letztere liegt für alle hier betrachteten Beschäftigten Versicherten der OÖGKK bei 13,2 Tagen/Beschäftigten (da eine Person mehrere Arbeitsunfähigkeitsepisoden aufweisen kann).

<sup>199</sup> Erwerbstätige Versicherte sind nicht nur die beschäftigten Arbeiter und Angestellten, sondern auch die arbeitslosen Versicherten.

bspw. Herz-Kreislauferkrankungen, Problematiken des Verdauungssystems oder bösartigen Neubildungen.

Insbesondere Frauen sind davon betroffen - bei ihnen ist diese Erkrankungsgruppe für 8 Prozent der Krankenstandstage verantwortlich oder für jährlich ca. 94.000 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100.000 erwerbstätiger Frauen. Bei den Männern entfallen pro Jahr auf 100.000 Erwerbstätige knapp 56.000 Arbeitsunfähigkeitstage (ca. 4 Prozent der AU-Tage).

**Abbildung 47: Verteilung der Krankenstandstage auf Diagnosegruppen**



Quelle: FOKO; ÖGKK-Versicherte; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004, nach ICD-10-Kapiteln



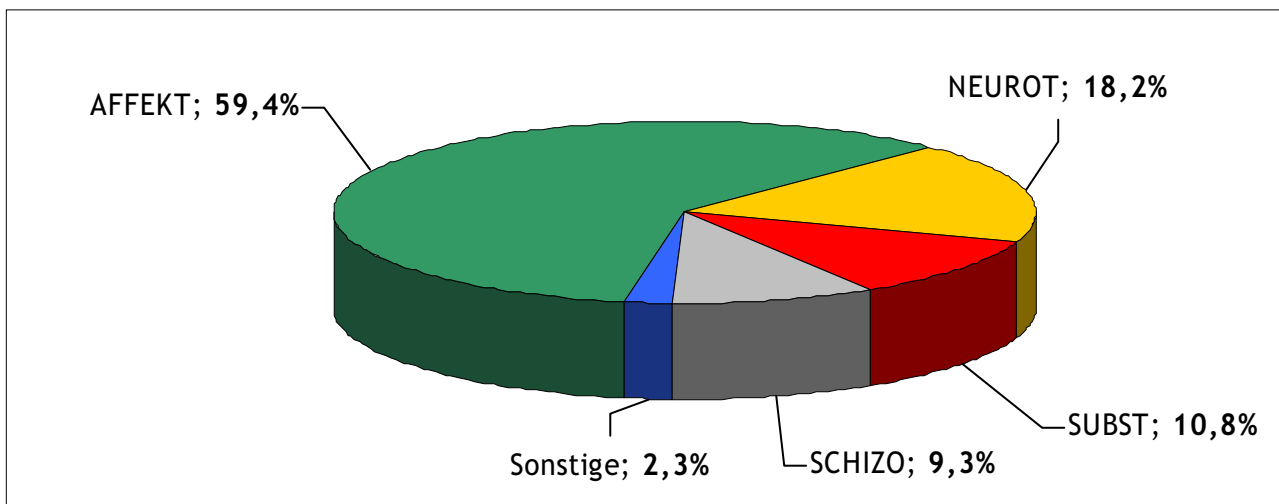
### 4.3.2 Häufige Diagnosegruppen

Fast 60 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage, die durch psychische Erkrankungen bedingt sind, gehen auf affektive Störungen zurück und etwas weniger als ein Fünftel auf neurotische und Belastungsstörungen. Etwa ein Zehntel ist durch den Konsum psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol) verursacht und fast eben so viele durch Schizophrenie und schizotype Erkrankungen.

Bei den Frauen sind fast zwei Drittel der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage auf affektive Störungen zurückzuführen und weitere 21 Prozent auf die Gruppe der neurotischen Störungen.

Bei den Krankenstandstagen der Männer haben Störungen aufgrund psychotroper Substanzen eine größere Bedeutung (19 Prozent) als bei Frauen (5 Prozent). Aber auch für männliche Erwerbstätige ist die Gruppe der affektiven Erkrankungen für weitaus die meisten psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich (52 Prozent).

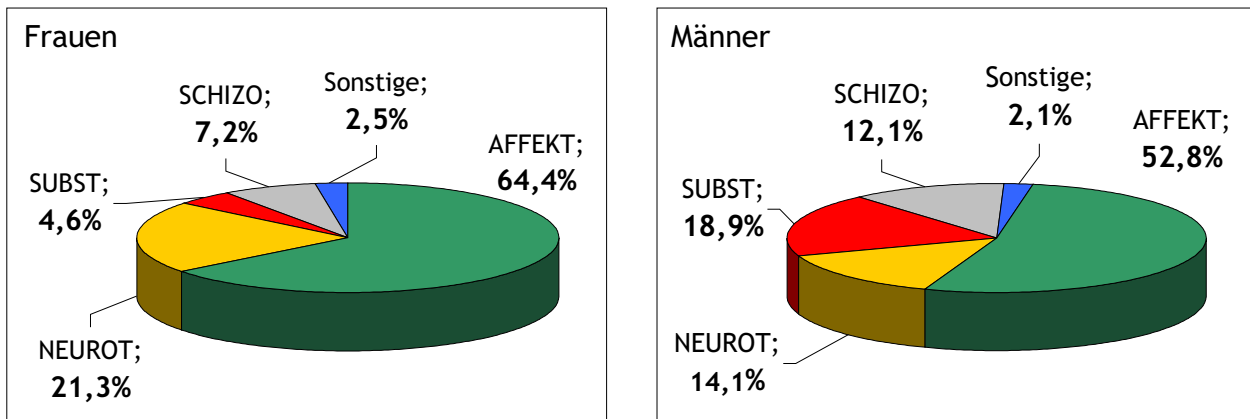
**Abbildung 48: Anteil psychiatrischer Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen**



AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Sonstige=Sonstige psychische Störung

Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK

**Abbildung 49: Anteil der psychiatrischen Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer und Frauen)**



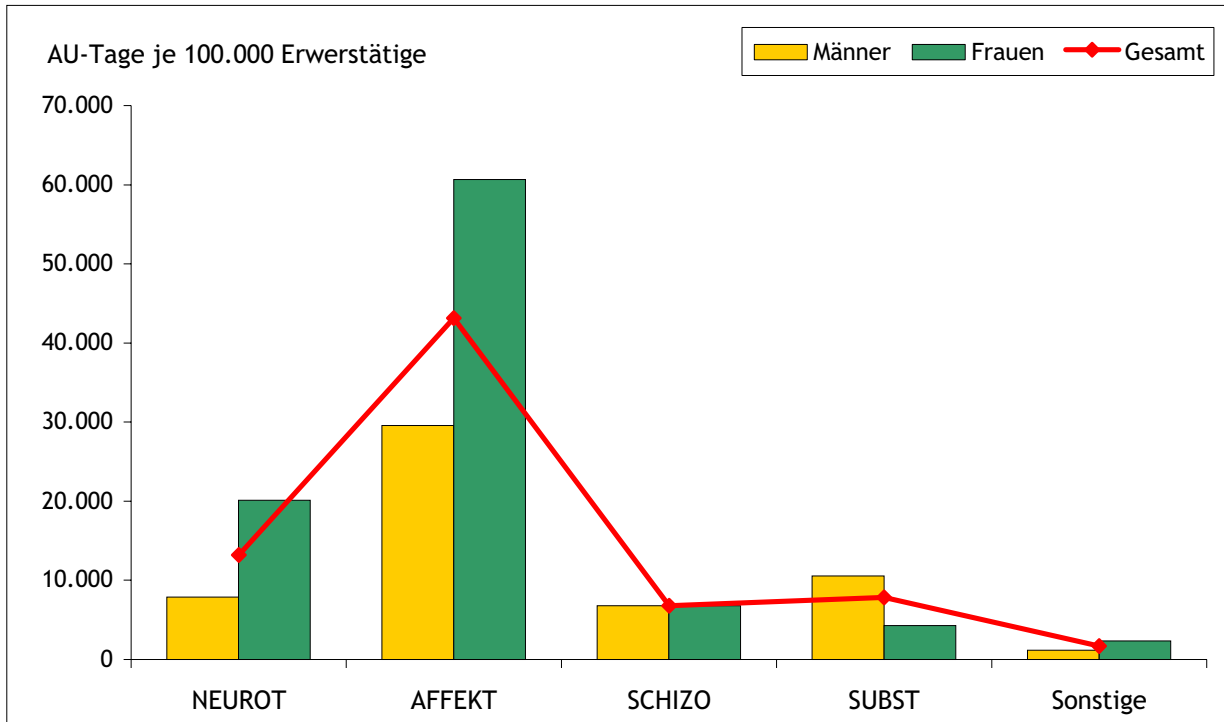
AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Sonstige=Sonstige psychische Störung  
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK

Von 100.000 erwerbstätigen Frauen weisen 2.300 eine oder mehrere Krankenstandsepisoden aufgrund von psychischen Erkrankungen auf, also 2,3 Prozent. Im Durchschnitt kommen pro Jahr auf 100.000 erwerbstätige Frauen über 94.000 Arbeitsunfähigkeitstage, die durch psychische Erkrankungen verursacht sind. Am häufigsten sind affektive Störungen mit 1.300 Betroffenen und über 60.000 Krankenstandstagen je 100.000 erwerbstätigen Frauen gefolgt von neurotischen und Belastungsstörungen mit 730 Betroffenen/100.000 bzw. 20.000 AU-Tagen/100.000 Erwerbstätigen. Darauf folgen schizophre- niartige Störungen (140 Betroffene/100.000; knapp 7.000 AU-Tage/100.000) sowie Störungen infolge von Substanzenkonsums (100 Betroffene und über 4.000 AU-Tage pro 100.000 erwerbstätigen Frauen).

Bei den Männern ist sowohl die Betroffenenquote, als auch die Arbeitsunfähigkeitsquote niedriger als bei den weiblichen Beschäftigten. Auf 100.000 erwerbstätige Männer kommen etwa 1.400 mit Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Störungen (1,4 Prozent). Die jährliche Zahl der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen liegt bei knapp 56.000 Tagen je 100.000 männlichen Erwerbstätigen. Auch bei männlichen Erwerbstätigen liegen affektive Störungen (mit einer Betroffenenquote von 620/100.000 und einer Arbeitsunfähigkeitsquote von über 29.000 AU-Tagen/100.000 Erwerbstätigen) an der Spitze der psychischen Erkrankungen. Gemessen an AU-Tagen ist die zweithäufigste psychische Diagnosegruppe bei Männern der Gebrauch psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol) mit 280 Betroffenen und über 10.000 AU-Tagen pro 100.000 Erwerbstätigen. Von neurotischen und Belastungsstörungen sind zwar etwas mehr Männer betroffen (320/100.000) jedoch entfallen auf diese Diagnosegruppe - aufgrund kürzerer AU-Dauer -

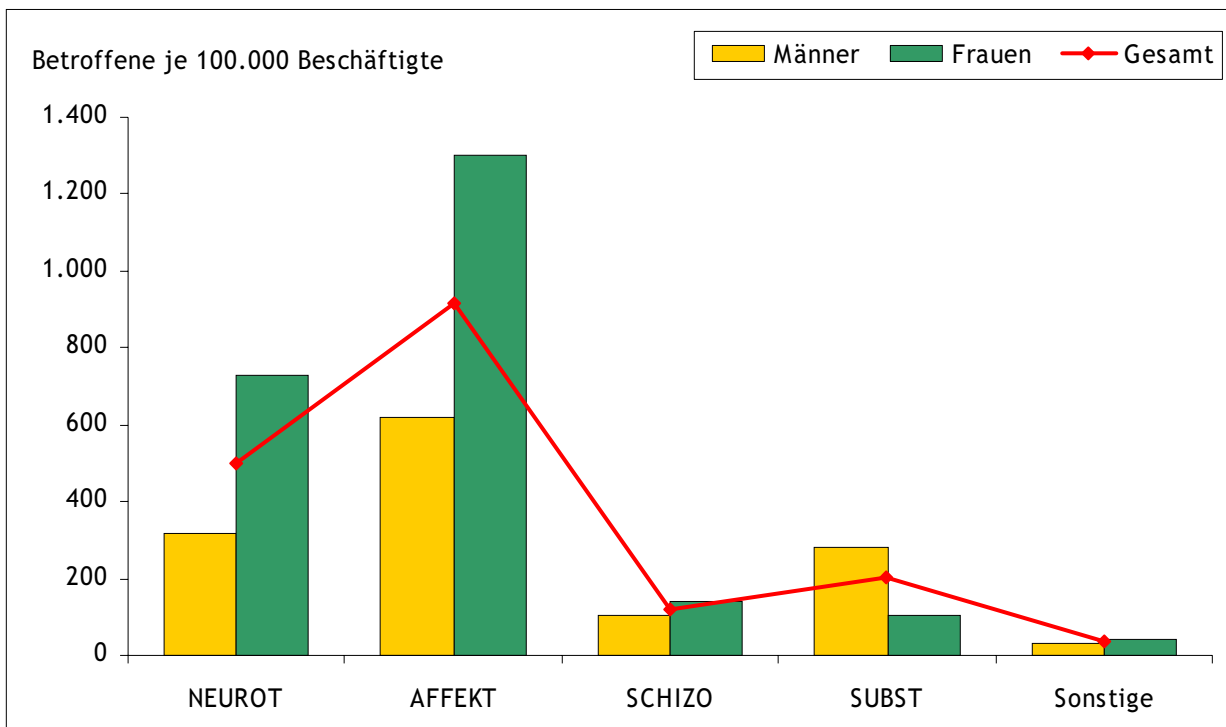
weniger Krankenstandstage (knapp 8.000/100.000 Erwerbstätigen). Aufgrund Schizophrenie und ähnlicher Störungen gehen pro Jahr 100 von 100.000 Männern (also etwas weniger als bei den Frauen) mindestens einmal in Krankenstand (daraus ergeben sich knapp 7.000 AU/Tage je 100.000 Erwerbstätige).

**Abbildung 50: Arbeitsunfähigkeitsquote (Männer und Frauen)**



AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Sonstige=Sonstige psychische Störung  
 Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK

**Abbildung 51: Betroffenenquote (Männer und Frauen)**



*AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Sonstige=Sonstige psychische Störung  
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK*

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer beträgt bei den neurotischen und Belastungsstörungen etwa 25 Tage. Nur ein vergleichsweise geringer Anteil davon geht auf Behandlungen in Kranken- und Kuranstalten zurück (durchschnittlich 3 Tage oder 12 Prozent der AU-Tage).

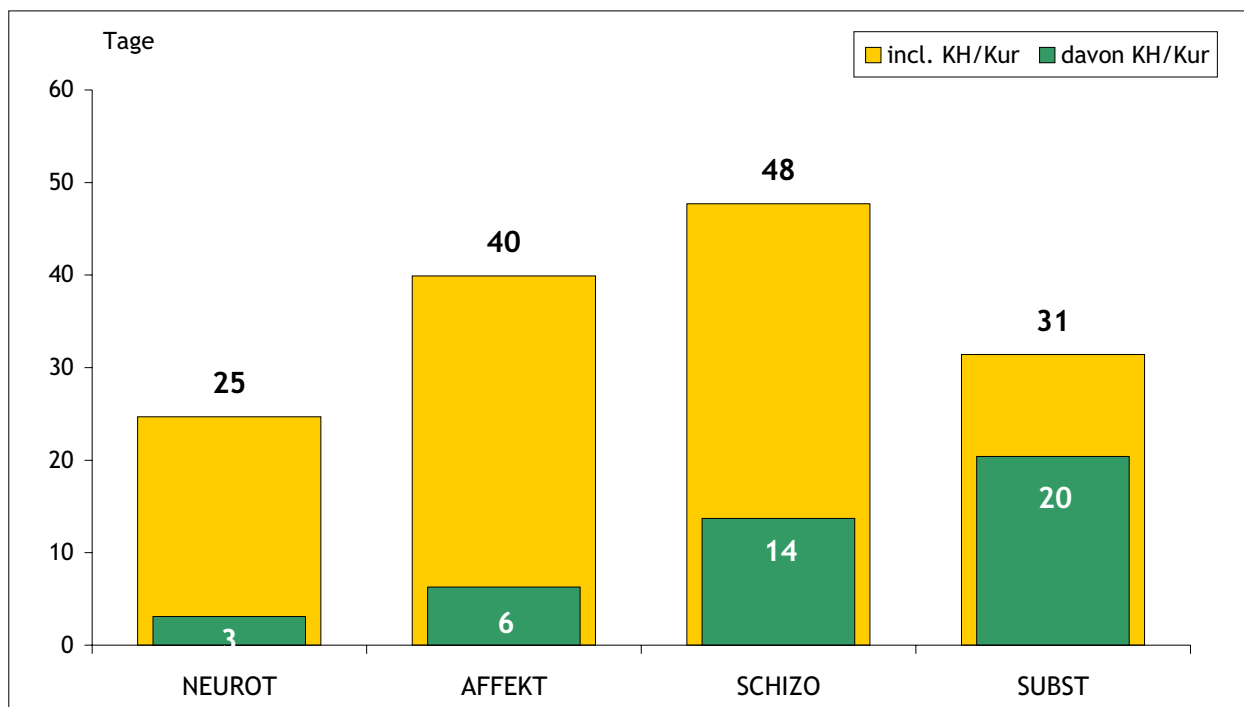
Arbeitsunfähigkeitsepisoden aufgrund affektiver Störungen dauern durchschnittlich etwa 40 Tage. Etwa 15 Prozent (oder durchschnittlich 6 Tage) gehen auf Behandlungen in Krankenanstalten und ähnlichen Einrichtungen zurück.

Bei schizophrenieähnlichen Erkrankungen ist der Anteil der Krankenstandstage, die auf die Behandlung in Anstalten zurückzuführen ist, deutlich höher. Knapp 30 Prozent der Erkrankungstage werden in Krankenhäusern und Kuranstalten etc. zugebracht (durchschnittlich 14 Tage/AU-Episode). Die durchschnittliche Erkrankungsdauer beträgt 48 Tage und ist bei Männern (mit durchschnittlich 52 Tagen je AU-Episode) im Durchschnitt um 9 Tage länger als bei Frauen (mit 43 Tagen/AU-Episode).

Besonders hoch ist der Anteil der Behandlungstage in Anstalten bei den durch Konsum psychotroper Substanzen bedingten Erkrankungen (im Wesentlichen alkoholbezogene Erkrankungen). Bei einer durchschnittlichen Krankenstandsdauer von 31 Tagen je AU-

Episode entfallen fast zwei Drittel der Tage (65 Prozent) auf die Behandlung in Kranken- und Kuranstalten. Das sind durchschnittlich 20 Tage je Krankenstandsperiode.

**Abbildung 52: Durchschnittliche Krankenstandsdauer inkl. Krankenhaus- und Kur-aufenthalte**



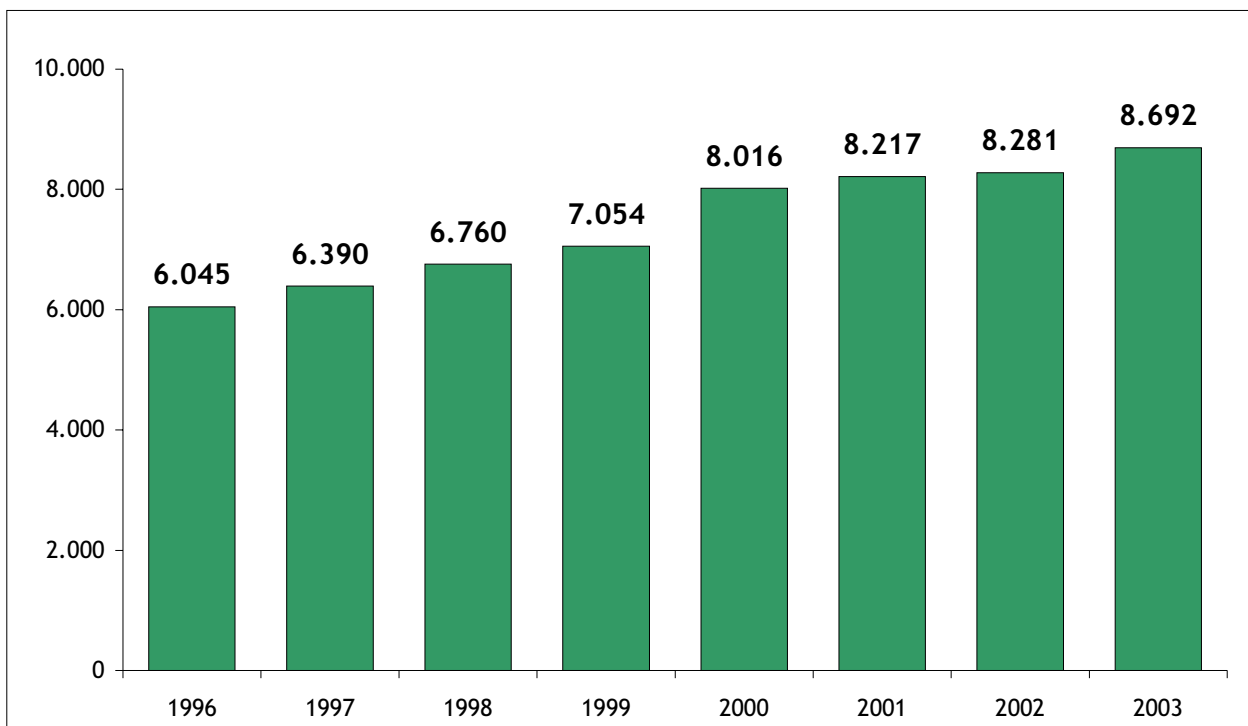
AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK

### 4.3.3 Zeitliche Entwicklung

In den letzten Jahren lässt sich eine Zunahme der Krankenstände, die durch psychische Störungen bedingt sind, beobachten. Von 1996 bis 2003 stieg die jährliche Anzahl der Krankmeldungen von beschäftigten OÖGKK-Versicherten um mehr als 40 Prozent (von ca. 6.000 im Jahr 1996 auf über 8.500 im Jahr 2003)<sup>200</sup>.

**Abbildung 53: Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund psychischer Störungen 1996-2003**



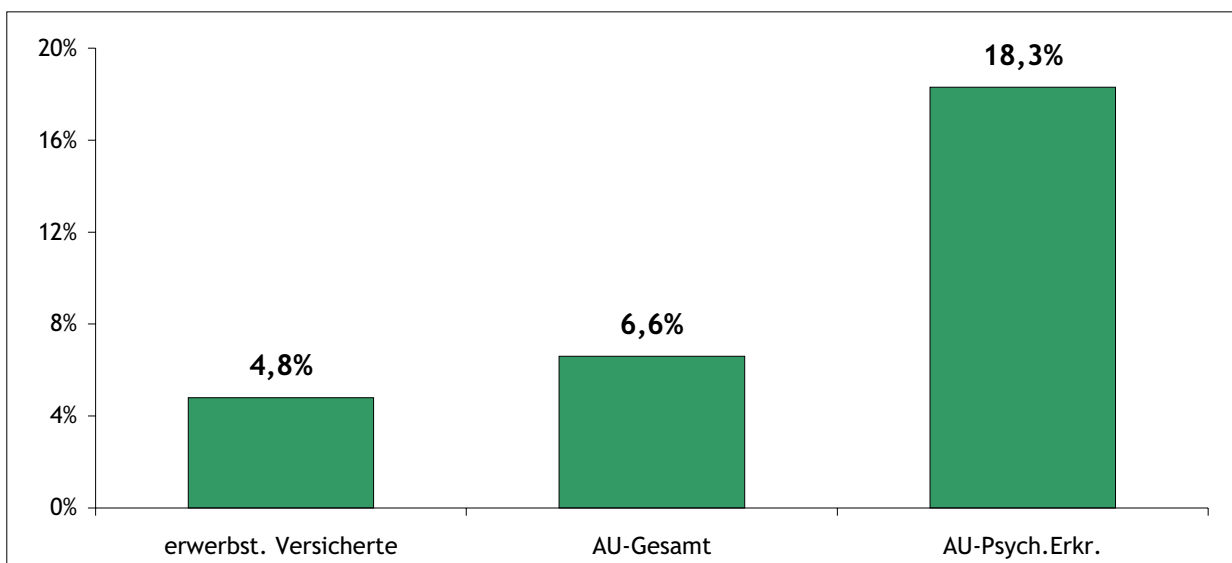
Quelle: OÖGKK Leistungsstatistik; OÖGKK-Versicherte; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, nur Arbeiter und Angestellte; ohne Arbeitslose

Anzumerken ist, dass die in Abbildung 53 wiedergegebenen Zahlen nur die Arbeitsunfähigkeitsepisoden von beschäftigten Versicherten, nicht jedoch die der Arbeitslosen beinhalten. Arbeitslose machen jedoch einen nicht unbedeutenden Anteil unter den gesamten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aus. Obwohl 2004 im Jahresdurchschnitt nur 4,8 Prozent der erwerbstätigen GKK-Versicherten arbeitslos waren, fallen 18 Prozent der durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dieses Jahres auf

<sup>200</sup> Berücksichtigt sind hier nur die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der beschäftigten ArbeiterInnen und Angestellten, nicht jedoch z.B. die Krankenstandsmeldungen der arbeitslosen OÖGKK-Versicherten. Die Zahlen sind daher nicht mit Tabelle 2 vergleichbar.

arbeitslose Personen. Anders ausgedrückt gehen bei Arbeitslosen 5,3 Prozent der Krankenstandsfälle auf psychische Störungen zurück, während dies bei Beschäftigten nur 1,7 Prozent sind. Der Anteil ist bei Arbeitslosen also etwa dreimal so hoch. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass psychische Erkrankungen in hohem Ausmaß mit sozialen Problemen am Arbeitsmarkt korrespondieren, sei es, weil psychische Probleme zu Arbeitslosigkeit führen oder diese Probleme durch Arbeitslosigkeit ausgelöst bzw. verstärkt werden. Dieser Umstand wird im nachfolgenden Kapitel noch genauer beleuchtet.

**Abbildung 54: Anteil der Arbeitslosen an den erwerbstätigen Versicherten, an den AU-Meldungen und an den durch psychischen Erkrankungen bedingten AU-Meldungen**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK

## 4.3.4 Krankenstände nach Alter, Geschlecht und Versicherungengruppe für ausgewählte Erkrankungsgruppen

Nachfolgend soll untersucht werden, wie die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenstand infolge einer psychischen Erkrankung mit verschiedenen soziodemografischen Faktoren zusammenhängt. Auch die Betroffenheit durch weitere psychische Erkrankungen (Mehrfachbetroffenheit) wird als Einflussgröße berücksichtigt. Weiters soll der Frage nachgegangen werden, ob die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Krankenstandsdauer) bei Betroffenen mit den verschiedenen soziodemografischen Variablen korreliert. Dabei werden die Diagnosegruppen „neurotische und Belastungsstörungen“, „affektive Störungen“, „schizophrene Erkrankungen“ und „Alkoholerkrankungen“ getrennt betrachtet.

### 4.3.4.1 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

#### Krankenstandsrisiko

Bei den neurotischen und Belastungsstörungen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Altersgruppen feststellen - in allen Altersgruppen ist ein ähnlich hoher Anteil mit Krankenständen dieser Diagnosegruppe betroffen. Deutlich höher ist das Risiko bei Frauen, das - mit etwa 700 Betroffene je 100.000 Erwerbstätigen - etwa doppelt so hoch ist als bei Männern (Odds-Ratio 2,2;  $p < 0,001$ )<sup>201</sup>.

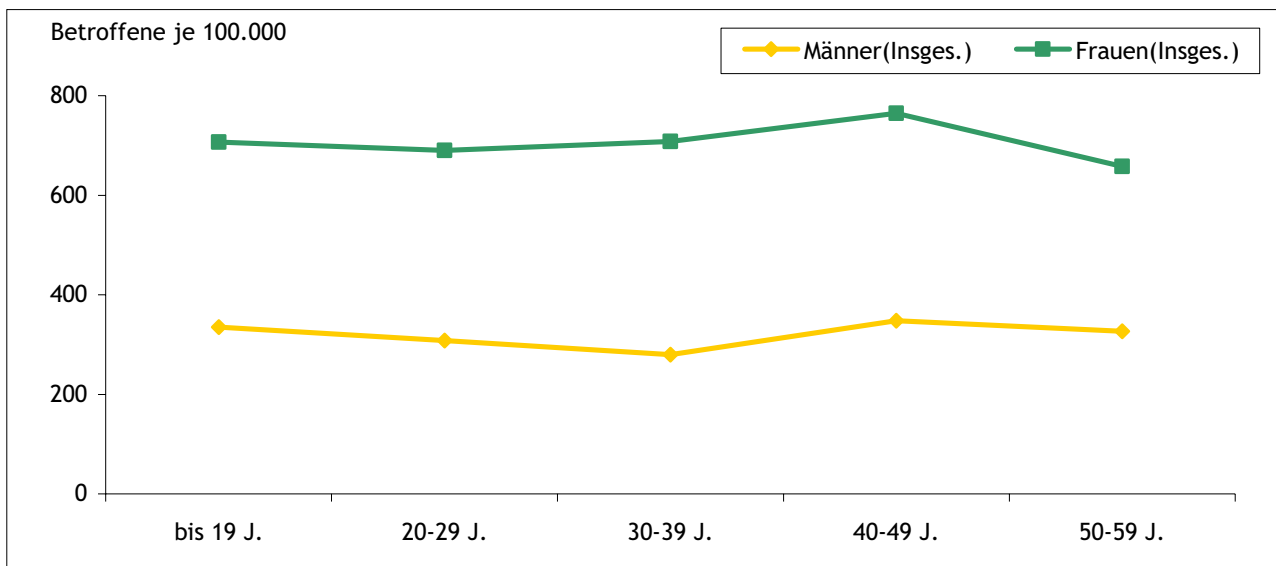
---

<sup>201</sup> Um den eigenständigen Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit der Arbeitsunfähigkeit zu schätzen, wurde eine logistische Regression gerechnet. Die in der Folge angegebenen Risikoverhältnisse (Odds-Ratios) wurden anhand dieser logistischen Regression ermittelt. In das Modell wurden folgende Variablen einbezogen: Geschlecht (Referenzkategorie: männlich), Beschäftigungsstatus (ArbeiterInnen, Angestellte, Arbeitslose; Referenzkat.: Angestellte), Altersgruppe (Referenzkat.: bis 19 J.), Krankenstand aufgrund Alkoholdiagnose (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund schizophrener Erkrankung (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund affektiver Erkrankung (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Stadt/Land (Stadt: Bezirke Linz, Wels und Steyr; Referenzkat.: Land - restliche Bezirke).  
Ergebnisse: R-Quadrat (Nagelkerke)=0,038;  $p < 0,001$ ; Odds-Ratios ( $\exp(B)$ ): Frauen (v. Männer): OR=2,2/  $p < 0,001$ ; Altersgruppe: nicht signifikant; Arbeiter (v. Angestellte): OR=1,1/  $p < 0,01$ ; Arbeitslose (v. Angestellte): OR=1,8/  $p < 0,001$ ; AU-Alkohol: OR=4,1/  $p < 0,001$ ; AU-Schizo-

phrenie: OR=5,1/  $p < 0,001$ ; AU-affektive Erkr.: OR=8,2/  $p < 0,001$ ; Stadt (v. Land) 1,3/  $p < 0,01$ .



**Abbildung 55: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen nach Alter und Geschlecht**



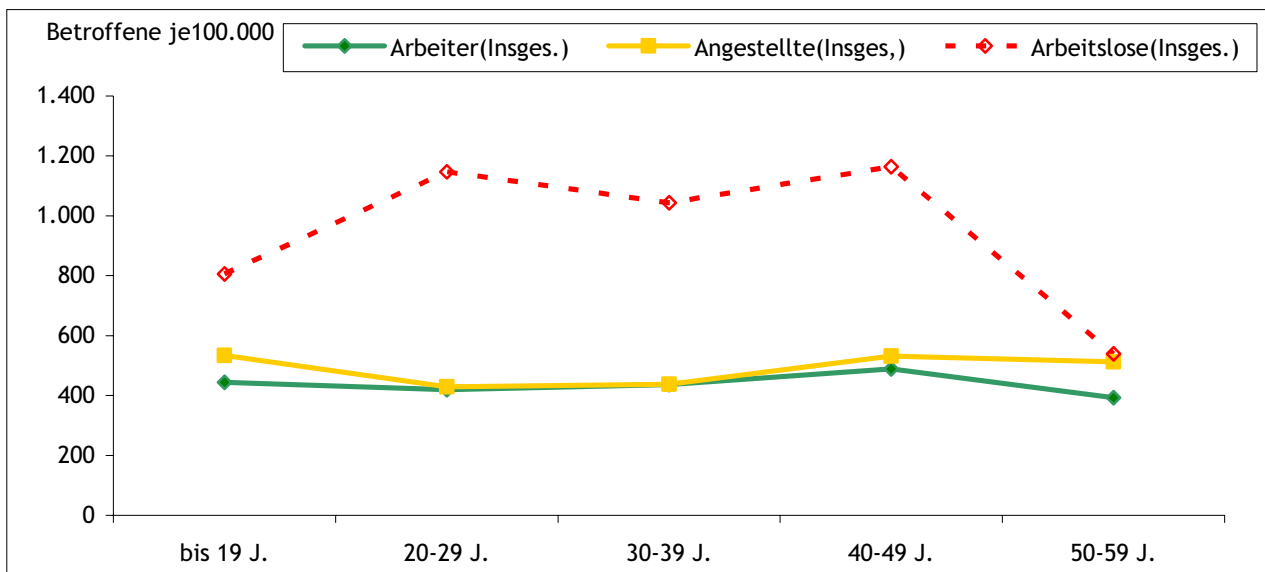
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Das Risiko von ArbeiterInnen unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der Angestellten<sup>202</sup>. Deutlich höher ist jedoch das Risiko von Arbeitslosen, AU-Episoden aufgrund von neurotischen Störungen aufzuweisen. Im Vergleich zu Angestellten weisen sie ein 80 Prozent höheres Risiko auf (Odds-Ration=1,8;  $p < 0,001$ ).

---

<sup>202</sup> Aus der grafischen Darstellung lässt sich kein Unterschied zwischen Angestellten und ArbeiterInnen erkennen. Bei Kontrolle von Alter und Geschlecht anhand einer logistischen Regression ergibt sich jedoch für ArbeiterInnen ein geringfügig höheres Risiko - Odds-Ratio 1,1  $p < 0,001$ .

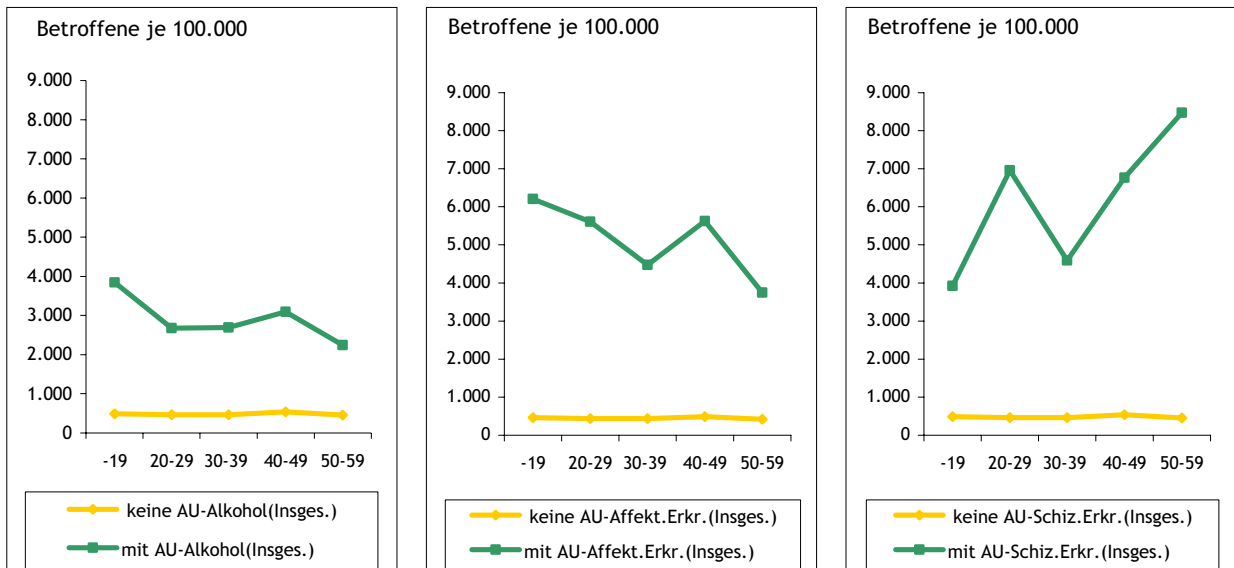
**Abbildung 56: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen nach Versichertengruppen und Alter**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Sehr deutlich erhöht sich das Risiko für eine Arbeitsunfähigkeit wegen neurotischer und Belastungsstörungen, wenn auch andere psychische Erkrankungen vorliegen. Personen, die im selben Jahr auch einen Krankenstand wegen Alkohol bedingter psychischer Erkrankungen aufweisen, weisen ein viermal so hohes Risiko auf (Odds-Ratio=4,1;  $p < 0,001$ ), solche mit affektiven Störungen ein fünfmal so hohes Risiko (Odds-Ratio=5,1;  $p < 0,001$ ) und Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit wegen einer schizophrenieähnlichen Erkrankung sogar ein achtmal so hohes Risiko (Odds-Ratio=8,2;  $p < 0,001$ ). Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diesen Umstand. Die Schwankungen zwischen den einzelnen Altersgruppen sind nicht als signifikant einzustufen, da sie sich innerhalb der zufälligen statistischen Schwankungsbreite bewegen.

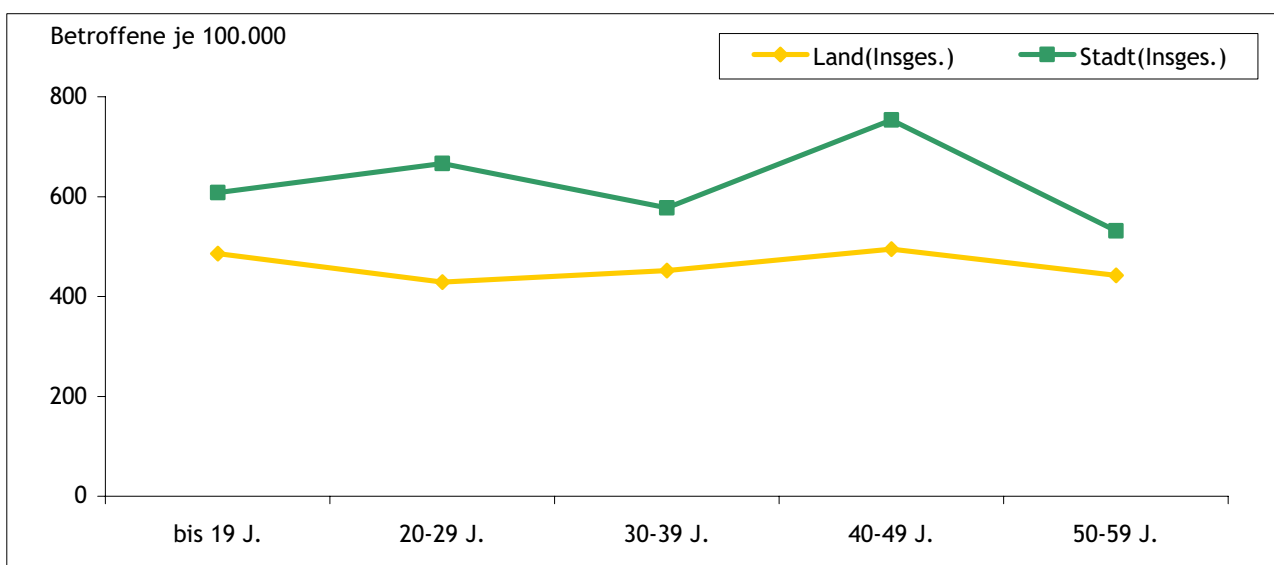
**Abbildung 57: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen und andere psychosoziale Störungen**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Geringfügige Unterschiede lassen sich auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen erkennen. Personen mit Wohnsitz in den Stadtbezirken (Linz, Wels, Steyr) weisen ein etwas höheres Risiko für Krankenstände infolge von neurotischen Störungen auf (Odds-Ratio=1,3;  $p < 0,001$ ).

**Abbildung 58: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen - Stadt/Land**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

## Krankenstandsdauer

Bisher wurde nur das Risiko verschiedener demografischer Gruppen betrachtet, innerhalb eines Jahres ein- oder mehrmals wegen neurotischer Störungen eine Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen. Nicht berücksichtigt wurde bisher die Anzahl der Krankenstandstage bzw. die Länge der Arbeitsunfähigkeit. Nachfolgend soll für die Personen, die Arbeitsunfähigkeit wegen neurotischen Störungen aufweisen, genauer untersucht werden, mit welchen demografischen Variablen die Anzahl der durch diese Erkrankungen bedingten Krankenstandstage - also die Länge des Krankenstandes im Jahr - zusammenhängen<sup>203</sup>.

Zwischen Frauen und Männern mit neurotischen und Belastungsstörung lässt sich kein Unterschied hinsichtlich der Gesamtanzahl der AU-Tage im Jahr feststellen, d.h. wenn Personen von Arbeitsunfähigkeit mit dieser Diagnose betroffen sind, weisen die Geschlechter gleich hohe Krankenstandsdauer auf. Dasselbe gilt für Arbeiter, Angestellte und arbeitslose Betroffene. Auch hinsichtlich dieser Merkmale kann kein Unterschied in der Anzahl der AU-Tage festgestellt werden.

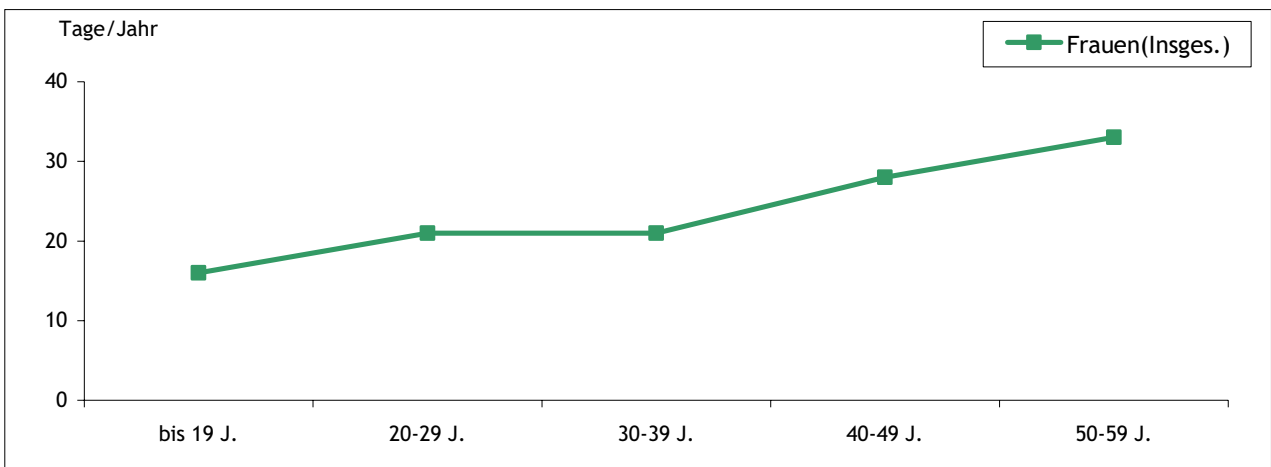
Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich nach Altersgruppen. Je älter die Betroffenen sind, desto mehr Krankenstandstage sind zu beobachten. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diesen Sachverhalt.

---

<sup>203</sup> Zu diesem Zweck wurde eine lineare Regression gerechnet, in die nur die Personen mit mindestens einer AU-Episode im betrachteten Jahr einbezogen wurden. Die abhängige Variable bildet die Gesamtanzahl der AU-Tage mit der Diagnose neurotische und Belastungsstörungen. Als unabhängige Variable wurden Alter (in Dekaden), Geschlecht (als Dummy-Variable: Frauen v. Männer), Versichertenkategorie (als Dummy-Variablen: ArbeiterInnen und Arbeitslose v. Angestellte) sowie städtische/ländliche Region (als Dummy-Variable Stadt v. Land) einbezogen.

Ergebnisse: R-Quadrat=0,014;  $p < 0,001$ ; Frauen (v. Männer): nicht signifikant; Arbeiter und Arbeitslose (v. Angestellte): nicht signifikant; Stadt (v. Land):  $Beta = 0,05 / p < 0,01$ ; Alter:  $Beta = 0,11 / p < 0,001$ .

**Abbildung 59: Erkrankungsdauer bei neurotischen und Belastungsstörungen nach Alter und Geschlecht**

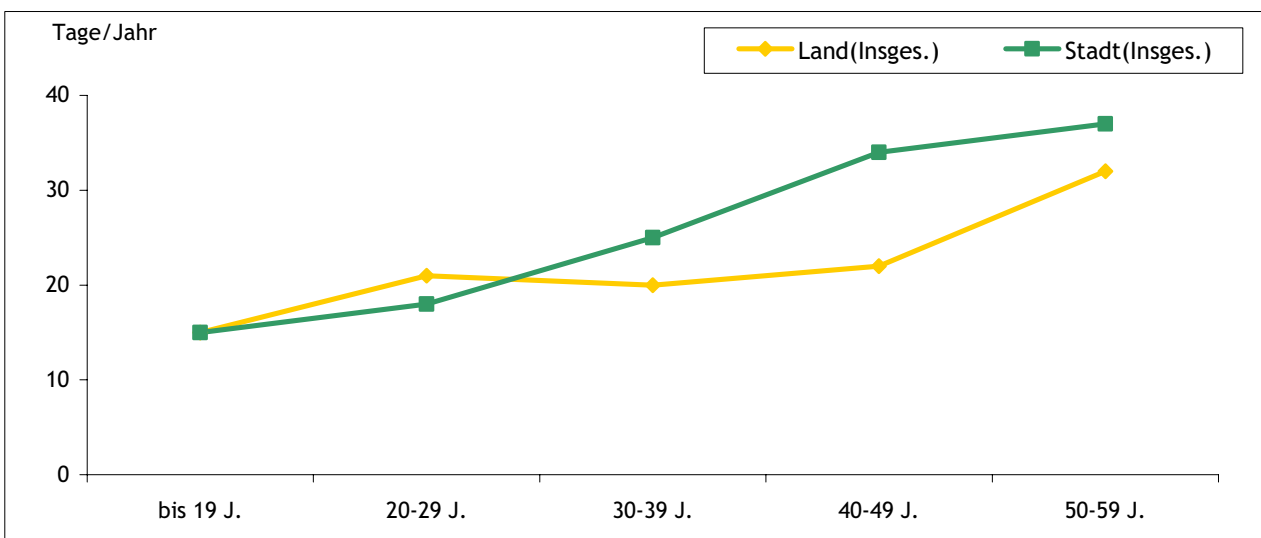


Nur Betroffene (Personen mit AU wegen neurotischen und Belastungsstörungen)

Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Geringfügige Unterschiede lassen sich auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen erkennen. Betroffene aus städtischen Gebieten weisen im Durchschnitt mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf. Dieser Unterschied kommt jedoch vor allem durch die Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren zustande.

**Abbildung 60: Erkrankungsdauer bei neurotischen und Belastungsstörungen - Stadt/Land**



Nur Betroffene (Personen mit AU wegen neurotischen und Belastungsstörungen)

Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

#### 4.3.4.2 Affektive Störungen

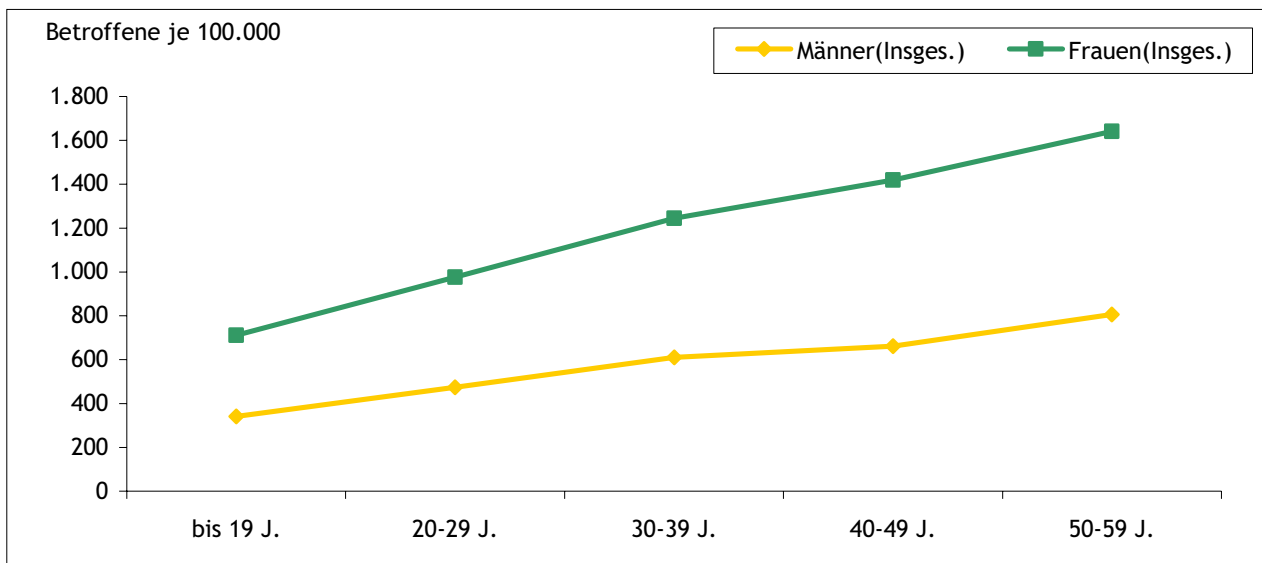
##### Krankenstandsrisiko

Das Krankenstandsrisiko für affektive Erkrankungen, also die Wahrscheinlichkeit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsepisode innerhalb eines Jahres aufgrund einer Diagnose aus dieser Gruppe, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Im Vergleich zu den unter 20-jährigen Erwerbstätigen weist die Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren ein 1,4-faches, die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen ein 1,8-faches, die der 40- bis 45-Jährigen ein doppeltes und die der 50- bis 59-Jährigen ein 2,2-faches Risiko für einen Krankenstand aufgrund dieser Diagnose auf. Dies trifft sowohl für Männer als auch für Frauen zu. Generell ist jedoch das Risiko für Frauen ungefähr doppelt so hoch wie für Männer<sup>204</sup>.

---

<sup>204</sup> Um den eigenständigen Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit der Arbeitsunfähigkeit zu schätzen wurde eine logistische Regression gerechnet. Die in der Folge angegebenen Risikoverhältnisse (Odds-Ratios) wurden anhand dieser logistischen Regression ermittelt. In das Modell wurden folgende Variablen einbezogen: Geschlecht (Referenzkategorie: männlich), Beschäftigungsstatus (ArbeiterrInnen, Angestellte, Arbeitslose; Referenzkat.: Angestellte), Altersgruppe (Referenzkat.: bis 19 J.), Krankenstand aufgrund Alkoholdiagnose (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund schizophreieartiger Erkrankung (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund neurotischer Störungen (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Stadt/Land (Stadt: Bezirke Linz, Wels und Steyr; Referenzkat.: Land - restliche Bezirke). Ergebnisse: R-Quadrat (Nagelkerke)=0,056;p<0,001; Odds-Ratios (exp(B)): Frauen (v. Männer): OR=2,1/p<0,001; Altersgruppen: 20-29 J.(v. >19J ): OR=1,4/p<0,001; 30-39 J.(v. >19J ): OR=1,8/p<0,001; 40-99 J.(v. >19J ): OR=2,0/p<0,001; 50-59 J.(v. >19J ): OR=2,2/p<0,001; Arbeiter (v. Angestellte): OR=1,3/ p<0,001; Arbeitslose (v. Angestellte): OR=3,7/p<0,001; AU-Alkohol: OR=7,7/p<0,001;AU-Schizophrenie: OR=14,3/p<0,001; AU-neurot. Störungen: OR=8,4/p<0,001; Stadt (v. Land) 1,4/p<0,01.

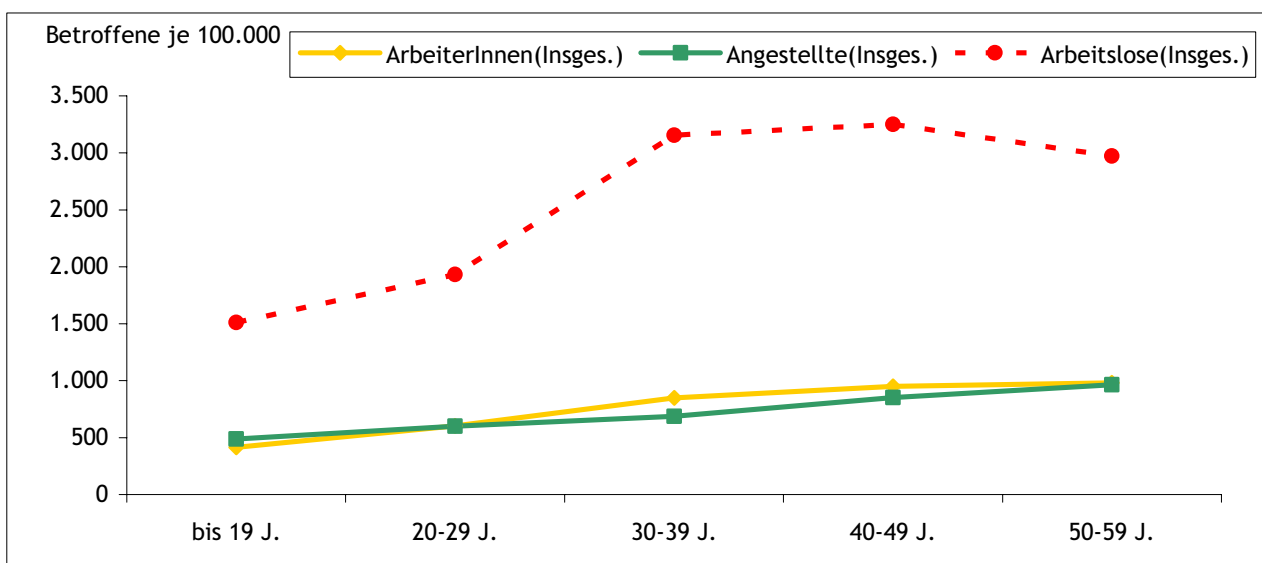
**Abbildung 61: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen nach Alter und Geschlecht**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

ArbeiterInnen weisen im Durchschnitt ein geringfügig höheres Risiko auf als Angestellte (Odds-Ratio 1,3;  $p < 0,001$ ). Deutlich höher hingegen ist die Wahrscheinlichkeit für Arbeitslose, von durch affektive Erkrankungen verursachtem Krankenstand betroffen zu sein. Das Risiko ist für Arbeitslose 3,7-mal so hoch wie für Angestellte.

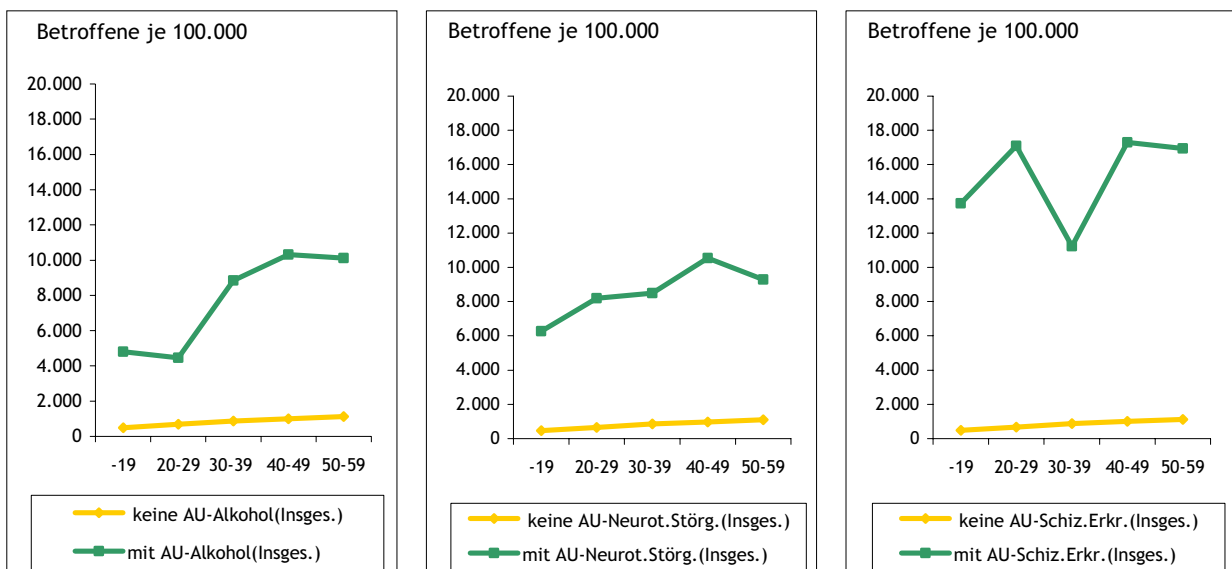
**Abbildung 62: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen nach Versicherungsgруппen und Alter**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Auch Personen, die unter anderen psychischen Störungen leiden, weisen deutlich häufiger Arbeitsunfähigkeitsepisoden infolge von affektiven Störungen auf. So ist das Krankenstandsrisiko bei Personen, die eine AU-Episode aufgrund einer Alkoholdiagnose aufweisen, mehr als siebenmal so hoch, das derer mit einer neurotischen Störung achtmal so hoch und das derer mit Schizophrenie (oder schizophrenieähnlicher Diagnose) sogar 14-mal so hoch wie bei Personen ohne Krankenstand mit einer derartigen Diagnose. Bezüglich der nachfolgenden Abbildung, die das erhöhte Risiko der Betroffenen veranschaulicht, ist anzumerken, dass die Schwankungen zwischen den einzelnen Altersgruppen nicht als signifikant anzusehen sind.

**Abbildung 63: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen und andere psychosoziale Erkrankungen**

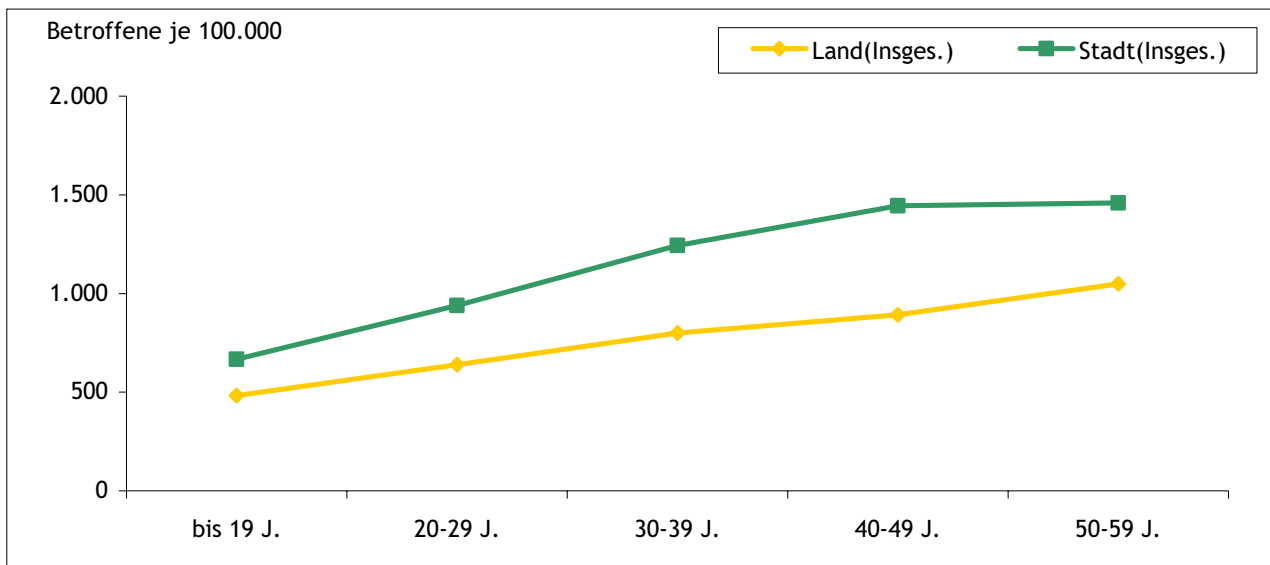


Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Auch bei Personen in städtischen Regionen (Linz, Wels, Steyr) lässt sich ein geringfügig höheres Risiko für einen Krankenstand infolge affektiver Störungen beobachten.



**Abbildung 64: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen - Stadt/Land**



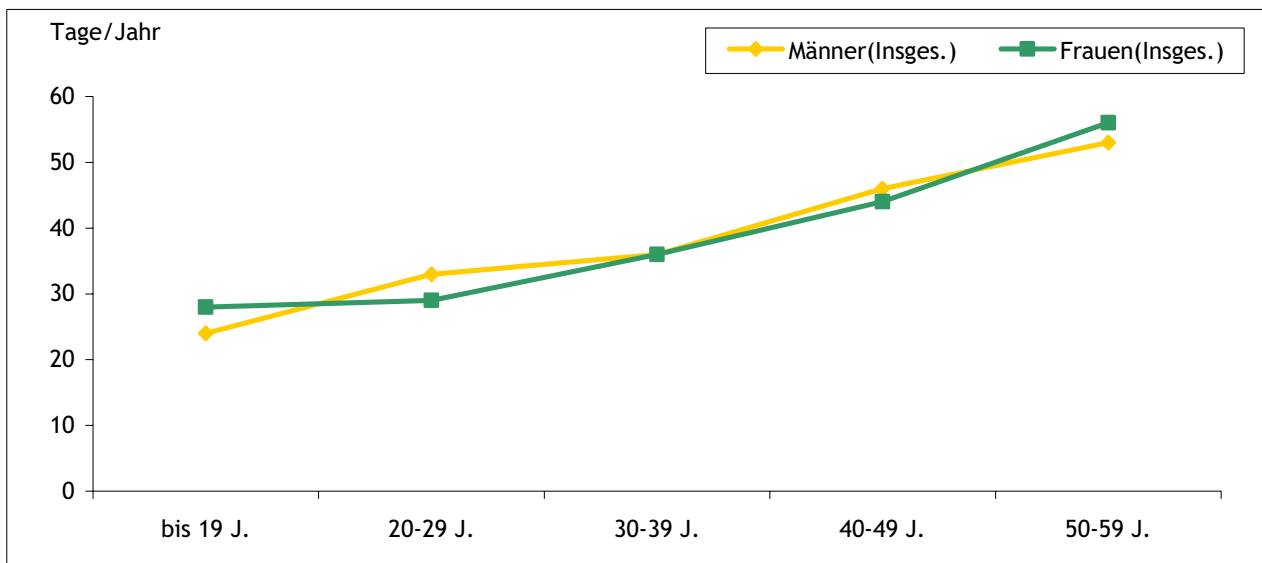
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

### Krankenstandsdauer

Betrachtet man die Betroffenen von Krankenständen mit der Diagnose von affektiven Störungen hinsichtlich der Krankenstandsdauer, so lässt sich zwischen Männern und Frauen kein Unterschied feststellen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die durchschnittliche Krankenstandsdauer (AU-Tage pro Jahr) deutlich an<sup>205</sup>.

<sup>205</sup> Zur Untersuchung der Krankenstandsdauer wurde eine lineare Regression gerechnet, in die nur die Personen mit mindestens einer AU-Episode mit der betreffenden Diagnose im betrachteten Jahr einbezogen wurden. Die abhängige Variable bildet die Gesamtanzahl der AU-Tage mit der Diagnose affektive Störungen. Als unabhängige Variable wurden Alter (in Dekaden), Geschlecht (als Dummy-Variable: Frauen v. Männer), Versichertenkategorie (als Dummy-Variablen: ArbeiterInnen und Arbeitslose v. Angestellte) sowie städtische/ländliche Region (als Dummy-Variable Stadt v. Land) einbezogen. Ergebnisse: R-Quadrat=0,022;  $p < 0,001$ ; Frauen (v. Männer): nicht signifikant; Arbeiter (v. Angestellte): Beta -3,2/ $p < 0,01$ ; Arbeitslose (v. Angestellte): nicht signifikant; Stadt (v. Land): Beta=0,05/ $p < 0,01$ ; Alter: Beta=0,13/ $p < 0,001$ .

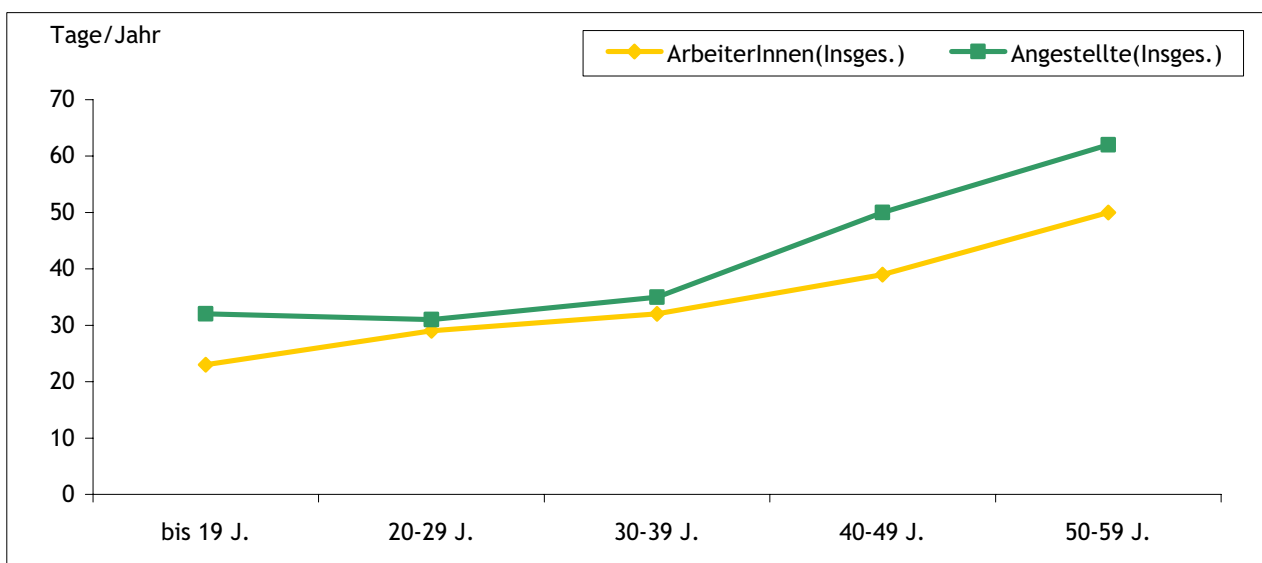
**Abbildung 65: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen nach Alter und Geschlecht**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Geringfügige Unterschiede lassen sich zwischen ArbeiterInnen und Angestellten dahingehend erkennen, dass ArbeiterInnen, die Krankenstandsepisoden aufgrund affektiver Störungen aufweisen, im Durchschnitt weniger AU-Tage dieser Diagnose in Anspruch nehmen. Zwischen Arbeitslosen und Angestellten lässt sich kein wesentlicher Unterschied nachweisen.

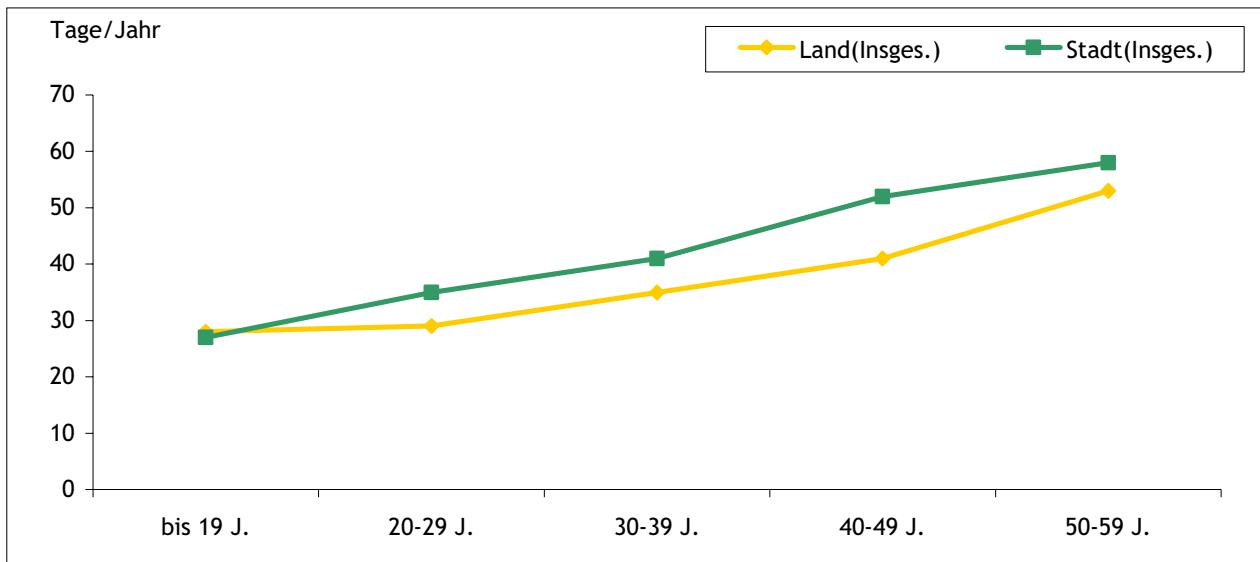
**Abbildung 66: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen nach Versicherten-  
gruppe**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Geringfügige Unterschiede in der Krankenstandsdauer zeigen sich auch bei Betroffenen aus ländlichen Regionen, die im Vergleich zu den Städten im Durchschnitt weniger AU-Tage infolge affektiver Störungen aufweisen.

**Abbildung 67: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen - Stadt/Land**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

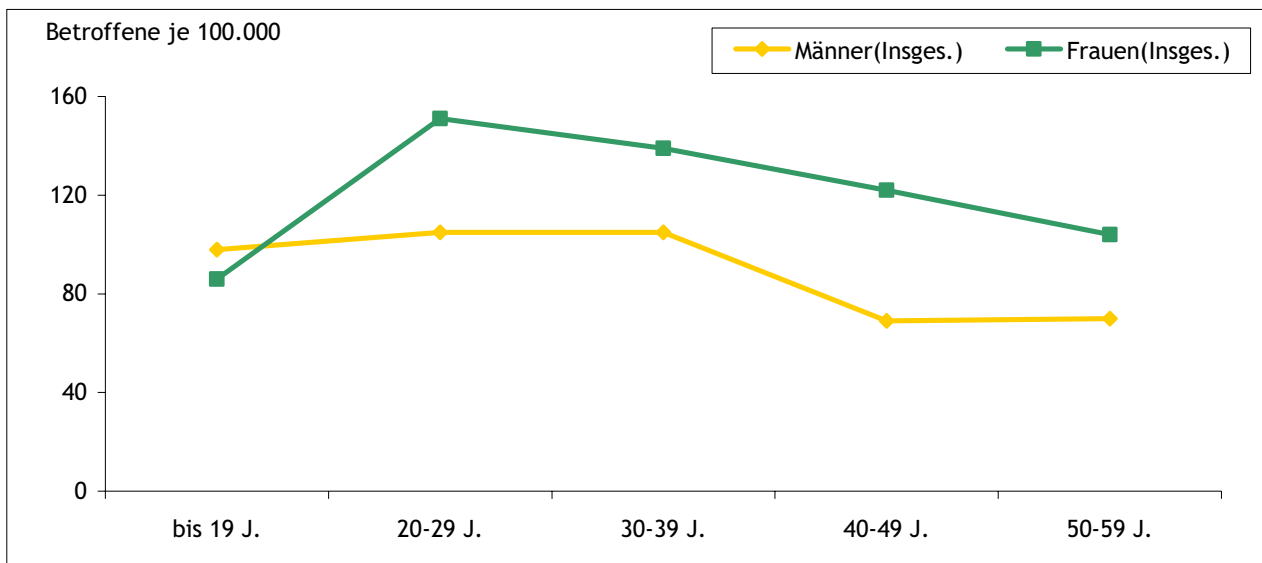
#### 4.3.4.3 Schizophrenie und schizophrenieähnliche Erkrankungen

##### Krankenstandsrisiko

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenstandes infolge von Schizophrenie oder schizophrenieähnlichen Erkrankungen steigt in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen stark an (auf mehr als das 1,5-fache Risiko der Erwerbstätigen unter 20 Jahren). Dieser Anstieg ist vor allem durch die Zunahme der Krankenstandswahrscheinlichkeit bei den Frauen bedingt. Ab dem 40. Lebensjahr sinkt der Anteil mit einer oder mehreren Krankenstandsepisoden wieder (sowohl bei Frauen als auch bei Männern), so dass sich kein wesentlicher Unterschied mehr zu den unter 19-Jährigen feststellen lässt. Im Durchschnitt über alle Altersgruppen ist die Wahrscheinlichkeit von Krankenstandsepisoden aufgrund schizophrenieähnlicher Erkrankungen für Frauen um das 1,4-fache höher als für Männer<sup>206</sup>.

<sup>206</sup> Um den eigenständigen Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit der Arbeitsunfähigkeit zu schätzen, wurde eine logistische Regression gerechnet. Die in der Folge angegebenen Risikoverhältnisse (Odds-Ratios) wurden anhand dieser logistischen Regression ermittelt. In das Modell wurden folgende Variablen einbezogen: Geschlecht (Referenzkategorie: männlich), Beschäftigungsstatus

**Abbildung 68: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht**



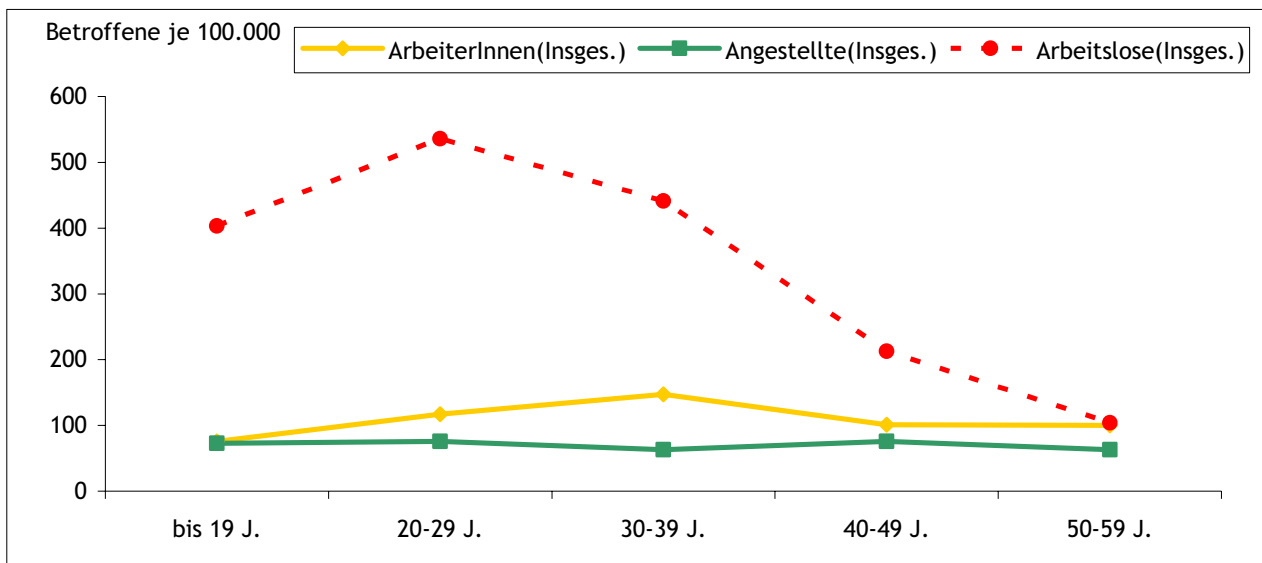
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Im Vergleich zu Angestellten weisen Arbeiter und Arbeiterinnen ein fast doppelt höheres Risiko auf (Odds-Ratio=1,9;  $p < 0,001$ ). Noch höher ist jedoch das Risiko für arbeitslose Personen. Diese weisen, im Durchschnitt über alle Altersgruppen, ein etwa viermal so hohes Risiko auf wie Angestellte. Besonders deutlich ist der Unterschied in den Altersgruppen unter 40.

---

(ArbeiterInnen, Angestellte, Arbeitslose; Referenzkat.: Angestellte), Altersgruppe (Referenzkat.: bis 19 J.), Krankenstand aufgrund Alkoholdiagnose (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund schizophrenieartiger Erkrankung (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund neurotischer Störungen (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Stadt/Land (Stadt: Bezirke Linz, Wels und Steyr; Referenzkat.: Land - restliche Bezirke).  
 Ergebnisse: R-Quadrat (Nagelkerke)=0,065;  $p < 0,001$ ; Odds-Ratios (exp(B)): Frauen (v. Männer): OR=1,4/  $p < 0,001$ ; Altersgruppen: 20-29 J.(v. >19J ): OR=1,7/  $p < 0,01$ ; 30-39 J.(v. >19J ): OR=1,5/  $p < 0,05$ ; 40-99 J.(v. >19J ): nicht signifikant; 50-59 J.(v. >19J ): nicht signifikant; ArbeiterInnen (v. Angestellte): OR=1,9/  $p < 0,001$ ; Arbeitslose (v. Angestellte): OR=4,1/  $p < 0,001$ ; AU-Alkohol: nicht signifikant; AU-affektive Störung: OR=14,0/  $p < 0,001$ ; AU-neurot. Störungen: OR=4,9/  $p < 0,001$ ; Stadt (v. Land) 1,3/  $p < 0,01$ .

**Abbildung 69: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen nach Versicherungengruppe und Alter**

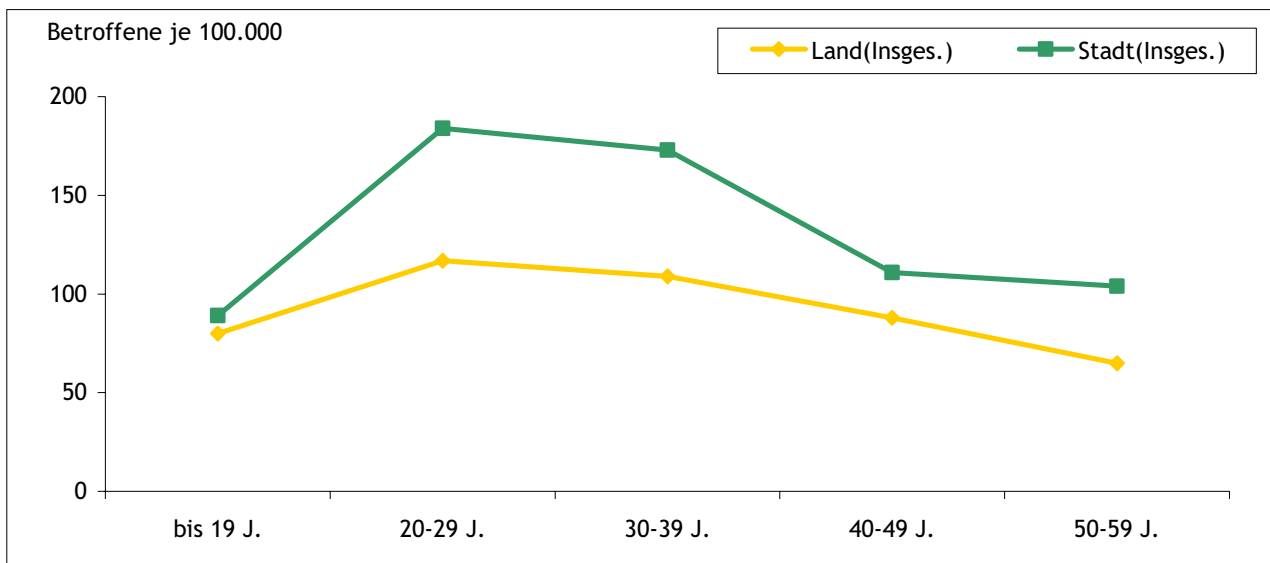


Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Personen mit Krankenständen infolge von neurotischen und Belastungsstörungen haben fast fünfmal und Personen mit affektiven Störungen vierzehn mal häufiger zusätzlich Krankenstände mit einer Schizophreniediagnose.

Auch ein leichtes Stadt-Land-Gefälle lässt sich beobachten: Einwohner von Städten haben gegenüber denen aus ländlichen Regionen ein geringfügig höheres Risiko für Krankenstände mit Schizophreniediagnosen (Odds-Ratio=1,3;  $p < 0,05$ ).

**Abbildung 70: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen - Stadt/Land**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

### Krankenstandsdauer

Hinsichtlich der Dauer der Krankenstände bei Betroffenen lassen sich weder hinsichtlich Geschlecht, Altersgruppe, Versichertenkategorie (ArbeiterInnen, Angestellte, Arbeitslose) noch zwischen Stadt und Land bedeutsame Unterschiede beobachten. Das heißt, bei Vorliegen von Krankenstandsepisoden mit einer Schizophreniediagnose unterscheiden sich die genannten Gruppen nicht hinsichtlich der durchschnittlichen AU-Tage mit dieser Diagnose<sup>207</sup>.

---

<sup>207</sup> Zur Untersuchung der Krankenstandsdauer wurde eine lineare Regression gerechnet, in die nur die Personen mit mindestens einer AU-Episode mit der betreffenden Diagnose im betrachteten Jahr einbezogen wurden. Die abhängige Variable bildet die Gesamtanzahl der AU-Tage mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung. Als unabhängige Variable wurden Alter (in Dekaden), Geschlecht (als Dummy-Variable: Frauen v. Männer), Versichertenkategorie (als Dummy-Variablen: Arbeiter und Arbeitslose v. Angestellte) sowie städtische/ländliche Region (als Dummy-Variable Stadt v. Land) einbezogen. Ergebnisse: Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

#### 4.3.4.4 Alkoholkrankungen

##### Krankenstandsrisiko

Am geringsten ist der Anteil der von Krankenständen mit Alkoholdiagnosen Betroffenen in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen, sowohl bei Männern, als auch bei Frauen. Das Risiko in dieser Altersgruppe ist ca. 40 Prozent niedriger, als in der Gruppe der unter 20-Jährigen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko dann wieder an und erreicht seinen Höhepunkt in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Daraufhin sinkt der Anteil wieder ab und liegt in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen sogar unter dem Niveau der unter 19-jährigen Referenzgruppe<sup>208</sup>.

Eine ähnliche Verteilung wurde bereits bei den Krankenhausaufenthalten aufgrund von Alkoholdiagnosen festgestellt (siehe Kapitel 4.2.2.3). Es wurde auch festgehalten, dass der Anteil der Krankenstandstage, die auf stationäre Behandlungen zurückgehen, bei den Alkoholkrankungen besonders hoch ist (siehe Abbildung 52), was die Ähnlichkeit des Verlaufes erklärt.

Die Verteilung dürfte durch die Überlagerung verschiedener Diagnosen, die in unterschiedlichen Altersgruppen vorherrschen, zustande kommen. So zeigt eine Analyse der Krankenhausbehandlungen, dass die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen gehäuft anzutreffen ist, jedoch auch eine gewisse Verbreitung in den Altersgruppen zwischen 30 und 60 Jahren zeigt. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit ist in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren am häufigsten anzutreffen. Diagnosen „alkoholinduzierter körperlicher Störungen“ finden sich am häufigsten bei 50- bis 59-Jährigen<sup>209</sup>.

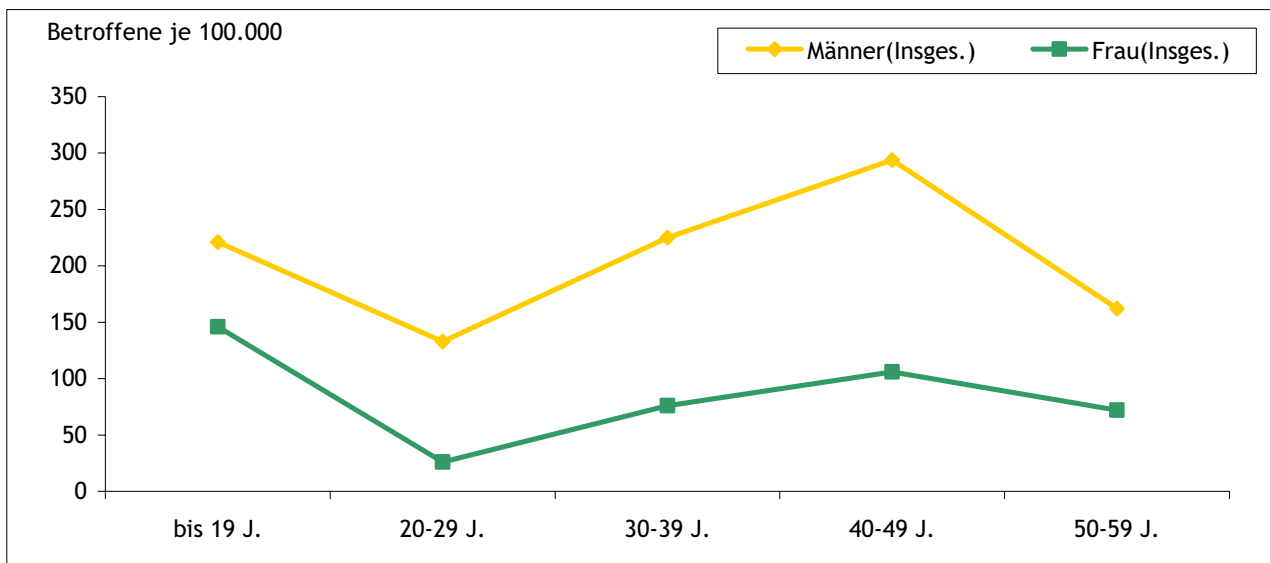
---

<sup>208</sup> Um den eigenständigen Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit der Arbeitsunfähigkeit zu schätzen, wurde eine logistische Regression gerechnet. Die in der Folge angegebenen Risikoverhältnisse (Odds-Ratios) wurden anhand dieser logistischen Regression ermittelt. In das Modell wurden folgende Variablen einbezogen: Geschlecht (Referenzkategorie: männlich), Beschäftigungsstatus (ArbeiterInnen, Angestellte, Arbeitslose; Referenzkat.: Angestellte), Altersgruppe (Referenzkat.: bis 19 J.), Krankenstand aufgrund Alkoholdiagnose (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund schizophrener Erkrankung (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Krankenstand aufgrund neurotischer Störungen (Referenzkat.: kein Krankenstand mit dieser Diagnose), Stadt/Land (Stadt: Bezirke Linz, Wels und Steyr; Referenzkat.: Land - restliche Bezirke).

Ergebnisse: R-Quadrat (Nagelkerke)=0,083;  $p < 0,001$ ; Odds-Ratios ( $\exp(B)$ ): Männer (v. Frauen):  $OR=2,7/p < 0,001$ ; Altersgruppen: 20-29 J.(v. >19J.):  $OR=0,58/p < 0,001$ ; 30-39 J.(v. >19J.): nicht signifikant; 40-99 J.(v. >19J.):  $1,35/p < 0,05$ ; 50-59 J.(v. >19J.):  $0,68/p < 0,05$ ; ArbeiterInnen (v. Angestellte):  $OR=2,3/p < 0,001$ ; Arbeitslose (v. Angestellte):  $OR=10,3/p < 0,001$ ; AU-Schizophrenie: nicht signifikant; AU-Affektive Störung:  $OR=7,4/p < 0,001$ ; AU-neurot. Störungen:  $OR=4,0/p < 0,001$ ; Stadt (v. Land)  $1,2/p < 0,01$ .

<sup>209</sup> (Gschwandtner 2005)

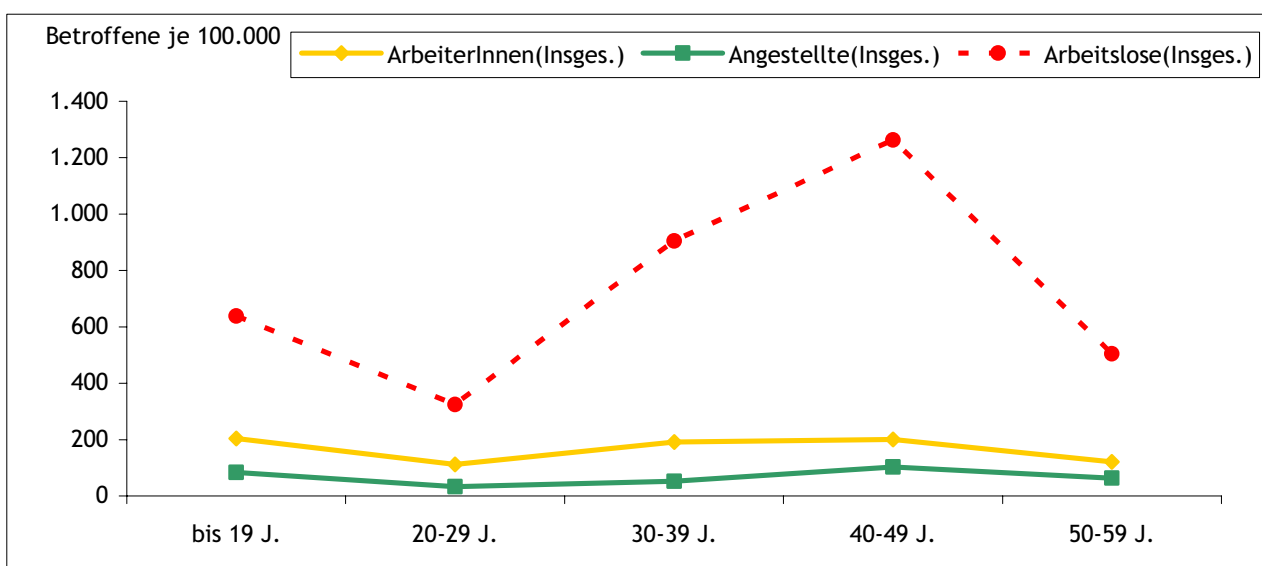
**Abbildung 71: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen nach Alter und Geschlecht**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

Im Vergleich zu Angestellten weisen ArbeiterInnen ein höheres Risiko für Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen auf. Ihr Risiko ist etwa doppelt so hoch. Wesentlich höher ist jedoch der Anteil unter Arbeitslosen, die ein zehnmals so hohes Risiko aufweisen wie Angestellte.

**Abbildung 72: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen nach Versicherungengruppe**

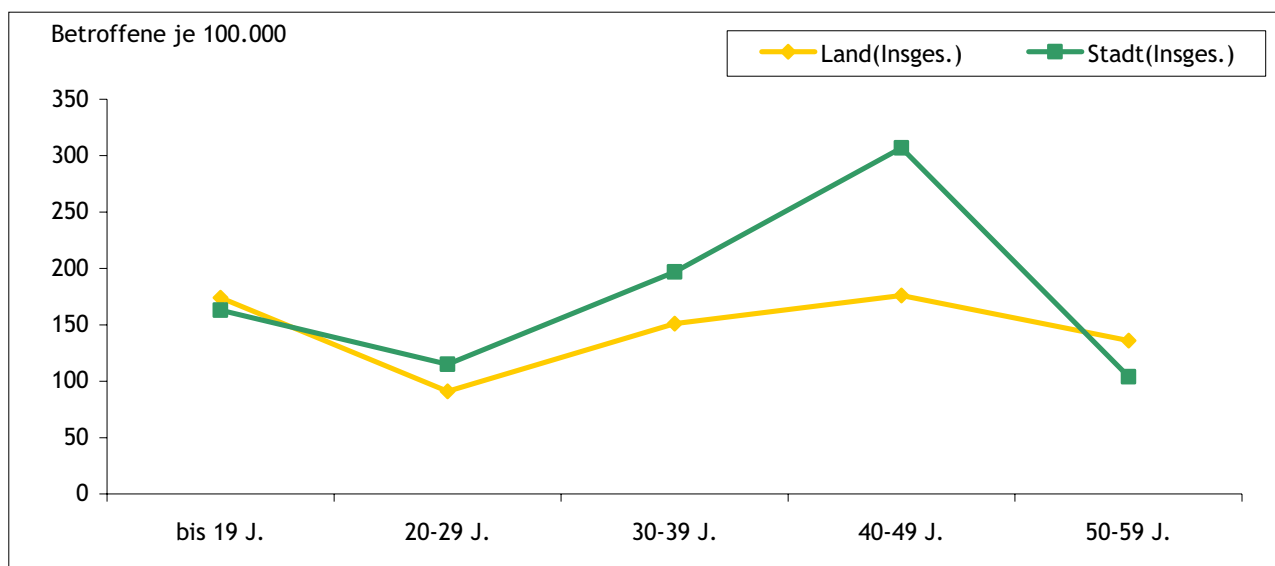


Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen



Auch andere psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen. Personen, die Arbeitsunfähigkeitstage wegen neurotischen Störungen aufweisen, haben ein viermal und solche mit affektiven Störungen ein siebenmal so hohes Risiko für Krankenstände aufgrund Alkoholbezogener psychischer Erkrankungen. Auch zwischen der Bevölkerung städtischer und ländlicher Regionen lassen sich geringfügige Unterschiede erkennen. Insbesondere die Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen Stadtbewohner ist häufiger von Krankenständen betroffen.

**Abbildung 73: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen - Stadt/Land**



Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

### Krankenstandsdauer

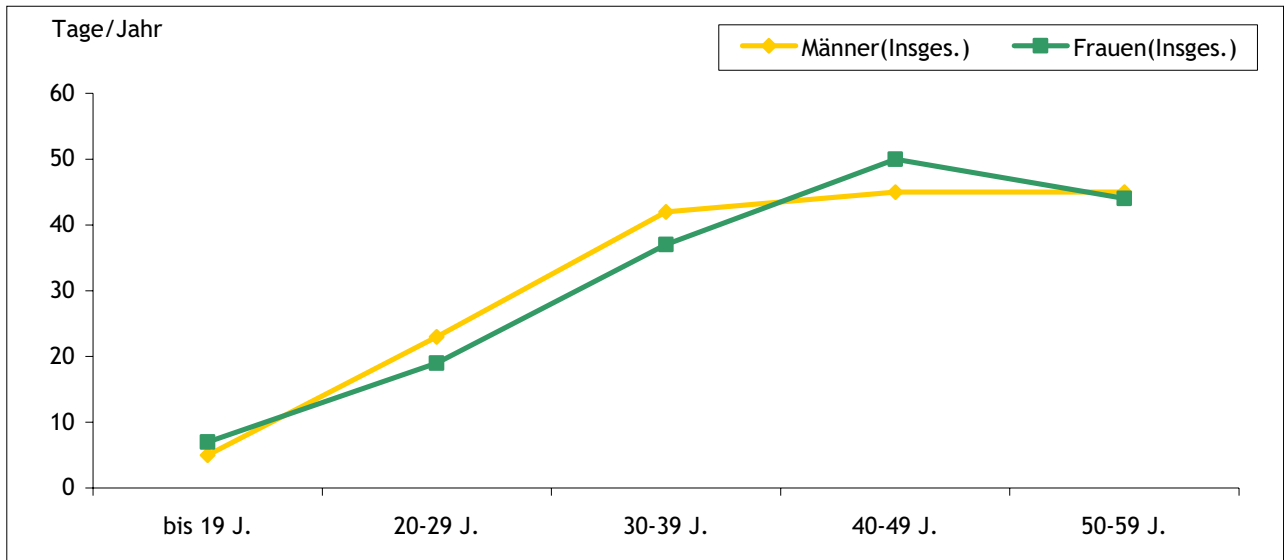
Die Dauer der Erkrankung - betrachtet wird hier die Anzahl der AU-Tage mit einer gegenständlichen Diagnose pro Jahr - hängt im Wesentlichen mit dem Alter der Betroffenen zusammen<sup>210</sup>. Dies dürfte durch unterschiedliche Erkrankungstypen (Einzeldiagnosen), die in den verschiedenen Altersgruppen in unterschiedlichem Ausmaß vorherrschen, bedingt sein. Während junge Betroffene vor allem an kurzen Erkrankungen leiden, die nur

<sup>210</sup> Zur Untersuchung der Krankenstandsdauer wurde eine lineare Regression gerechnet, in die nur die Personen mit mindestens einer AU-Episode mit der betreffenden Diagnose im betrachteten Jahr einbezogen wurden. Die abhängige Variable bildet die Gesamtanzahl der AU-Tage mit Alkoholdiagnose. Als unabhängige Variable wurden Alter (in Dekaden), Geschlecht (als Dummy-Variable: Frauen v. Männer), Versichertenkategorie (als Dummy-Variablen: ArbeiterInnen und Arbeitslose v. Angestellte) sowie städtische/ländliche Region (als Dummy-Variable Stadt v. Land) einbezogen.

Ergebnisse: R-Quadrat=0,067;  $p < 0,001$ ; Frauen (v. Männer): nicht signifikant; Arbeiter (v. Angestellte): nicht signifikant; Arbeitslose (v. Angestellte): nicht signifikant; Stadt (v. Land): nicht signifikant; Alter: Beta=0,27/ $p < 0,001$ .

wenige Krankenstandstage verursachen, weisen ältere Betroffene deutlich mehr AU-Tage auf.

**Abbildung 74: Erkrankungsdauer bei Alkoholerkrankungen nach Alter und Geschlecht**

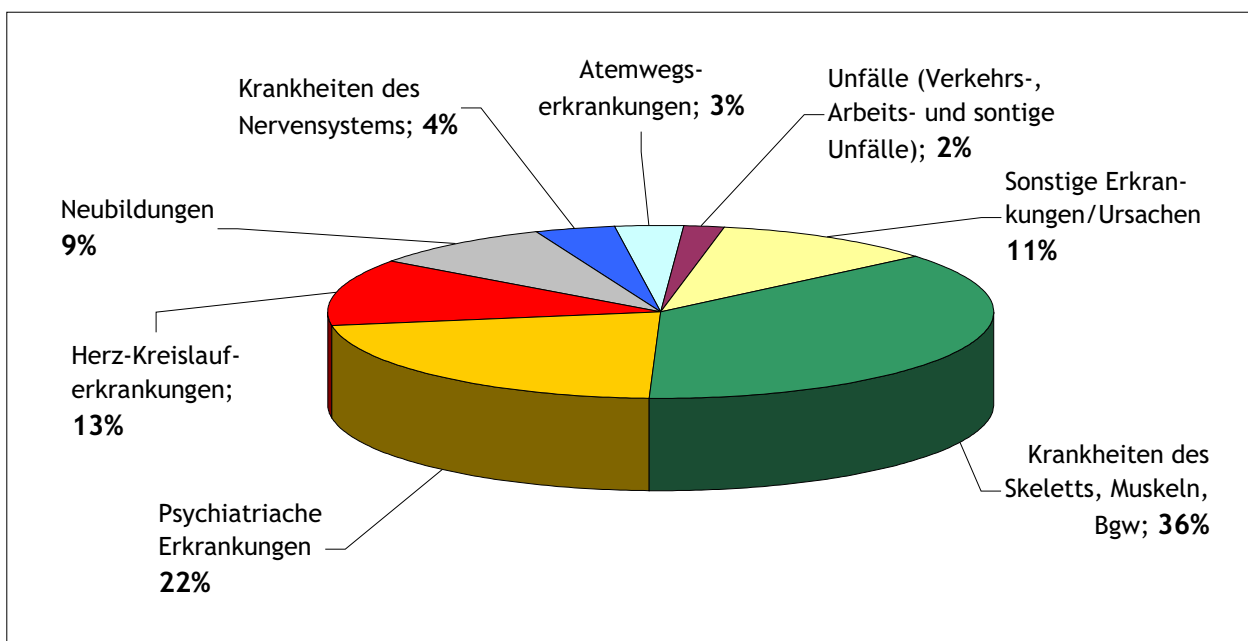


Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2004; nur Versicherte der OÖGKK; eigene Berechnungen

## 4.4 Vorzeitige Pensionierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind ein wesentlicher Faktor für die vorzeitige Pensionierung von ArbeitnehmerInnen. Leider stehen dazu keine Oberösterreich spezifischen Daten zur Verfügung. Österreichweit bilden psychische Erkrankungen den zweitwichtigsten Grund für die vorzeitigen Pensionierungen. Mehr als ein Fünftel der vorzeitigen Pensionierungen im Jahr 2003 ist auf psychische Störungen zurückzuführen (22 Prozent). Die häufigsten Ursachen für einen frühzeitigen Ruhestand sind Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bewegungsapparates mit 36 Prozent.

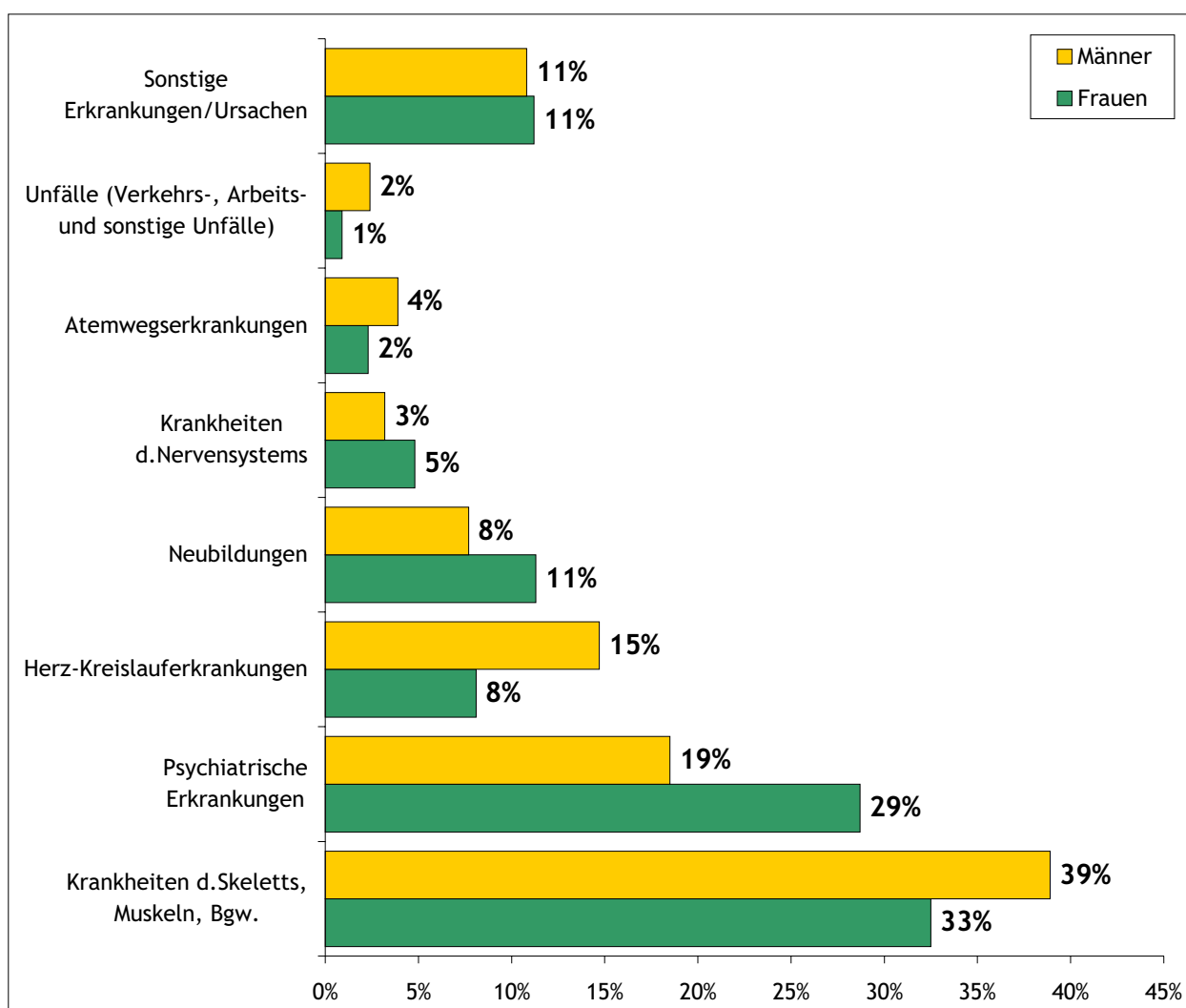
**Abbildung 75: Vorzeitige Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen; Österreich 2003**



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Pensionsversicherung - Jahresstatistik Berichtsjahr 2003; Alle Pensionsversicherungsträger (ohne Va d. österr. Notariates); Erstmalige Pensionsneuzuerkennungen nach Krankheitsgruppen (Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionierungen und vorzeitige Alterspensionierung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit)

Betrachtet man nur die Frühpensionierungen von Frauen, so ist der Anteil, der auf psychische Erkrankungen zurückgeht, noch höher als bei den Männern. Mit 29 Prozent liegt der Anteil der psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe nur knapp unter dem der Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bewegungsapparat (33 Prozent).

**Abbildung 76: Vorzeitige Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Geschlecht; Österreich 2003**

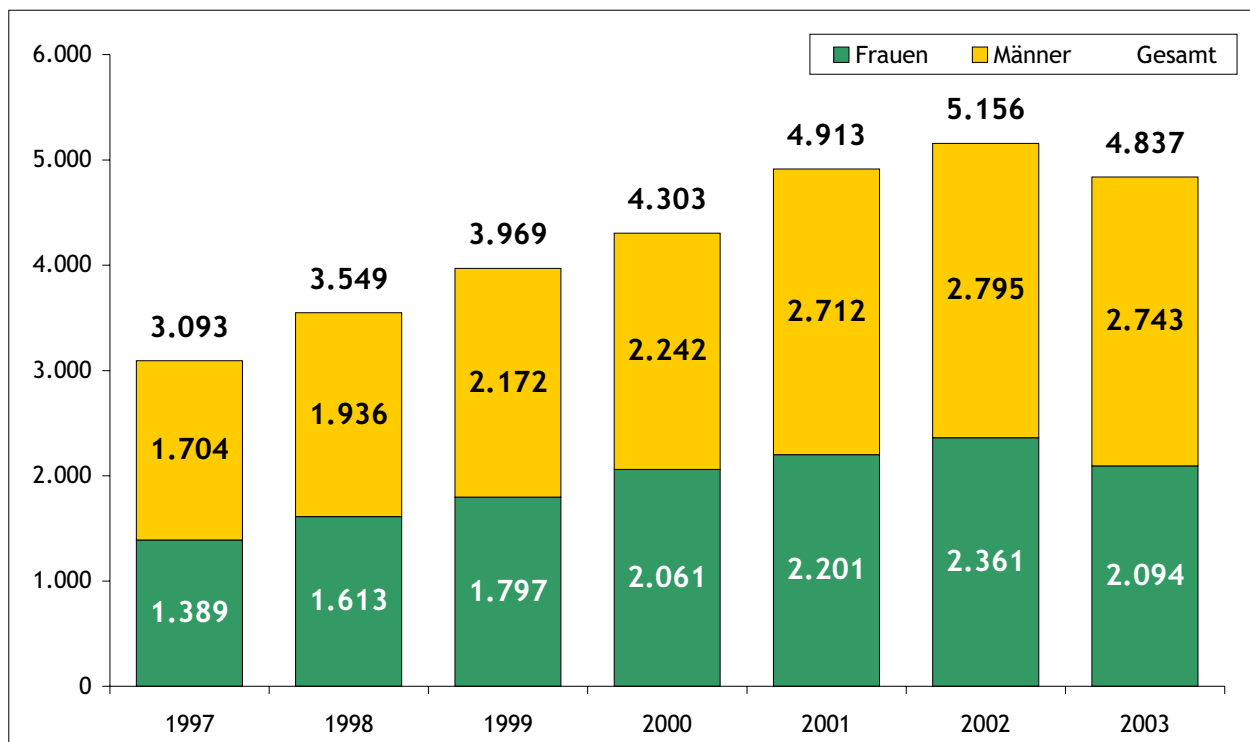


*Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Pensionsversicherung - Jahresstatistik Berichtsjahr 2003; Alle Pensionsversicherungsträger (ohne VA d. österr. Notariates); Erstmalige Pensionsneuzuerkennungen nach Krankheitsgruppen (Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionierungen und vorzeitige Alterspensionierung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit)*

Zwischen 1997 und 2002 stiegen in Österreich die Zahlen vorzeitiger Pensionierung aufgrund psychiatrischer Erkrankungen um 67 Prozent an (von 3.093 im Jahr 1997 auf 5.156 im Jahr 2002). Die Zunahme war bei den Frauen etwas stärker (70 Prozent) als bei den Männern (64 Prozent). Die Frühpensionierungen aufgrund anderer Erkrankungen stiegen

im selben Zeitraum um 55 Prozent. 2003 ging die Zahl - vor allem bei den Frauen - wieder etwas zurück (auf insgesamt 4.837 Fälle).

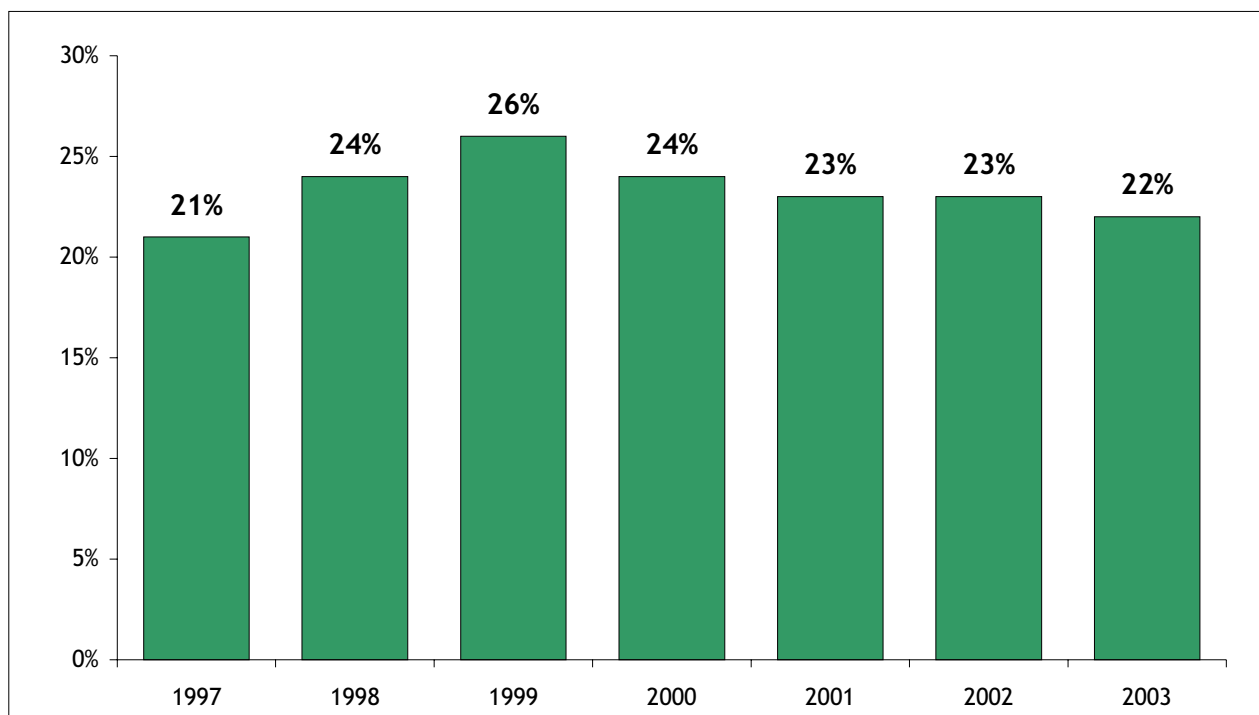
**Abbildung 77: Pensionierungen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen; Österreich 1997 bis 2003**



*Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit (ohne vorzeitige Alterspensionierungen); Alle Pensionsversicherungsträger (ohne VA d. österr. Notariates)  
Quelle: Statistik Austria; Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003*

Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den vorzeitigen Pensionierungen betrug 1997 21 Prozent. Besonders hoch lag der Anteil im Jahr 1999 mit 26 Prozent. Zwischen 2000 und 2003 ging der Anteil an den vorzeitigen Pensionierungen wieder auf 22 Prozent zurück.

**Abbildung 78: Anteil der vorzeitigen Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen an den gesamten vorzeitigen Pensionierungen; Österreich 1997 bis 2003**



Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit (ohne vorzeitige Alterspensionierungen); Alle Pensionsversicherungsträger (ohne VA d. österr. Notariates)  
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2003

## 4.5 Medikamentenverschreibungen

In die nachfolgenden Analysen werden die folgenden Medikamentengruppen (Indikationsgruppen) einbezogen:

- Psychopharmaka im engeren Sinn (Indikationsgruppen 10A bis 10G)  
Diese beinhalten:
  - Neuroleptika (Indikationsgruppe 10A)
  - Antidepressiva (Indikationsgruppe 10B)
  - Lithium (Indikationsgruppe 10C)
  - Tranquilizer (Indikationsgruppe 10D)
  - Mittel gegen Panikerkrankungen (Indikationsgruppe 10E)
  - Behandlung von Suchterkrankungen (Indikationsgruppe 10F)
  - Sonstige Neuro-/Psychopharmaka (Indikationsgruppe 10G)
- Schlafmittel (Hypnotika; Indikatorgruppe 09A und 09B)
- Beruhigungsmittel (Sedativa; Indikatorgruppe 080)

**Neuroleptika** werden vor allem zur Behandlung manischer und schizophrener Psychosen verwendet, aber auch für andere Erkrankungen. Im Wesentlichen bewirken sie eine Abschwächung psychotischer Symptome aber auch eine Verminderung des Antriebes, eine Verlangsamung der Reaktion und eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber äußeren Reizen. Die intellektuellen Fähigkeiten und die Bewusstseinslage bleiben weitgehend unbeeinträchtigt. **Antidepressiva** dienen in erster Linie zur Behandlung endogener Depressionen, aber auch zur Behandlung von Panikattacken und zur Kombinationstherapie bei chronischen Schmerzen. **Lithiumpräparate** werden zur Behandlung von Manien sowie zur Prophylaxe von manisch-depressiven Phasen eingesetzt. **Tranquilizer** dienen zur Behandlung von klinischen Angst- und Erregungszuständen. Unter **sonstige Neuro-/Psychopharmaka** fallen vor allem Medikamente zur Behandlung von durchblutungsbedingten Hirnleistungsstörungen<sup>211</sup>.

In Bezug auf die Kategorisierungen Tranquilizer, Schlafmittel (Hypnotika) und Sedativa (Schlafmittel) ergeben sich gewisse Unschärfen, da Tranquilizer auch als Schlaf- und Beruhigungsmittel verordnet werden.

---

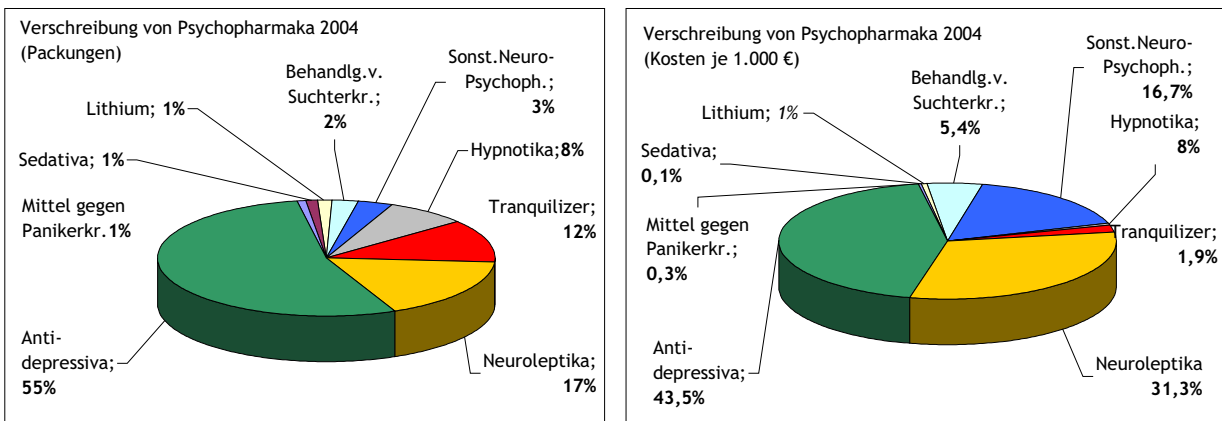
<sup>211</sup> (OÖ Gesundheitsbericht 2000, S. 129)

Insgesamt wurden im Jahr 2004 für Versicherte der OÖGKK über 935.000 Packungen der oben genannten Medikamente abgerechnet. Das sind 752 Packungen je 1.000 Versicherte. Die damit verbundenen Kosten belaufen sich auf insgesamt mehr als 23,5 Mill. Euro (19.000 Euro je 1.000 Versicherte).

Den Größten Anteil an den verschriebenen Psychopharmaka bildet die Gruppe der Antidepressiva mit 55 Prozent der verordneten Packungen. Darauf folgen Neuroleptika (mit 17 Prozent), Tranquilizer (12 Prozent) und Schlafmittel (mit 8 Prozent der verordneten Packungen).

Gemessen am Kostenvolumen nehmen Antidepressiva (mit 44 Prozent der verursachten Kosten), Neuroleptika (mit 32 Prozent) und „sonstige Neuro- und Psychopharmaka“ (17 Prozent) den größten Raum ein.

**Abbildung 79: Psychopharmakaverbrauch in OÖ**



Heilmittel OÖGKK 2004

Quelle: FOKO; eigene Berechnungen



**Tabelle 3: Abgerechnete Psychopharmaka**

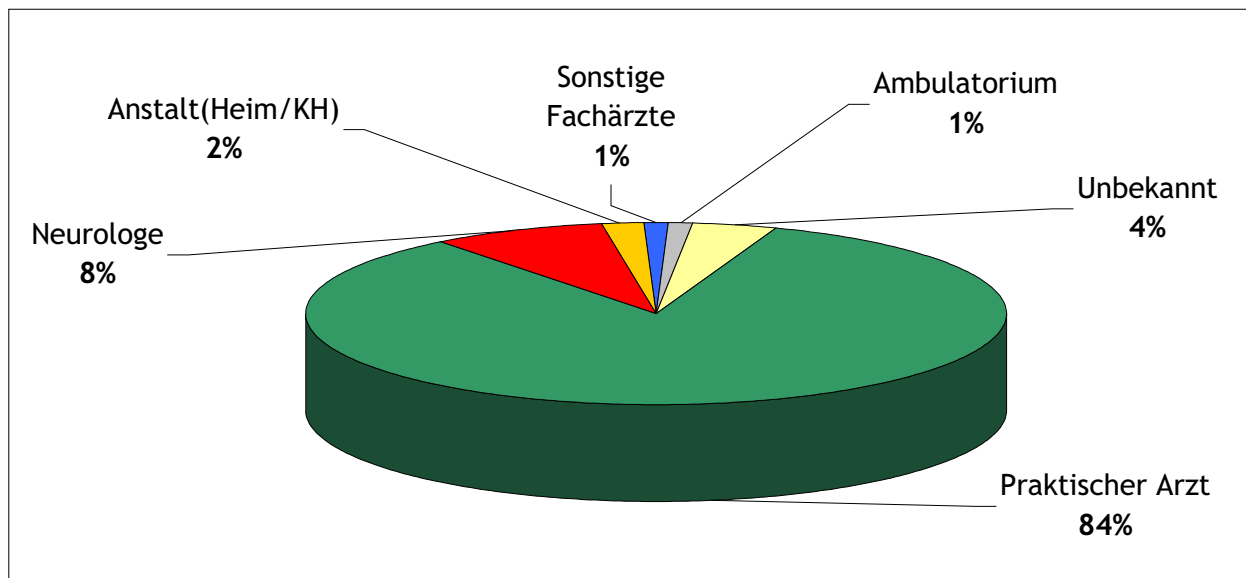
Indikationsgruppe	Packungen	Packungen je 1.000 Versicherte	Kosten in EUR	Kosten/ 100.000 Versicherte in EUR
Sedativa	10.933	8,8	20.008	1.609
Hypnotika	72.930	58,6	102.087	8.208
Neuroleptika	160.965	129,4	7.360.880	591.842
Antidepressiva	504.252	405,4	10,238.008	823.174
Lithium	12.728	10,2	97.764	7.861
Tranquilizer	110.661	89,0	458.274	36.847
Mittel gegen Panikerkrankung	7.860	6,3	67.969	5.465
Behandlung von Suchterkrankung	22.573	18,1	1.268.054	101.956
Sonstige Neuro- / Psychoph.	32.491	26,1	3.930.755	316.047
	<b>935.393</b>	<b>752,1</b>	<b>23,543.799,30</b>	<b>1,893.008,30</b>

Heilmittel OÖGKK 2004

Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Der weitaus größte Teil der verordneten Psychopharmaka - 84 Prozent der Packungen - werden von praktischen ÄrztInnen verschrieben und nur 8 Prozent von NeurologInnen.

**Abbildung 80: Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich nach ÄrztInnengruppe**

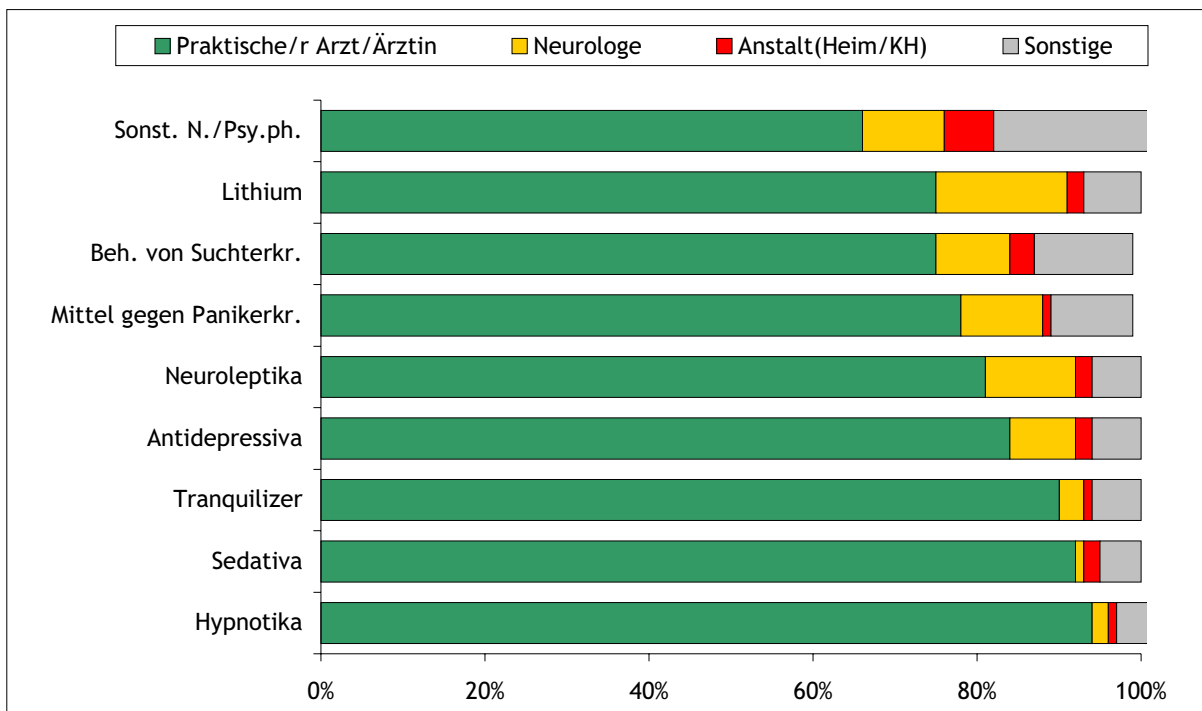


Heilmittel OÖGKK 2004

Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Hypnotika und Sedativa, aber auch Tranquilizer, werden fast ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen verordnet (zu über 90 Prozent). Antidepressiva und Neuroleptika stammen zu etwas über 80 Prozent von praktischen ÄrztInnen. Etwa 10 Prozent wurden von Neurologen verordnet. Ähnliches gilt für Medikamente gegen Panikerkrankungen und zur Behandlung von Suchterkrankungen. Diese stammen zu 75 bis 78 Prozent von AllgemeinmedizinerInnen und zu ca. 10 Prozent von FachärztInnen der Neurologie. Am höchsten ist der Anteil der NeurologInnen an den Verordnungen bei Lithiumpräparaten mit 16 Prozent (AllgemeinmedizinerInnen 75 Prozent).

**Abbildung 81: Psychopharmakaverbrauch in OÖ nach ÄrztInnengruppe und Indikationsgruppe**

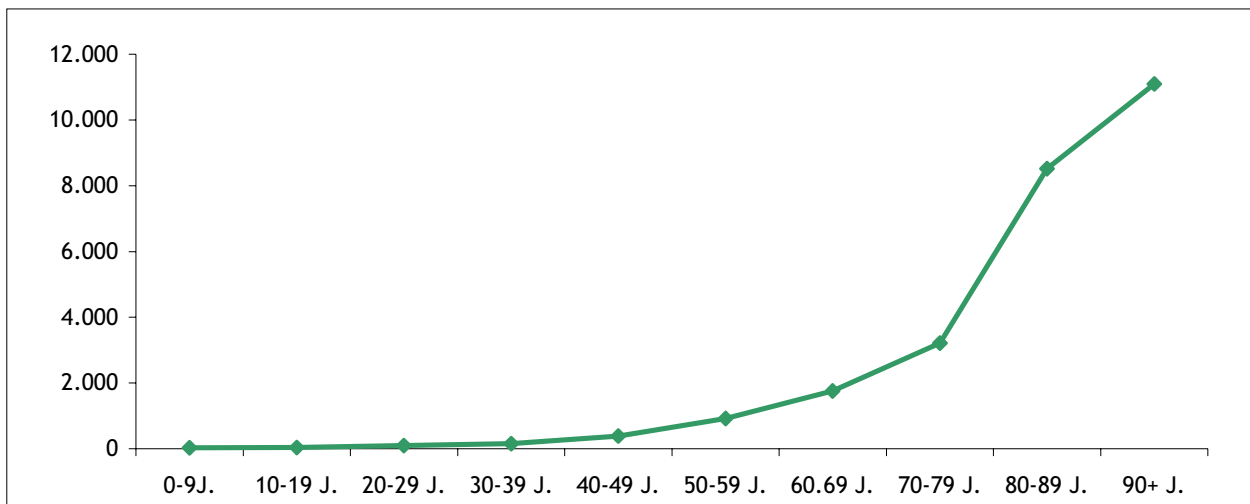


Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004  
 Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Nachfolgend ist für die einzelnen Medikamentengruppen der Verbrauch nach Altersgruppen wiedergegeben.

Der Verbrauch an Sedativa steigt in den Altersgruppen zwischen 30 und 80 Jahren relativ kontinuierlich an (von 153 Packg./100.000 Vers. Bei den 30- bis 40-Jährigen auf 1.200 Packg/100.000 bei den 70- bis 80-Jährigen). Ein sprunghafter Anstieg zeigt sich bei den über 80-jährigen Versicherten (auf 8.500 Packg/100.000 bei den 80- bis 90-Jährigen und auf 11.000 Packungen/100.000 bei den über 90-Jährigen).

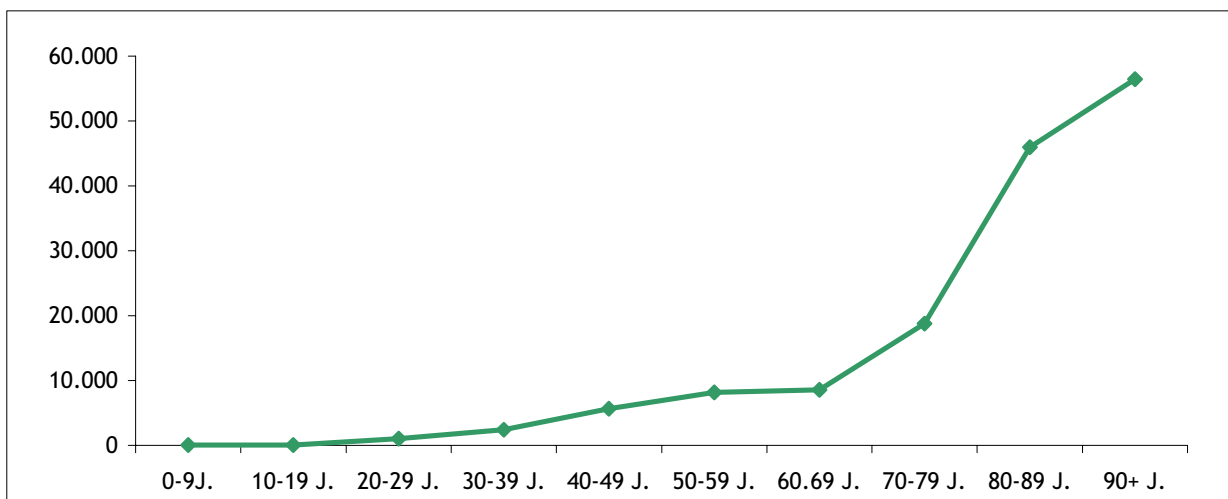
**Abbildung 82: Sedativverbrauch nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Auch bei den Schlafmitteln zeigt sich ein starker Anstieg des Verbrauchs mit zunehmendem Alter. Nach einer relativ kontinuierlichen Zunahme bis 70 Jahre (von 2.400 Packungen/100.000 in der Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen auf 8.600 bei den 60- bis 70-Jährigen) lässt sich in den älteren Gruppen eine sprunghafte Verbrauchszunahme feststellen (auf 46.000 Packungen bei den 80- bis 90-Jährigen und auf 56.000 Packungen/100.000 Vers. bei den über 90-Jährigen).

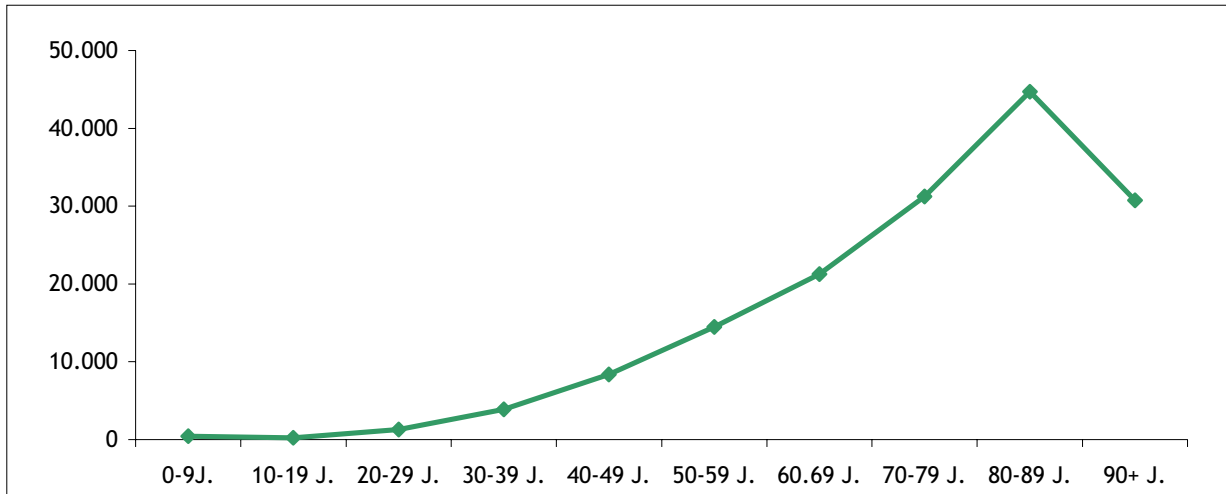
**Abbildung 83: Hypnotika nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Relativ kontinuierlich nimmt der Verbrauch von Tranquilizern über die Altersgruppen hinweg zu und erreicht in der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen (bei ca. 45.000 Packungen/100.000 Vers.) den höchsten Wert. Bei den über 90-Jährigen geht der Verbrauch wieder etwas zurück.

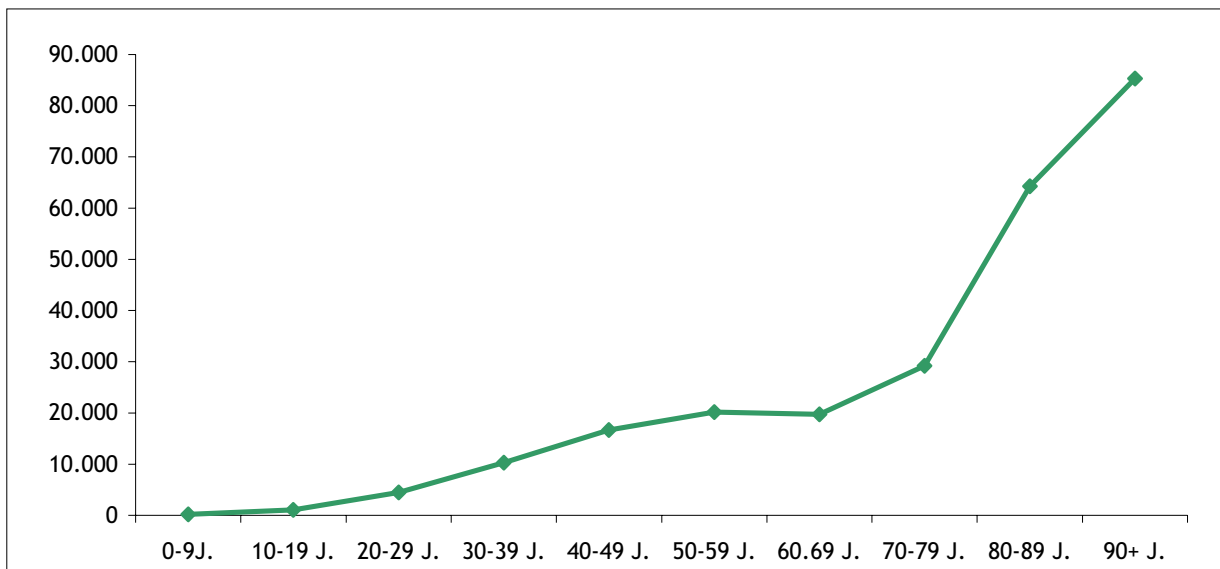
**Abbildung 84: Tranquilizerverbrauch nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Der Verbrauch an Neuroleptika steigt zunächst in den Altersgruppen zwischen 20 und 50 Jahren an (von 1.000 Packungen/100.000 bei den 10- bis 19-Jährigen auf einen Wert von ca. 20.000 Packungen je 100.000 Vers. in der Altersgruppe 50 bis 59). In den Gruppen zwischen 60 und 69 Jahren bleibt der Verbrauch auf diesem Niveau, nimmt dann aber in den älteren Bevölkerungsgruppen stark zu (von ca. 29.000 Packungen/100.000 bei den 70- bis 79-Jährigen auf über 85.000/100.000 Vers. bei den über 90-Jährigen).

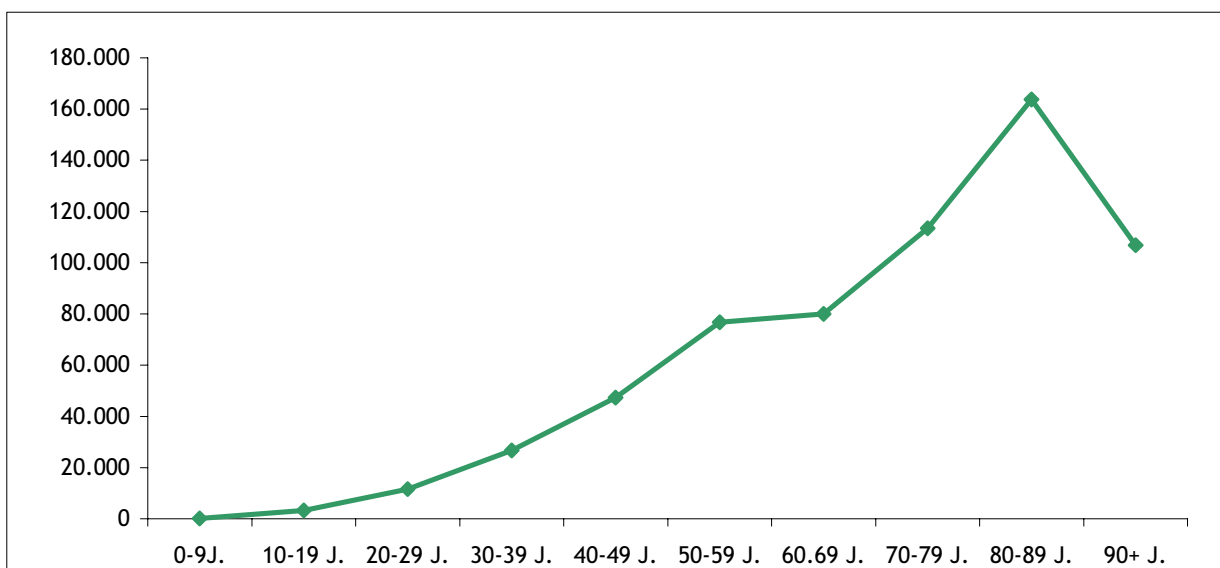
**Abbildung 85: Neuroleptikaverbrauch nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Der Verbrauch an Antidepressiva steigt relativ kontinuierlich bis zur Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen an (auf 163.000 Packungen/100.000 Versicherte). In der Altersgruppe über 90 Jahre geht der Verbrauch wieder etwas zurück.

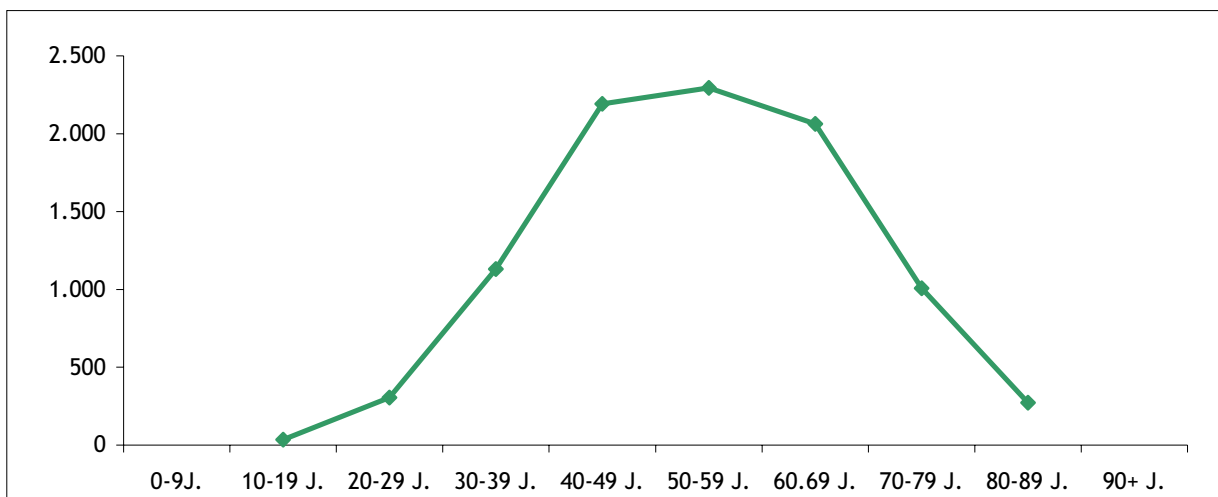
**Abbildung 86: Antidepressivaverbrauch nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Der Verbrauch an Lithiumpräparaten ist vor allem in den Altersgruppen zwischen 40 und 69 Jahren stark ausgeprägt und beträgt in diesen Altersgruppen zwischen 2.000 und 2.300 Packungen je 100.000 Versicherte.

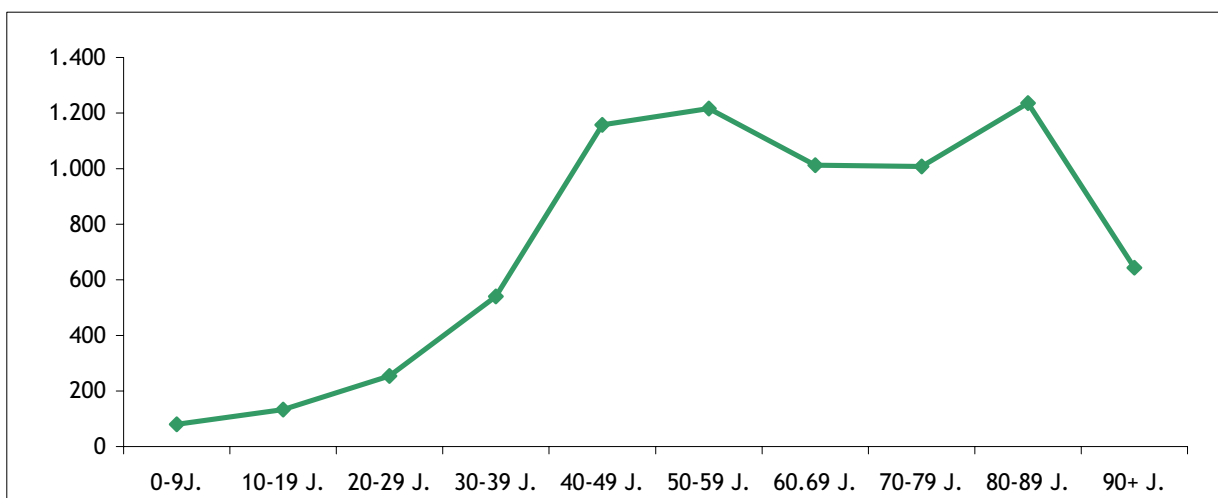
**Abbildung 87: Lithiumverbrauch nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
 Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Medikamente gegen Panikerkrankungen werden vor allem in den Altersgruppen zwischen 40 und 90 Jahren verschrieben, wo der Verbrauch zwischen 1.000 und 1.200 Packungen je 100.000 Versicherte beträgt.

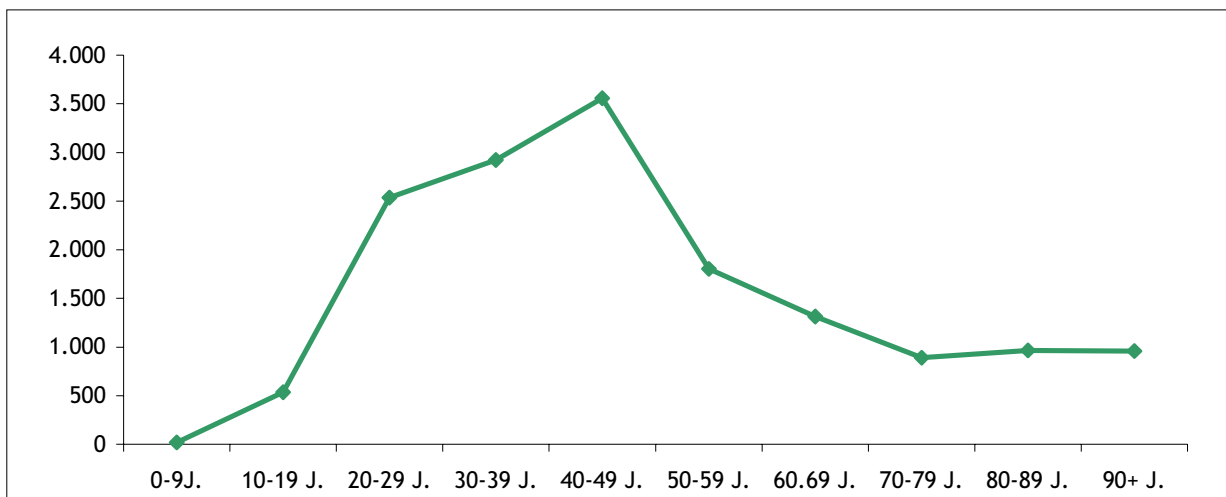
**Abbildung 88: Verbrauch von Medikamenten gegen Panikerkrankungen nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
 Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Verschreibungen von Medikamenten zur Behandlung von Suchterkrankungen werden am häufigsten in den Altersgruppen zwischen 20 und 50 Jahren verschrieben. Am höchsten ist der Verbrauch in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen mit ca. 3.500 Packungen je 100.000 Versicherte.

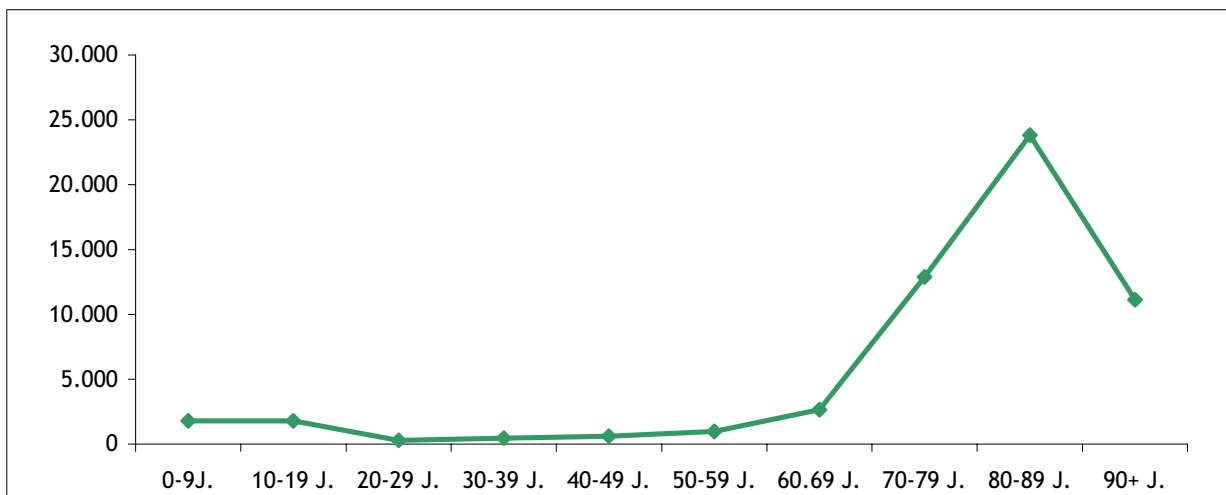
**Abbildung 89: Verbrauch von Medikamenten zur Behandlung von Suchterkrankungen nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Medikamente der Indikationsgruppe „Sonstige Neuro-/Psychopharmaka“ werden vor allem älteren Personen verabreicht. Am höchsten ist der Verbrauch in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen (23.000 Packungen je 100.000 Vers.).

**Abbildung 90: Verbrauch Sonstige Neuro-/Psychopharmaka nach Altersgruppen**



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/ 100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen





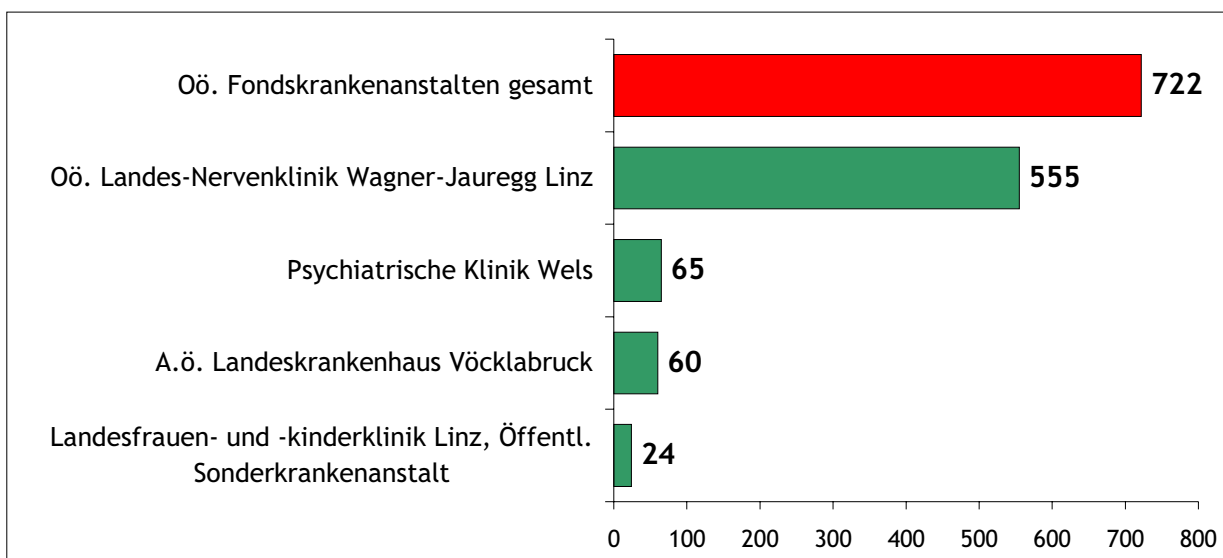
## 5. Versorgungseinrichtungen

### 5.1 Krankenhäuser (muraler Bereich)

#### 5.1.1 Stationäre Versorgung

In den Oberösterreichischen Fondskrankenanstalten gab es im Jahr 2004 insgesamt 722 Betten, die psychiatrischen Fachabteilungen zugeordnet sind. Der Großteil der psychiatrischen Betten befindet sich in der Linzer Landes-Nerven-Klinik Wagner Jauregg (555 Betten). Weitere Krankenhausbetten im Bereich Psychiatrie befinden sich in der Psychiatrischen Klinik Wels (65 Betten), im Landeskrankenhaus Vöcklabruck (60 Betten), in der Landesfrauen- und Kinderklinik Linz (24 Betten) und im Krankenhaus St. Josef in Braunau (18 Betten).

**Abbildung 91: Systematisierte Krankenhausbetten Psychiatrie nach Standort; 2004**

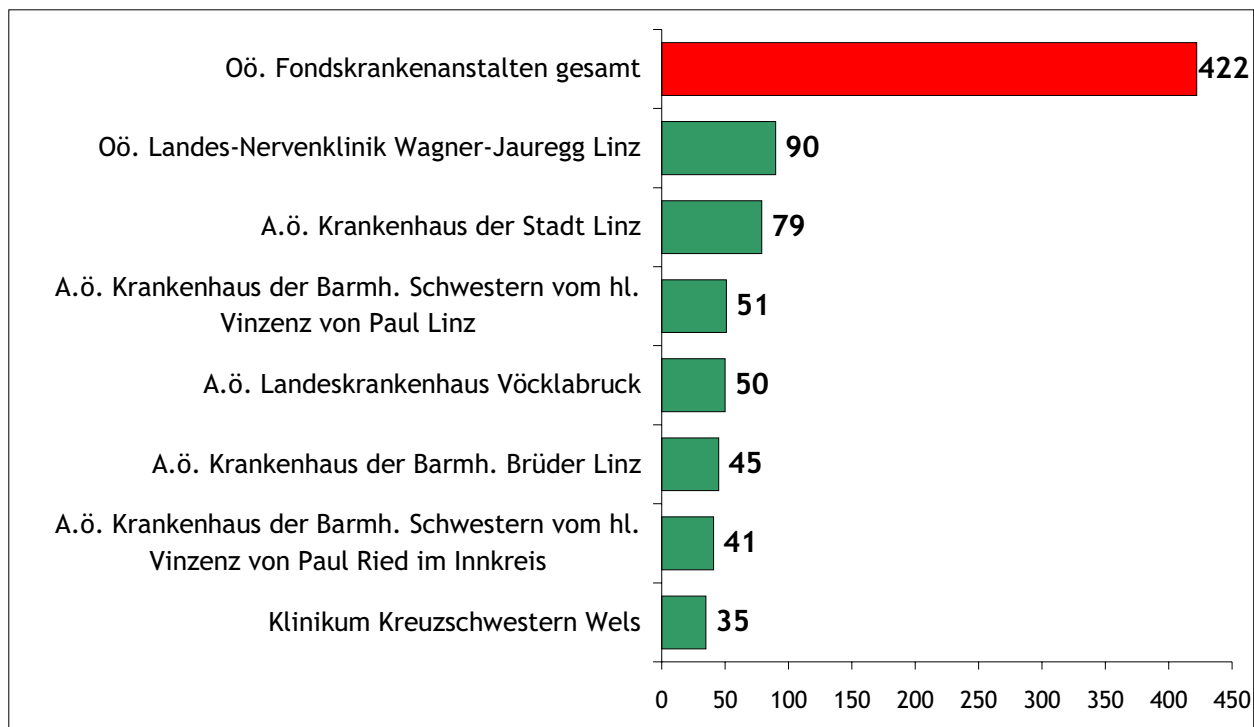


Quelle: OÖ.KAP/ GGP 2004<sup>212</sup>

<sup>212</sup> (Land OÖ 2005)

In den neurologischen Fachabteilungen der oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten gab es im Jahr 2004 insgesamt 422 Betten.

**Abbildung 92: Systematisierte Krankenhausbetten Neurologie nach Standort; 2004**



Quelle OÖ.KAP/ GGP 2004 <sup>213</sup>

Anzumerken ist, dass aufgrund der laufenden Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhausbereich auch in diesem Bereich mit Veränderungen zu rechnen ist. Laut dem „OÖ Kapazitäten und Großgeräteplan 2004“ wird vor allem eine Verlagerung von den Ballungszentren (Linz) in peripherere Gebiete (Freistadt, Steyr) angestrebt<sup>214</sup>.

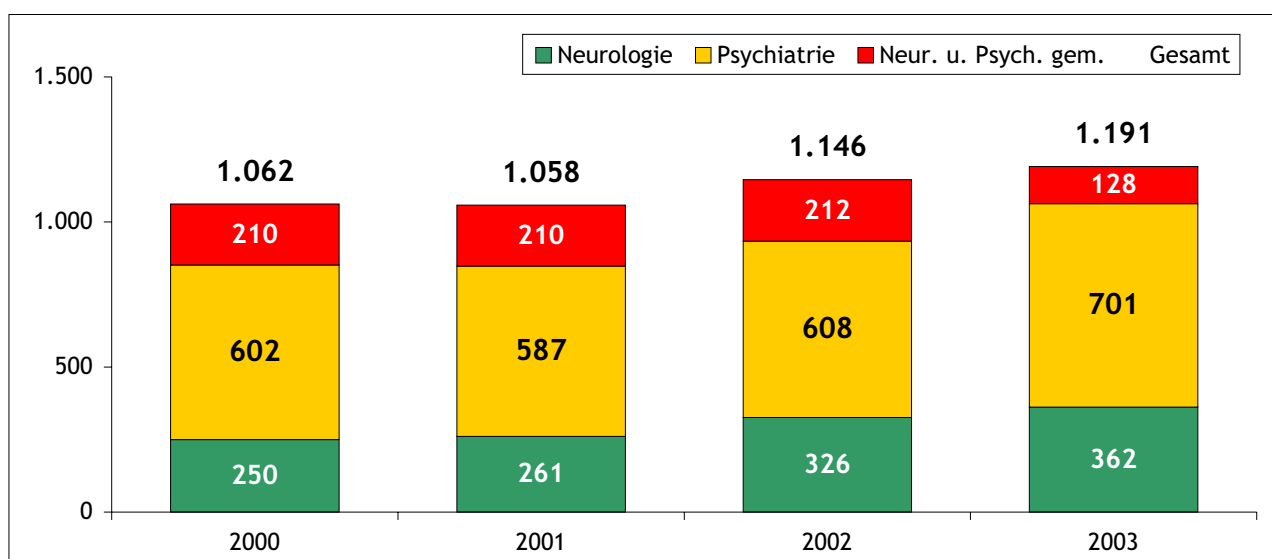
<sup>213</sup> (Land OÖ 2005)

<sup>214</sup> (Land OÖ 2005)

Die Entwicklung der Bettenzahlen in den letzten Jahren wird nachfolgend dargestellt:

Die Anzahl der psychiatrischen und neurologischen Krankenhausbetten hat in den letzten Jahren - zwischen 2000 und 2003 - leicht zugenommen. Zwischen 2000 und 2003 betrug die Zunahme ca. 12 Prozent (von 1.062 auf 1.191 Betten). Die Krankenhausbetten mit gemischtem Belag (Psychiatrie und Neurologie gemischt) wurden reduziert (um 39 Prozent von 210 auf 128 Betten). Die psychiatrischen Krankenhausbetten nahmen um 16 Prozent zu (von 602 auf 701 Betten) und die neurologischen um 45 Prozent (von 250 auf 362 Betten).

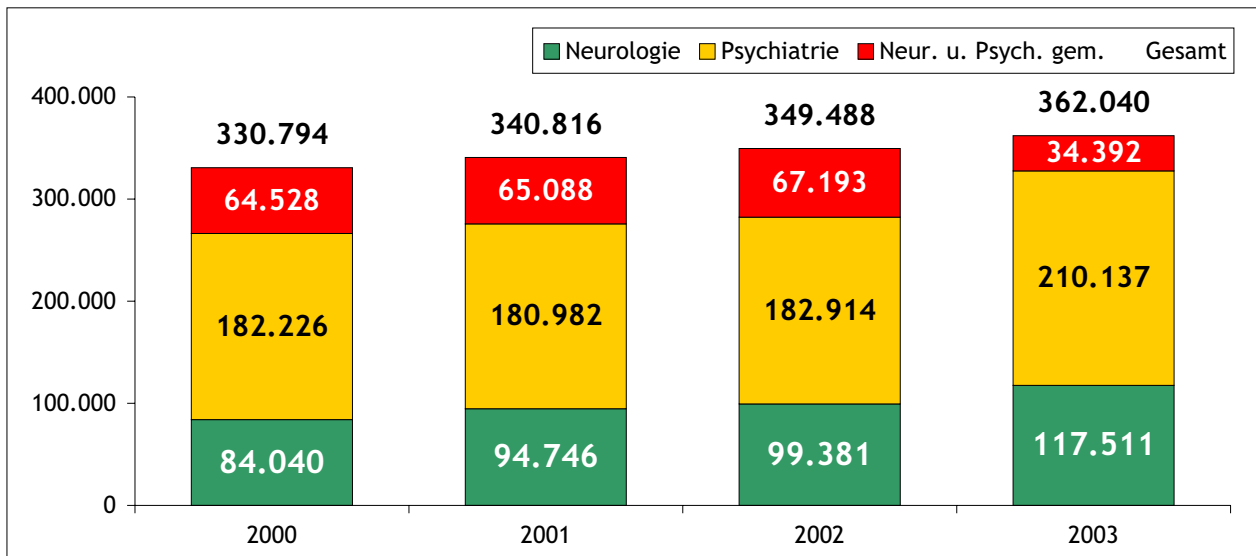
**Abbildung 93: Systematisierte Krankenhausbetten Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich; 2000 bis 2003**



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 bis 2003

Im selben Zeitraum stiegen die Bettenbelagstage um ca. 9 Prozent (von 331.000 auf 362.000 Belagstage). Im Bereich der Neurologie war eine Zunahme von 40 Prozent zu verzeichnen (von ca. 84.000 Bettenbelagstagen auf ca. 118.000), im Bereich der Psychiatrie um ca. 15 Prozent (von ca. 182.000 auf 210.000 Belagstage). In den gemischten Stationen war ein Rückgang von ca. 47 Prozent zu verzeichnen (von ca. 64.500 auf 34.400 Belagstage; dies hängt auch mit dem schon erwähnten Bettenabbau in diesem Bereich zusammen; siehe Abbildung 93).

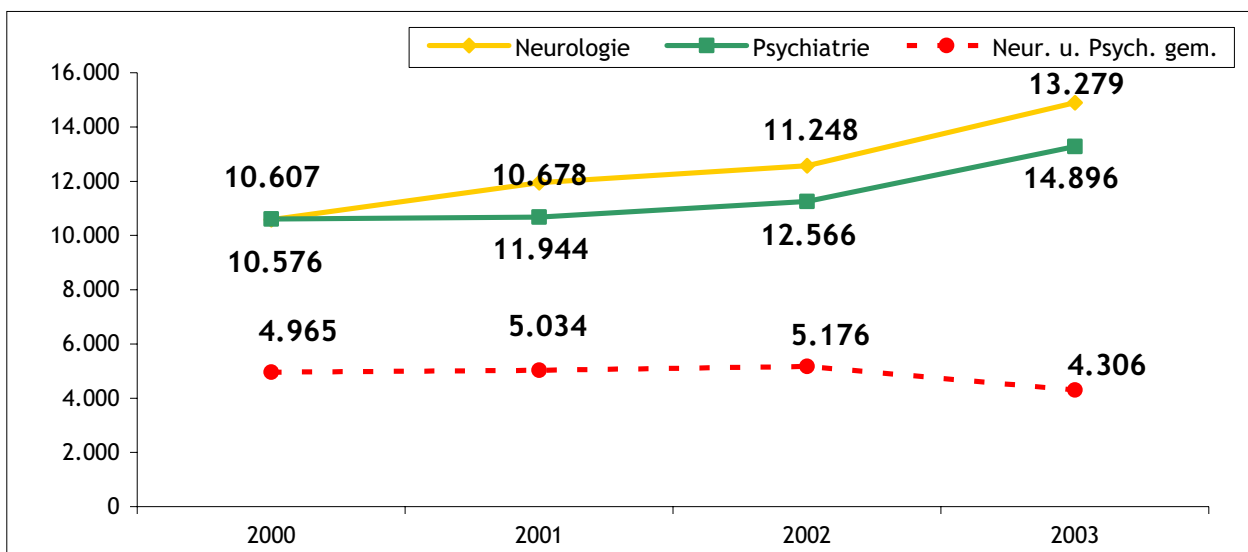
**Abbildung 94: Bettenbelagstage Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich**



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 bis 2003

Deutlich angestiegen ist die Anzahl der stationären PatientInnen. Der Anstieg betrug im Bereich Psychiatrie 25 Prozent (von 10.600 stationären PatientInnen im Jahr 2000 auf 13.300 im Jahr 2003). Im Bereich Neurologie betrug der Anstieg 41 Prozent (von 10.600 auf ca. 14.900 PatientInnen). Im gemischten Bereich war ein Rückgang von 13 Prozent zu verzeichnen (von ca. 4.970 auf 4.300).

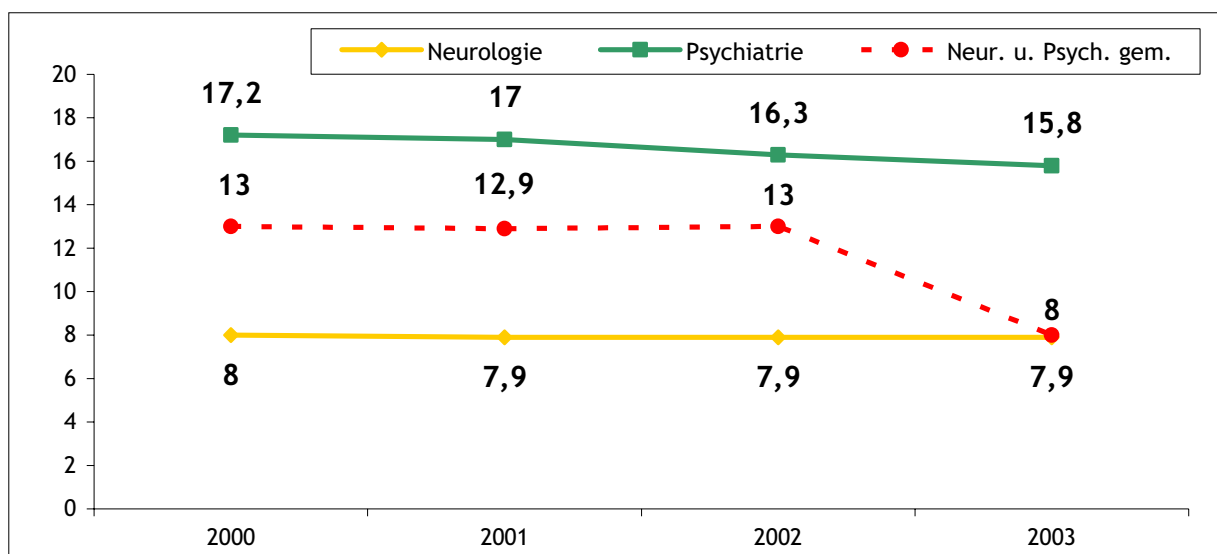
**Abbildung 95: Stationäre PatientInnen Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich**



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 bis 2003

Die durchschnittliche Belagsdauer ging im Bereich der Psychiatrie um 8 Prozent zurück (von 17,2 auf 15,8 Tage). In Bereichen mit gemischtem Bettenbelag war ein Rückgang um 39 Prozent zu verzeichnen (von durchschnittlich 13,0 auf 8,0 Tage). Da ein starker Knick im Übergang von 2002 auf 2003 erkennbar ist, ist zu vermuten, dass dies mit dem Abbau der Betten in diesem Bereich zusammenhängen dürfte (z.B. Verlegung der PatientInnen in andere Bereiche bzw. Umwidmung der Betten; siehe Abbildung 93).

**Abbildung 96: Durchschnittliche Belagsdauer Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich**



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 bis 2003

## 5.1.2 Teilstationärer Bereich

Eine Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich stellen die Tageskliniken dar. Sie bieten tagsüber den PatientInnen die Möglichkeit der Behandlung im Krankenhaus, während sie ansonsten in ihrer gewohnten Wohnumgebung verbleiben können. Das Ziel der Tageskliniken ist es, stationäre Aufenthalte zu verkürzen (vorzeitige Entlassung aus dem vollstationären Bereich) bzw. wenn möglich zu vermeiden<sup>215</sup>.

Psychiatrische bzw. neurologische Tageskliniken sind in der Landesnervenklinik Wagner Jauregg in Linz (10 bis 12 Plätze) und im Landeskrankenhaus Vöcklabruck (15 Plätze) eingerichtet. Eine heilpädagogische Tagesklinik ist dem Zentrum Spattstrasse (Linz) an-

<sup>215</sup> (Land OÖ 2002, S. 71)

gegliedert<sup>216</sup>. Auch die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Landesfrauen- und Kinderklinik bietet eine tagesklinische Aufnahme für Kinder und Jugendliche an<sup>217</sup>.

### 5.1.3 Ambulanzen

Relevante Ambulanzen gibt es an der Landesnervenklinik Wagner Jauregg in Linz (psychologische und psychotherapeutische Ambulanz; psychiatrische Nachsorgeambulanz), am Landeskrankenhaus Steyr (neurologische Ambulanz), am Landeskrankenhaus Vöcklabruck (psychiatrische Ambulanz) sowie an der Psychiatrischen Klinik in Wels (psychiatrische Ambulanz). Spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche stellen die kinderneurologische Ambulanz an der Landeskinderklinik sowie die heilpädagogische Ambulanz im Zentrum Spattstrasse dar<sup>218</sup>.

In der Landesnervenklinik Wagner Jauregg ist eine Ambulanz zur Überbrückung und Reduktionsbehandlung bei Drogenmissbrauch eingerichtet. Weitere Einrichtungen zum Themenbereich Sucht sind die Ambulanzen des Landes OÖ für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Linz und in Traun. Im Psychiatrieweiterentwicklungsplan 2002 wurde festgehalten, dass für die Betreuung von Menschen mit Alkohol- und Suchtproblemen nicht von einer flächendeckenden Versorgung ausgegangen werden kann, da es keine regionalen Ambulanzen dieser Art gibt<sup>219</sup>.

### 5.1.4 Die stationäre RaucherInnenentwöhnung der OÖGKK

Für Personen mit starker Nikotinabhängigkeit, die bereits an Erkrankungen leiden, die durch das Rauchen verursacht oder verstärkt werden, bietet die OÖGKK seit Juni 2002 die Möglichkeit der stationären RaucherInnenentwöhnung an. Bisher fanden 21 Turnusse statt. Insgesamt nahmen seither 226 PatientInnen teil (81 Frauen und 135 Männer).

---

<sup>216</sup> (Land OÖ 2002, S. 72)

<sup>217</sup> (Gespag 2005)

<sup>218</sup> (Land OÖ 2002, S. 71)

<sup>219</sup> (Land OÖ 2002, S. 71)

**Tabelle 4: TeilnehmerInnen an der stationären RaucherInnenentwöhnung**

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>Gesamt</b>
2002 (ab Juni)	19	23	42
2003	27	51	78
2004	25	42	77
2005 (bis August)	10	19	29
<b>Gesamt</b>	<b>81</b>	<b>135</b>	<b>226</b>

Quelle: OÖGKK



## 5.2 Versorgung im niedergelassenen Bereich

### 5.2.1 Fachärzte und Fachärztinnen

In Oberösterreich gibt es 45 niedergelassene FachärztInnen für Neurologie und 37 niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie. Das sind 3,3 NeurologInnen je 100.000 Ew. und 2,7 FachärztInnen für Psychiatrie je 100.000 EinwohnerInnen.

Von diesen FachärztInnen haben 20 NeurologInnen und 8 FachärztInnen für Psychiatrie einen §2-Kassenvertrag<sup>220</sup>. Das sind 1,5 NeurologInnen und 0,6 FachärztInnen für Psychiatrie mit §2-Vertrag je 100.000 EinwohnerInnen.

**Tabelle 5: FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie**

	ÄrztInnen mit Praxis	Davon §2 ÄrztInnen	ÄrztInnen je 100.000 Ew.	§2 ÄrztInnen je 100.000 Ew.
FachärztInnen Neurologie	45	20	3,3	1,5
FachärztInnen Psychiatrie	37	8	2,7	0,6

Ärzttekammer für Oberösterreich - Ärztefinder; <http://www.gesundesooe.at/>; 31.8.2005

### 5.2.2 AllgemeinmedizinerInnen

Im Bereich der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen ist die laufende Fortbildung in Bezug auf psychosoziale Erkrankungen von großer Bedeutung, da ihre Praxis oft die erste Anlaufstelle für Betroffene darstellt. 1995 wurden von der Österreichischen Ärztekammer Lehrgänge für Psychosoziale Medizin (PSY I), für psychosomatische Medizin (PSY II) sowie für psychotherapeutische Medizin (PSY III) als Fortbildungsangebote für ÄrztInnen eingerichtet<sup>221</sup>.

---

<sup>220</sup> Sogenannte §2-ÄrztInnen sind solche, die durch einen Rahmenvertrag (§2-Verträge) in einem Vertragsverhältnis mit einer Gebietskrankenkasse und bestimmten kleineren Kassen (Betriebskassen, SVB, VAEB) stehen.

<sup>221</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 22)

Derzeit verfügen in Oberösterreich 35 niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen über ein PSY I-Diplom (davon 20 mit §2-Kassenvertrag), 28 verfügen über ein PSY II-Diplom (davon 17 mit §2-Kassenvertrag) und 22 über ein PSY III-Diplom (davon 11 mit §2-Vertrag).

**Tabelle 6: Niedergelassene ÄrztInnen mit Fortbildungsdiplom (PSY I, PSY II, PSY III)**

Diplome	AllgemeinmedizinerInnen		Andere ÄrztInnen	
	ÄrztInnen mit Praxis	Davon §2 ÄrztInnen	ÄrztInnen mit Praxis	Davon §2 ÄrztInnen
PSY I (Diplom Psychosoziale Medizin)	35	20	27	12
PSY II (Diplom Psychosomatische Medizin)	28	17	27	13
PSY III (Diplom Psychotherapeutische Medizin)	22	11	32	13

Ärztchammer für Oberösterreich - Ärztefinder; <http://www.gesundesooe.at/>; 31.8.2005

### 5.2.3 TherapeutInnen, Klinische und GesundheitspsychologInnen

Die Berufe „Gesundheitspsychologe“ und „Klinischer Psychologe“ sind freie Gesundheitsberufe, deren Ausbildung und Berufsausübung im Psychologengesetz geregelt sind. Es handelt sich um postgraduelle Ausbildungen, die eine Qualifikation für die Tätigkeit im psychosozialen Bereich darstellen<sup>222</sup>.

Der Beruf der/des GesundheitspsychologIn beschäftigt sich inhaltlich vor allem mit der Entstehung von Gesundheit und Krankheit sowie mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen und der Prävention von Erkrankungen. Dies umfasst die Erstellung theoretischer Konzepte sowie die Etablierung konkreter Maßnahmen, arbeits-, organisations-, und ökologiepsychologische Diagnostik sowie Beratung und Behandlung. Klinische PsychologInnen beschäftigen sich vor allem mit der klinisch-psychologischen Diagnostik, mit krankheitsfördernden psychischen Beeinträchtigungen und der Behandlung von psychischen Störungen<sup>223</sup>.

Die Ausbildung und Berufsausübung von PsychotherapeutInnen ist im Psychotherapiegesetz geregelt. Die Tätigkeit besteht im Wesentlichen in der Behandlung von psychosozial und psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen<sup>224</sup>.

In Oberösterreich gibt es derzeit insgesamt 490 eingetragene Klinische bzw. GesundheitspsychologInnen (Der Großteil davon - 94 Prozent - weist beide Ausbildungen auf). Etwa ein Drittel der Gesundheits- und Klinischen PsychologInnen (159 bzw. 32 Prozent) verfügen darüber hinaus über eine Therapieausbildung. Insgesamt gibt es in Oberösterreich etwas über 600 eingetragene PsychotherapeutInnen (Tabelle 7).

---

<sup>222</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 29)

<sup>223</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 30)

<sup>224</sup> (Katsching et. al. 2001, S. 33)

**Tabelle 7: Eingetragene PsychotherapeutInnen, Klinische und GesundheitspsychologInnen mit Berufssitz bzw. Dienstsitz in Oberösterreich**

	M	W	Ges	
Gesundheits- bzw. Klinische PsychologInnen* (ohne Therapieausbildung)	74	257	331	} 490 Klinische bzw. GesundheitspsychologInnen
Gesundheits- bzw. Klinische PsychologInnen* mit Therapieausbildung	62	97	159	
Sonstige PsychotherapeutInnen	175	277	452	} 611 TherapeutInnen

\* Fast alle eingetragenen PsychologInnen weisen beide Qualifikationen auf (94 %; jeweils 3 % weisen nur eine Ausbildung zum Klinischen bzw. GesundheitspsychologIn auf).

Quelle: Listen der eingetragenen PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinischen PsychologInnen; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen;

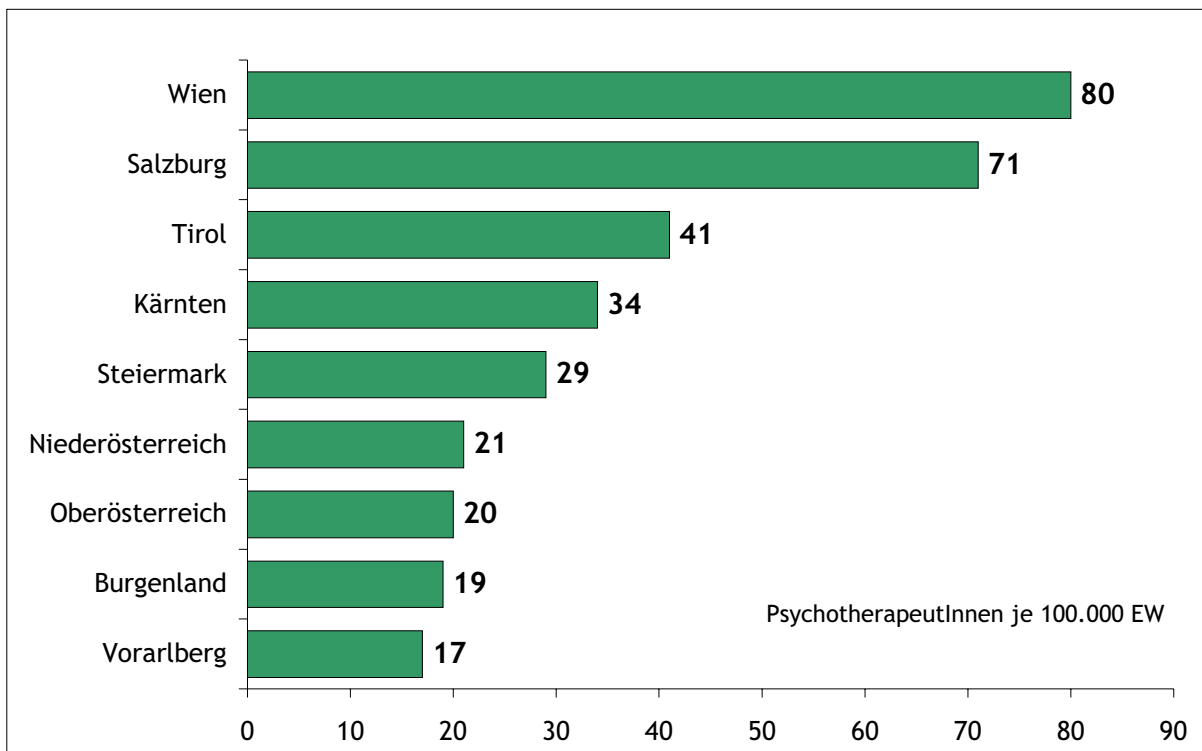
<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0026&doc=CMS1038919122014>; 1.9.2005

Die Tätigkeit als Gesundheits- bzw. Klinische/r PsychologIn bzw. TherapeutIn kann im Rahmen einer Institution oder freiberuflich ausgeübt werden. Angestellte PsychologInnen und TherapeutInnen scheinen in der Statistik mit einem „Dienstsitz“, freiberufliche mit einem „Berufssitz“ auf<sup>225</sup>. In Oberösterreich weisen 59 Prozent der klinischen bzw. GesundheitspsychologInnen einen Berufssitz auf, sind also auch freiberuflich tätig (ein Teil davon - 28 Prozent - sind sowohl freiberuflich tätig als auch in einer Institution angestellt). 41 Prozent sind in Institutionen angestellt und sind nicht freiberuflich tätig.

In Oberösterreich kommen auf 100.000 EinwohnerInnen 20 freiberuflich tätige Gesundheits- bzw. Klinische PsychologInnen. Ähnlich ist die Rate in Niederösterreich und im Burgenland. In Vorarlberg ist die Dichte freiberuflicher PsychologInnen etwas niedriger als in Oberösterreich. Alle anderen Bundesländer weisen eine höhere Dichte an freiberuflich tätigen Gesundheits- bzw. klinischen PsychologInnen auf.

<sup>225</sup> Natürlich gibt es auch PsychologInnen und TherapeutInnen, die sowohl freiberuflich als auch in einer Institution tätig sind und daher sowohl über einen Berufssitz und einen Dienstsitz verfügen.

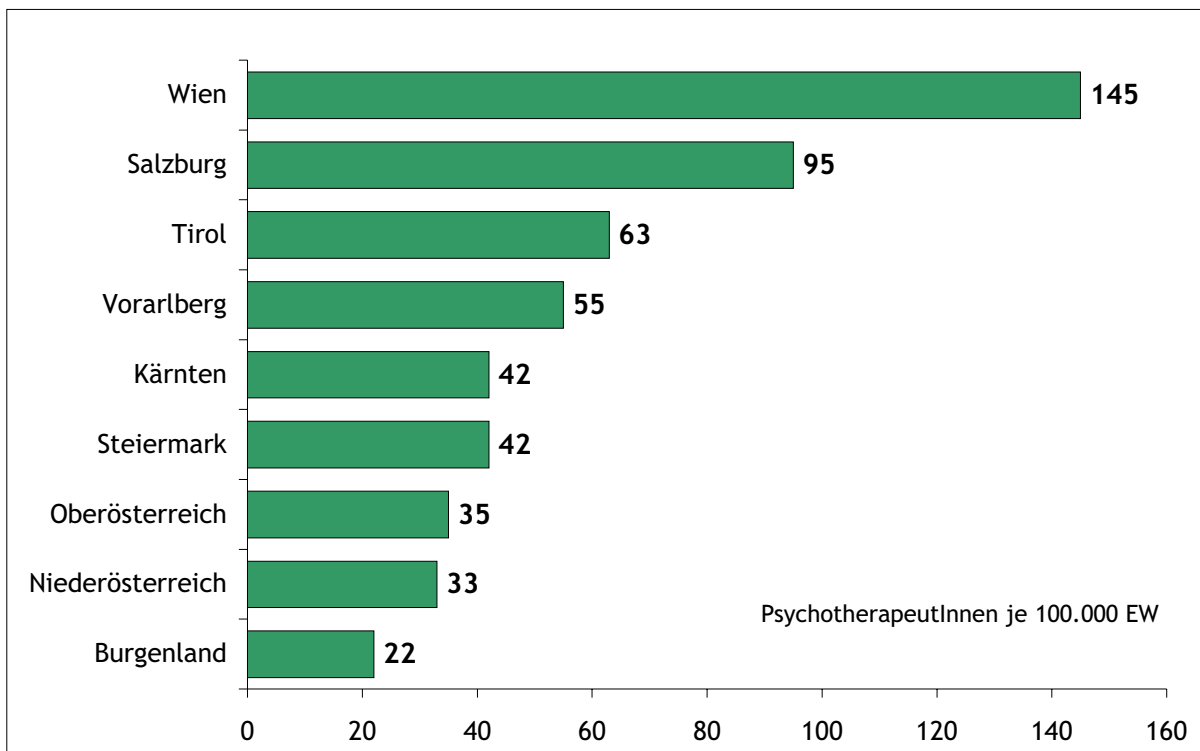
**Abbildung 97: Freiberuflich tätige Gesundheits- und Klinische PsychologInnen je 100.000 Einwohner nach Bundesland (Berufssitz)**



Quelle: Listen der eingetragenen PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und Klinischen PsychologInnen; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0026&doc=CMS1038919122014>; 1.9.2005; eigene Berechnungen; nur TherapeutInnen mit „Berufssitz“ (d.h. Praxis)

80 Prozent der PsychotherapeutInnen in Oberösterreich sind freiberuflich tätig (das sind 486 TherapeutInnen). In Oberösterreich kommen auf 100.000 EinwohnerInnen 35 freiberuflich tätige TherapeutInnen. Ähnlich ist die TherapeutInnendichte in Niederösterreich. Das Burgenland weist eine geringere Dichte auf. In allen andern Bundesländern ist die TherapeutInnendichte höher als in Oberösterreich.

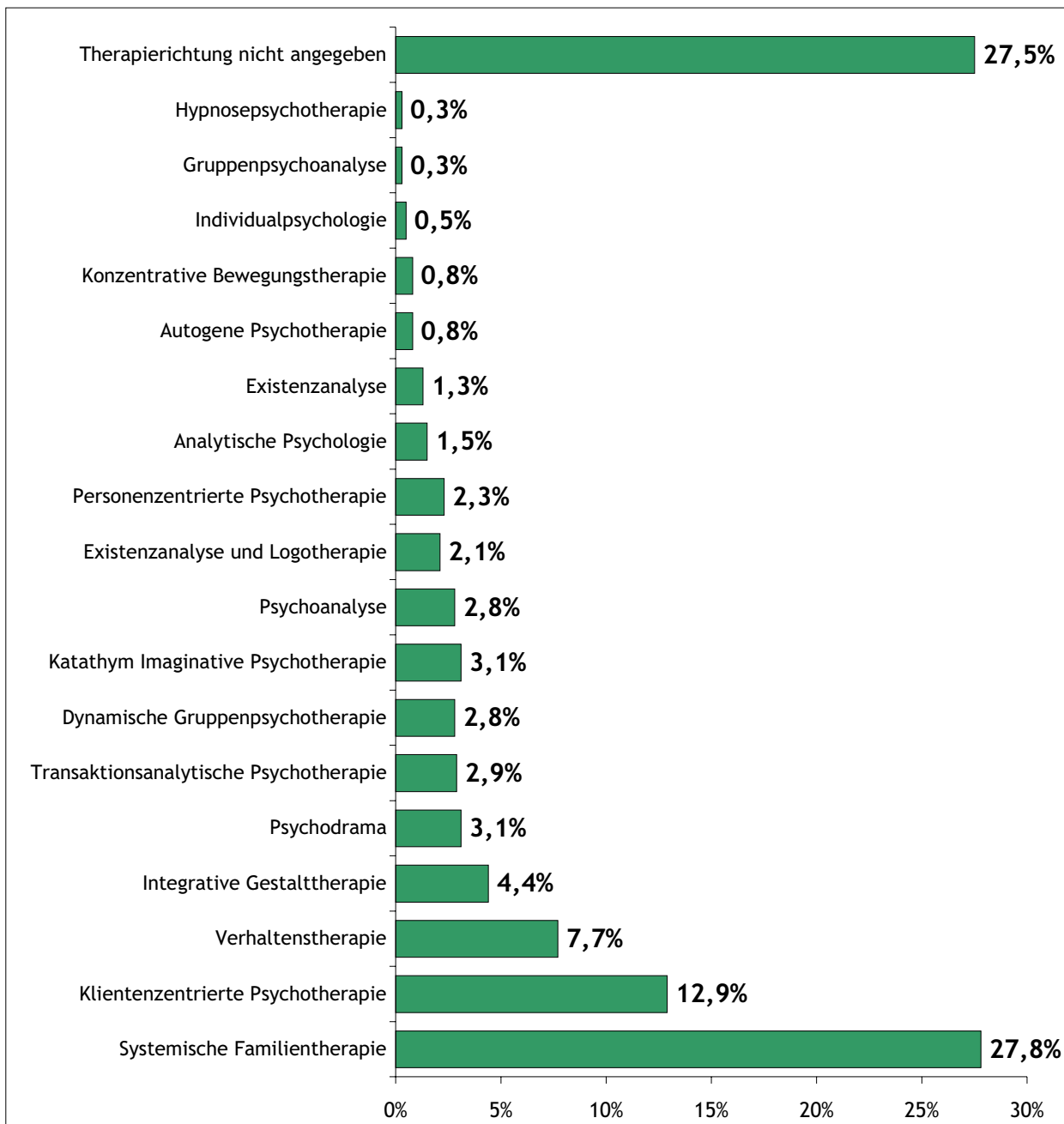
**Abbildung 98: Freiberuflich tätige PsychotherapeutInnen je 100.000 Einwohner nach Bundesland (Berufssitz)**



Quelle: Listen der eingetragenen PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und Klinischen PsychologInnen; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0026&doc=CMS1038919122014>; 1.9.2005; eigene Berechnungen; nur TherapeutInnen mit „Berufssitz“ (d.h. Praxis)

In der Liste der eingetragenen PsychologInnen gibt die Zusatzbezeichnung Aufschluss über die Therapieform. Bei 28 Prozent der oberösterreichischen eingetragenen TherapeutInnen scheint keine Zusatzbezeichnung auf. Am häufigsten sind die Therapierichtungen systemische Familientherapie (28 Prozent der TherapeutInnen), Klienten zentrierte Psychotherapie (13 Prozent) und Verhaltenstherapie (8 Prozent; siehe Abbildung 99).

**Abbildung 99: Psychotherapeutische Methoden**



Quelle: Listen der eingetragenen PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und Klinischen PsychologInnen; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen;  
<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0026&doc=CMS1038919122014>; 1.9.2005; eigene Berechnungen

## Gesundheitsambulanzen des PGA

In den Gesundheitsambulanzen des Vereins für Prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) kann kostenlos bzw. gegen geringen Selbstbehalt eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen werden. Standorte finden sich in nahezu allen Bezirken<sup>226</sup>. Zur Behandlung der PatientInnen stehen 48 TherapeutInnen zur Verfügung<sup>227</sup>.

## 5.3 Psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote

Die nachfolgende Tabelle 8 gibt einen Überblick über die wesentlichsten psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangebote und deren Anbieter in Oberösterreich.

**Tabelle 8: Anbieter psychosozialer Beratungs- und Betreuungsleistungen in OÖ**

Anbieter	Beratung, psychosoziale Beratungsstellen/-zentren, Suchtberatung	Hilfe in Krisen, psychosozialer Notdienst, Kriseninterventionsstelle, Krisenzimmer	Wohnen, spezifische Wohnformen und Wohnheime	Freizeitangebote und Tagesbetreuung	Berufliche Integration und ta-gesstrukturierende Angebote
ARCUS Sozialnetzwerk GmbH.	X		X		X
Caritas bzw. Caritas für Betreuung und Pflege			X		X
Drogenberatung Circle Wels	X				
FAB - GOA Gemeinschaft ohne Alkohol			X		
Internationale Kongregation der Schwestern vom Guten Hirten			X		

<sup>226</sup> Steyr-Land wird von Steyr aus versorgt

<sup>227</sup> (PGA 2005)



Anbieter	Beratung, psychosoziale Beratungsstellen/-zentren, Suchtberatung	Hilfe in Krisen, psychosozialer Notdienst, Kriseninterventionstelle, Krisenzimmer	Wohnen, spezifische Wohnformen und Wohnheime	Freizeitangebote und Tagesbetreuung	Berufliche Integration und taugstrukturierende Angebote
pro mente Oberösterreich	X	X	X	X	X
Sozialverein B37			X		X
Verein Exit Sozial	X	X	X	X	X
Landespflege- und Betreuungszentrum Christkindl			X		X
Landespflege- und Betreuungszentrum Schloss Cumberland			X		X
Landespflege- und Betreuungszentrum Schloss Haus			X		X
Landespflege- und Betreuungszentrum Schloss Gschwendt			X		X

Quelle: Sozialratgeber 2005<sup>228</sup>

<sup>228</sup> (Sozialplattform 2005, S. 98)

### 5.3.1 Psychosoziale Beratungseinrichtungen

Psychosoziale Beratungsstellen und -zentren sind Anlaufstellen für Menschen, die psychosoziale Hilfe brauchen. Die Kontaktaufnahme kann persönlich, telefonisch, oder schriftlich bzw. per E-Mail erfolgen. Sie bieten Beratung, Begleitung und Krisenintervention für Betroffene und deren Angehörige. Teilweise wird auch Psychotherapie oder medizinische Beratung angeboten<sup>229</sup>.

In Oberösterreich ist das Netzwerk an psychosozialen Beratungsstellen und -zentren weitgehend ausgebaut. Derartige Angebote sind in jedem Bezirk vorhanden, so dass von einer flächendeckenden, gemeindenahen Versorgung gesprochen werden kann<sup>230</sup>.

Im Psychiatrieweiterentwicklungsplan von 2002 sind folgende Verbesserungen des psychosozialen Beratungsangebotes vorgesehen<sup>231</sup>:

- Ausbau der nachgehenden Betreuung: Ausbau des Angebotes an Hausbesuchen sowie die Schaffung von „Zugangsstrukturen“ (z.B. Kontaktaufnahme nach stationärer Betreuung) für bestimmte Gruppen, die keine Beratungsstelle aufsuchen können (z.B. Personen mit eingeschränkter Mobilität, mit Mehrfachdiagnosen etc.).
- Ausbau der Leistungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche sowie spezifische Leistungsangebote für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern.
- Integration der Krisenhilfe in die psychosozialen Beratungszentren nach regionalen Erfordernissen. Vernetzung zu Anbietern von Krisenbetten bzw. Krisenzimmern und anderen Notdiensten.
- Aufbau von Angeboten für MigrantInnen in deren Muttersprache durch speziell qualifiziertes Personal.

---

<sup>229</sup> (Sozialplattform 2005, S. 52)

<sup>230</sup> (Land OÖ 2002, S. 39)

<sup>231</sup> (Land OÖ 2002, S. 90)

## 5.3.2 Suchtberatung

Suchtberatungsstellen bieten Information, Beratung, (Nach-)Betreuung, therapeutische Intervention, Psychotherapie sowie Krisenintervention für Suchtkranke und Suchtgefährdete sowie deren Angehörige<sup>232</sup>.

Für illegalisierte Drogen gibt es - laut dem Rapid-Situation-Assessment von 2001 - 8 Beratungseinrichtungen mit insgesamt 11 Standorten (in Freistadt, Braunau, Prambachkirchen, Steyr, Linz, Rohrbach, Vöcklabruck, Gmunden, Bad Ischl und Wels). Darüber hinaus bietet die Familienberatungsstelle des Zentrums Spattstrasse in Linz Beratung bei Suchtmittelmissbrauch an<sup>233</sup>.

In Oberösterreich gibt es 11 Institutionen, die Beratung für Alkoholranke anbieten, die insgesamt 34 Beratungsstellen betreiben. Der Großteil der Beratungsstellen wird vom Land Oberösterreich betrieben (19 sozialmedizinische Beratungsstellen bei Alkoholproblemen). Hinzu kommen Beratungsstellen des Magistrats Linz und Wels, von pro mente, des Blauen Kreuzes und von sonstigen Einrichtungen. Darüber hinaus bieten die Anonymen Alkoholiker Meetings in acht Orten an. In jedem Bezirk ist mindestens eine dieser Beratungsstellen zu finden<sup>234</sup>.

Im Psychiatrieweiterentwicklungsplan von 2002 sind folgende Verbesserungen im Bereich der Suchtberatung vorgesehen:

- Es sollen Qualitätsstandards für Alkoholberatungsstellen geschaffen und das Netzwerk qualitativ ausgebaut werden.
- Aufbau einer Beratungsstelle für Alkoholranke im Raum Linz, wo insbesondere Motivationsarbeit, ambulante Therapie und nachgehende Betreuung angeboten werden.
- Einrichtung von niederschweligen Angeboten in den Ballungsräumen mit zusätzlichen Standardleistungen (Spritzentausch, Dusche, Kondomausgabe, Ausnüchterungsräume, ärztliche Hilfe etc.).
- Ausbau des Angebots an Suchtberatungsstellen.
- Aufbau und Förderung von Selbsthilfegruppen von Betroffenen und Angehörigen mit professioneller Begleitung<sup>235</sup>.

---

<sup>232</sup> (Sozialplattform 2005, S. 51)

<sup>233</sup> (Land OÖ 2002, S. 40)

<sup>234</sup> (AKIS 2005)

<sup>235</sup> (Land OÖ 2002, S. 90)

### 5.3.3 Hilfe in Krisen

Im Falle von Krisensituationen und psychosozialen Notfällen bieten der psychosoziale Notdienst (in Linz und Steyr) sowie die Kriseninterventionsstelle (in Linz) rund um die Uhr telefonische Soforthilfe sowie Hausbesuche und mobile und ambulante Beratungsleistungen an. Krisenzimmer (eine zeitlich begrenzte Unterbringungsmöglichkeit zur Bewältigung von Krisensituationen) sind in Linz und Gmunden eingerichtet<sup>236</sup>.

Für den Bereich der psychosozialen Notdienste und Krisenintervention wurden im Psychiatrieweiterentwicklungsplan 2002 - vor allem in ländlichen Gebieten - Versorgungsdefizite festgestellt<sup>237</sup>. Aus diesem Grund sind folgende Verbesserungen vorgesehen<sup>238</sup>:

- Die flächendeckende regionale Versorgung (orientiert an Planungsräumen) mit psychosozialen Notdiensten, die rund um die Uhr erreichbar sind sowie die Möglichkeit von Hausbesuchen durch mobile Kriseninterventionsteams (unter Einbeziehung lokaler Ressourcen wie psychosoziale Beratungsstellen, speziell geschulten niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenhäusern). Die psychosozialen Notdienste sollen durch eine zentrale Notrufnummer erreichbar sein.
- Ausbau des Angebots an Krisenzimmern, Entwicklung niederschwelliger Angebote mit Betreuungsmöglichkeiten rund um die Uhr und Erweiterung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Krisenintervention.

### 5.3.4 Selbsthilfegruppen

In Oberösterreich gibt es derzeit (Stand August 2005) 80 Selbsthilfegruppen für Betroffene von psychosozialen Erkrankungen bzw. deren Angehörige. Die thematischen Inhalte sind in Tabelle 9 wiedergegeben. Am häufigsten ist die Thematik Alkohol (23 Gruppen) vertreten. Weitere Themen sind u.a. psychische Probleme im Allgemeinen (12 Gruppen), Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (10 Gruppen), Essstörungen (9 Gruppen), Sucht im Allgemeinen (8 Gruppen) und Depressionen (7 Gruppen). Nur vereinzelt gibt es Gruppen zu Alzheimer (3 Gruppen), Angststörungen (2 Gruppen), Drogen (2 Gruppen), RaucherInnenentwöhnung (2 Gruppen), Suizid und Zwänge (jeweils eine Gruppe).

---

<sup>236</sup> (Sozialplattform 2005, S. 52)

<sup>237</sup> (Land OÖ 2002, S. 43)

<sup>238</sup> (Land OÖ 2002, S. 93)

**Tabelle 9: Selbsthilfegruppen im Bereich psychosoziale Erkrankungen in OÖ**

Thema	Anzahl
Alkohol	23
Psychische Probleme	12
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	10
Ess-Störungen	9
Sucht	8
Depressionen	7
Alzheimer	3
Angststörungen	2
Drogen-Sucht	2
RaucherInnenentwöhnung	2
Suizid	1
Zwänge	1
Gesamt	80

Bezirk	Anzahl der Gruppen
Braunau	2
Eferding	1
Freistadt	1
Gmunden	12
Grieskirchen	2
Kirchdorf	5
Linz-Land	4
Linz-Stadt	27
Ried	1
Rohrbach	3
Schärding	1
Steyr	6
Urfahr-Umgebung	1
Vöcklabruck	6
Wels	7
Wels-Land	1
Gesamt	80

Quelle: Dachverband der OÖ. Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich;  
[www.selbsthilfgruppen.co.at](http://www.selbsthilfgruppen.co.at); 31.08.2005

### 5.3.5 Wohnen

Der Lebensbereich Wohnen stellt Menschen mit psychiatrischen oder psychosozialen Störungen oft vor große Probleme. Ein vielfältiges, der jeweiligen Situation der Betroffenen angemessenes Angebot an Unterstützungseinrichtungen ist daher von wesentlicher Bedeutung. Daher werden verschiedene Wohnformen angeboten, die von Übergangswohnmöglichkeiten und Notschlafstellen über betreutes Wohnen bis zur Unterbringung in Wohnheimen reichen. Grundsätzlich ist es wichtig, die Betroffenen möglichst in ihrer gewohnten Umgebung zu betreuen (bspw. durch mobile Wohnbetreuung). Oft ist dies jedoch nicht möglich (z.B. aufgrund eines sehr hohen Betreuungsaufwandes) oder nicht ratsam (z.B. weil das soziale Umfeld die Problematik auslöst oder stabilisiert). Wesentlich ist auch die Partizipation der Betroffenen bei der Entscheidung über die Wohnform und die Orientierung an deren Bedürfnissen<sup>239</sup>.

Die wesentlichsten Wohnformen im psychosozialen Bereich sind:

- Übergangseinrichtungen (Überbrückungswohnungen, Aufbauwohnungen), die ein zeitlich befristetes Angebot, z.B. für den Zeitraum unmittelbar nach der Entlassung aus einem stationären Krankenhausaufenthalt, in dem Hilfestellung und Betreuung (z.B. zur Entwicklung von Zukunftsperspektiven) notwendig sind<sup>240</sup>. Der Bestandsaufnahme des Psychiatrieweiterentwicklungsplanes zu Folge gibt es in Oberösterreich 11 Einrichtungen, die derartige Leistungen anbieten mit insgesamt 185 Plätzen<sup>241</sup>.
- „Betreutes Wohnen“ richtet sich als Angebot im Wesentlichen an Personen, die trotz psychosozialer Probleme weitgehend selbständig leben können, und nur der ambulanten Betreuung bedürfen. „Betreutes Wohnen“ wird in Form von „Betreutem Einzelwohnen“, von betreuten Wohngemeinschaften und von mobil betreutem Wohnen (wo die Betroffenen in ihrer eigenen Wohnung betreut werden) angeboten<sup>242</sup>. Im Rahmen der Erstellung des oberösterreichischen Psychiatrieweiterentwicklungsplanes 2002 wurden erhoben, dass 32 Einrichtungen betreutes Einzelwohnen bzw. mobil betreutes Wohnen anbieten und in dieser Form insgesamt ca. 340 Personen betreuen. Betreute Wohngemeinschaften werden von 33 Einrichtungen angeboten. Diese beherbergen ca. 360 Betreute<sup>243</sup>.

---

<sup>239</sup> (Land OÖ 2002, S. 51)

<sup>240</sup> (Land OÖ 2002, S. 53)

<sup>241</sup> (Land OÖ 2002, S. 49)

<sup>242</sup> (Land OÖ 2002, S. 53)

<sup>243</sup> (Land OÖ 2002, S. 49)

- Wohnheime bieten die Vollversorgung für Menschen mit hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf. Dazu zählen bspw. auch die Landespflege- und Betreuungszentren<sup>244</sup>. In Oberösterreich gibt es insgesamt 23 derartiger Einrichtungen (mit insgesamt über 800 Betten). Wohnheime werden zunehmend kritisch betrachtet, insofern, als sie den Bedürfnissen vieler Betreuer nicht entsprechen, diese aus gewohnten Lebensumständen herausnehmen bzw. für angemessene Betreuung zu groß sind<sup>245</sup>.
- Kurzzeit-, Wohn- und Pflegeplätze sind Unterbringungsmöglichkeiten über eine begrenzte Zeit, für die eine Betreuungsvereinbarung mit der betreffenden Einrichtung abgeschlossen wird. Sie dienen einerseits zur Unterstützung bei Lebensveränderungen und in sozialen Krisen, aber auch zur Entlastung betreuender Angehöriger (z.B. während einer urlaubsbedingten oder sonstigen Abwesenheit). Diese Wohnform ist u. a. auch für ältere Betroffene von großer Bedeutung. Der Bestandsaufnahme im Rahmen des Psychiatrieweiterentwicklungsplanes zufolge bieten in Oberösterreich 14 Einrichtungen diese Wohnform an, mit insgesamt ca. 120 Plätzen<sup>246</sup>.
- Psychosoziale Notversorgung (PSNV) ist ein niederschwelliges Angebot für obdachlose Personen mit psychosozialer Problematik. Sie ermöglicht eine Verbesserung oder zumindest Stabilisierung (im Sinne der Verhinderung einer Verschlechterung) der Situation der Betroffenen. Für Oberösterreich wird der Bedarf an derartigen Institutionen auf ca. drei bis vier Einrichtungen mit jeweils etwa 20 Plätzen geschätzt<sup>247</sup>.

Der Psychiatrieweiterentwicklungsplan für Oberösterreich nennt u.a. folgende Verbesserungsmaßnahmen<sup>248</sup>:

- Ausbau der Wohnungsangebote für Personen mit Mehrfachbeeinträchtigungen (Standorte Wels, Vöcklabruck und Urfahr) sowie der psychosozialen Notversorgung auf niederschwelligem Niveau im Ballungszentrum Linz;
- In den Landespflege- und Betreuungszentren sollen kleinere Wohneinheiten geschaffen werden. PatientInnen, die dies wünschen, sollen in andere Wohneinrichtungen vermittelt werden. Für die freiwerdenden Kapazitäten sollen neue Zielgruppen gefunden werden. Tagesstrukturen sollen ausgebaut werden. Die Anzahl der Tagesbetreuungsplätze und Kurzzeitpflegeplätze soll vergrößert werden;

---

<sup>244</sup> (Sozialplattform 2005, S. 52)

<sup>245</sup> (Land OÖ 2002, S. 55)

<sup>246</sup> (Land OÖ 2002, S. 56)

<sup>247</sup> (Land OÖ 2002, S. 56)

<sup>248</sup> (Land OÖ 2002, S. 100)

- Ausbau der mobilen Wohnbetreuung;
- Schaffung einer Koordinationsstelle zur Wohnraumbeschaffung.

### 5.3.6 Tagesbetreuung/Freizeit

Freizeit- und Kommunikationseinrichtungen spielen eine wichtige Rolle für die soziale Integration von Menschen mit psychosozialen Problemen. Durch die gemeindenahere Organisation und die Vernetzung mit psychosozialen und anderen Einrichtungen (z.B. Vereine, kirchliche Organisationen, Bildungseinrichtungen etc.) können sie ein wesentlicher Teil des sozialen Lebens auf Gemeindeebene sein. Die so genannte „Freizeitassistenz“ stellt eine neue Leistungsform in diesem Bereich dar. Sie unterstützt Menschen mit psychosozialen Problemen dabei, den Kontakt zu Einrichtungen im Freizeitbereich aufzunehmen und an deren Aktivitäten teilzunehmen<sup>249</sup>.

Der Psychiatrieweiterentwicklungsplan sieht einen flächendeckenden Ausbau von Freizeitangeboten im ländlichen Raum vor. Dabei sollen die regionalen Strukturen in den Gemeinden genutzt werden<sup>250</sup>.

### 5.3.7 Tagesstrukturierende Maßnahmen und berufliche Integration

Es gibt verschiedene Unterstützungsangebote, die Menschen mit psychosozialer Betreuungsbedarf dabei unterstützen sollen, wieder im Berufsleben Fuß zu fassen bzw. sich darin zurechtzufinden.

Tagesstrukturierende Maßnahmen zielen vor allem darauf ab, persönliche Fähigkeiten zu entdecken und zu fördern. Zielgruppen sind vor allem Betroffene, für die eine Integration in den freien Arbeitsmarkt (noch) nicht möglich erscheint.

Arbeitstrainingszentren sind befristete Trainingsangebote zur Stabilisierung der ökonomischen und psychischen Situation der Betroffenen, der sozialen Integration sowie der Integration in den Arbeitsmarkt.

Auch sozialökonomische Betriebe (Beschäftigungsprojekte, Transitarbeitsplätze) verfolgen die Integration in den freien Arbeitsmarkt. Die TeilnehmerInnen haben dort die Möglichkeit, im Rahmen befristeter Dienstverhältnisse, die dazu notwendigen Kompetenzen (soziale, manuelle, technische etc.) zu trainieren.

---

<sup>249</sup> (Land OÖ 2002, S. 59)

<sup>250</sup> (Land OÖ 2002, S. 101)



Arbeitsmarktbezogene Beratungsstellen haben die Aufgabe, die Betroffenen bei der Arbeitssuche zu unterstützen und zu begleiten.

Die Arbeitsassistenten bieten psychosoziale Begleitung und Unterstützung für Betroffene, die einen Arbeitsplatz suchen bzw. deren Arbeitsplatz aufgrund ihrer Erkrankung gefährdet ist. Das so genannte „Supported Employment“ unterstützt Menschen mit psychosozialen Problemen dabei, ihre Beschäftigung aufrecht zu erhalten<sup>251</sup>.

Die Bestandsaufnahme im Rahmen der Erstellung des Psychiatrieweiterentwicklungsplanes 2002 ergab für Oberösterreich folgende Versorgungssituation für Menschen mit psychosozialen Erkrankungen<sup>252</sup>:

- 58 Einrichtungen bieten Tagesstrukturierende Maßnahmen an (ca. 860 Plätze),
- 5 Sozialökonomische Betriebe (ca. 40 Plätze),
- 20 Arbeitstrainingszentren (ca. 240 Plätze),
- 3 Einrichtungen bieten Arbeitsassistenten an<sup>253</sup>.

Nachfolgende Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen zur beruflichen Integration sind vorgesehen<sup>254</sup>:

- Schaffung von geschützten Arbeitsplätzen in Integrationsfirmen bzw. durch „Supported Employment“,
- Schaffung von Kooperationen für Qualifizierungsmaßnahmen,
- Ausbau der Arbeitsassistenten,
- Konzeptionelle Veränderungen der Tagesstrukturen in Richtung gemeindenaher Angebote, stärkerer Integration in die soziale Umwelt und stärkerer Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen.

---

<sup>251</sup> (Sozialplattform 2005, S. 53)

<sup>252</sup> (Land OÖ 2002, S. 62)

<sup>253</sup> (105 Plätze)

<sup>254</sup> (Land OÖ 2002, S. 104)

## 5.4 Angebote der Gesundheitsförderung

### 5.4.1 Gesundheitsförderung in den Gemeinden

In der Aktion „Gesunde Gemeinden“ haben sich bisher 358 oberösterreichische Gemeinden<sup>255</sup> zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, um Gesundheitsförderung als Aspekt in das Leitbild der Kommunen zu integrieren. Unterstützt und koordiniert wird diese Aktion von der Landessanitätsdirektion OÖ. In diesem Rahmen finden laufend gesundheitsfördernde Maßnahmen und Aktionen statt, u.a. auch Angebote zur Förderung des psychischen Wohlbefindens.

Der Themenbereich „Psychosoziale Gesundheit“ bildete im Jahr 2002 den Jahresschwerpunkt. Als Aktivitäten in den Gemeinden wurden vom Land OÖ in Kooperation mit pro mente OÖ und dem Institut für Suchtprävention die Vermittlung von Vorträgen, Materialien usw. unterstützt. Darunter folgende Angebote<sup>256</sup>:

#### a) Angebote zum Themenbereich Sucht

Angebote für Gesunde Gemeinden (größtenteils kostenlos):

- Artikelserie,
- Vorträge,
- Seminare,
- Alkoholfreie Bar „Barfuss“, Broschüren, Plakate, Infomaterial,
- X-act-alc - Unterlagen zum Thema Alkohol für die 7. - 9. Schulstufe,
- Vermittlung von Vorträgen zum Thema „Good bye dem Rauchen“.

#### b) Angebote zum Themenbereich psychische Gesundheit

Vermittlung und Förderung von Vorträgen zu den Themen:

- „Wenn die Seele das Gleichgewicht verliert“,
- Demenz - was ist das?“ - Alterserkrankungen,
- „Jugend zwischen Krise und Chance“ - Jugenderkrankungen,
- „Depression - Angst - Selbstmord“.

---

<sup>255</sup> Stand 20.9.2005; [http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-91CC2924/-ooe/San\\_Liste\\_Gesgem.pdf](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-91CC2924/-ooe/San_Liste_Gesgem.pdf); 26.5.2005.

<sup>256</sup> (LSDion 2003, S. 7)

### c) Angebote zum Thema mentale Gesundheit

Vorträge werden von Psychotherapeuten und PsychologInnen zu den Themen gehalten:

- „Burn-out im Alltag“,
- „Selbstwertgefühl - Eine Energiequelle für mein Leben“,
- „Ganz Ohr - gut zuhören können“ oder „Gute Kommunikation ist kein Zufall“,
- „Konflikte als Chance“,
- „Pubertät - Herausforderung und Chance für Jugendliche und Eltern“,
- „Wenn Kinder Sorgen machen“,
- „Wenn Essen zur Sucht wird“ oder „Süchte als verirrte Suche nach Sinn“,
- „Baby-Blues, eigentlich sollte ich glücklich sein“,
- „Angst - Eine Farbe des Lebens“,
- „Alltag, Wunsch und Wirklichkeit in Beziehung-Partnerschaft-Ehe-Sexualität“,
- „Entspannung als Kraftquelle“,
- „Mit starker Motivation gesund leben und gesund bleiben“.

Als Beispiel für die Umsetzung des Jahresprogramms 2002 können Aktivitäten der Gemeinde Walding genannt werden<sup>257</sup>:

#### Vorträge Herbst 2003:

- „Demenz - Was ist das“ (in Zusammenarbeit mit dem Pensionistenverband und dem Seniorenbund,
- „Burn-Out“ im Alltag,
- „Pubertät - Herausforderung und Chance für Jugendliche und Eltern“ (in Zusammenarbeit mit dem Elternverein der VS).

#### Vorträge Frühjahr 2003:

- „Selbstwertgefühl - eine Energiequelle für meinen Körper“,
- Frühjahr 2003: „Baby-Blues - eigentlich sollte ich glücklich sein“,
- „Sucht und Vorbeugung im Kindergarten“ (in Kooperation mit dem Kindergarten).

---

<sup>257</sup> (Land OÖ 2003, S. 21)

Die „Gesunde Gemeinde“ Neukirchen am Walde wurde 2003 mit einem Gesundheitsförderungspreis des Landes Oberösterreich ausgezeichnet, u.a. auch für das „Pilotprojekt für trauernde Angehörige“. Es handelt sich dabei um einen regelmäßigen Gesprächskreis für Betroffene. Mittlerweile wurde dieses Angebot auf den gesamten Bezirk Grieskirchen ausgeweitet<sup>258</sup>.

## 5.4.2 Gesundheitsförderung in Schulen

Ein Beratungsangebot bzgl. schulischen Problemen bietet die „Schulpsychologie Bildungsberatung Oberösterreich“. In Oberösterreich stehen 22 SchulpsychologInnen zur Verfügung. Beratungsstellen sind in Linz (zuständig für die Bezirke Linz-Stadt, Linz-Land und Eferding), in Gmunden (für die Bezirke Gmunden und Vöcklabruck), in Ried/Innkreis (für die Bezirke Braunau, Ried und Schärding), in Linz - Urfahr (für die Bezirke Freistadt, Perg, Rohrbach und Urfahr - Umgebung), in Steyr (Bezirke Steyr-Stadt, Steyr-Land und Kirchdorf) sowie in Wels (für die Bezirke Grieskirchen, Wels-Land und Wels-Stadt) eingerichtet.

Unter anderem wird Hilfe bzgl. folgender Angelegenheiten angeboten:

- Verbesserung des Schulklimas,
- Lehrersupervision, Gesprächsmoderation, ...
- Persönliche Probleme mit Schülern, Eltern, Lehrern,
- Meditationsgespräche, Klassenkonferenzen, Beratungen, Krisenintervention etc.,
- Lern-, Konzentrations- und Leistungsprobleme,
- Lösungs- und ressourcenorientierte Beratung, Hilfe zur Selbsthilfe, usw.,
- Schullaufbahnberatung und Berufsorientierung,
- Sonderpädagogischer Förderbedarf bis Hochbegabung: Information, Beratung, Hilfe, usw.,
- Schulentwicklung und Qualitätssicherung,
- Projektplanung, -begleitung und -evaluierung, Lehrerfort- und -weiterbildung, Schulleiterauswahl, usw.

---

<sup>258</sup> (Neukirchen 2005)

Schulische Gesundheitsförderung ist zwar ganzheitlich orientiert und nicht speziell auf bestimmte Erkrankungen und Problematiken ausgerichtet. Dennoch sind viele Aspekte für die Vermeidung psychosozialer Probleme von wesentlicher Bedeutung. Wichtige Ziele der Gesundheitsförderung in Schulen sind:

- Die gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraumes Schule unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen,
- die Förderung von persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenzialen der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Wissen und Handeln, sowie
- Förderung der kommunikativen und kooperativen Kompetenzen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern<sup>259</sup>.

Als Unterstützungsangebot für die Gesundheitsförderung in Schulen wurden (im Rahmen des Zukunftskonzeptes "Gesundheitsförderung und Prävention" des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger) bisher in fünf Bundesländern - darunter auch Oberösterreich - Schul-Servicestellen eingerichtet<sup>260</sup>. Die Oberösterreichische „Servicestelle Schule“ der OÖGKK bietet Unterstützung und Beratung für schulische Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung an. Diese umfassen u.a.:

- Beratung bei der Planung von schulischen Gesundheitsprojekten,
- Vermittlung von Kontakten zu ExpertInnen, Vortragenden und SponsorInnen,
- Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationsmaterial und statistischen Gesundheitsdaten,
- ein praxisnaher Leitfaden zur Projektabwicklung (Projekt-Pfad-Finder)<sup>261</sup>.

---

<sup>259</sup> (OÖGKK 2005)

<sup>260</sup> (SV 2005)

<sup>261</sup> (OÖGKK 2005)

### 5.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitswelt spielt eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden der Menschen. Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) können ein wesentlicher Beitrag zur Verhinderung von psychischen Störungen und psychosozialen Beeinträchtigungen leisten. Nachfolgende Institutionen bieten Unternehmen Unterstützung bei der Umsetzung von BGF- Maßnahmen.

#### **Oberösterreichische Angebote:**

- OÖGKK (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse),
- AK OÖ (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich),
- AMD (Arbeitsmedizinischer Dienst GmbH),
- ASZ (Arbeitsmedizinisches Zentrum Linz),
- Well - working, Ambros & Zalokar OEG.

#### **Österreichweite Angebote:**

- WKÖ (Wirtschaftskammer Österreich),
- BVA (Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter),
- WORKLAB - Netzwerk für AMED, Sicherheitstechnik und Ergonomie GmbH,
- Institut für Gesundheitsmanagement,
- AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt),
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich),
- VADÖB (Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues),
- Bildungsinstitut pro mente,
- ppm - Forschung + Beratung,
- PEG GesmbH (Personalentwicklung GesmbH).

## 5.4.4 Suchtprävention

Das Institut für Suchtprävention - die oberösterreichische Fachstelle in Suchtfragen - wurde 1994 gegründet. Die wesentlichen Tätigkeitsschwerpunkte sind.

- Information und Kommunikationsarbeit,
- Projekte in unterschiedlichen Settings,
- Bildungsarbeit,
- Consulting und Fachberatung,
- Networking,
- Evaluation und Forschung.

Im Jahr 2004 wurden unter anderem folgende Projekte bzw. Aktivitäten in den Bereichen Jugend und Arbeitswelt durchgeführt (in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern):

- 190 Vorträge,
- 493 Seminare,
- 267 Fachberatungen,
- 400 Exkursionen,
- Beratung/Betreuung von 150 Gremien.

Einige dieser Aktivitäten sollen kurz genannt werden<sup>262</sup>:

- ONYSOS CHAT: Onlineforum und Chat für Kinder aus alkoholbelasteten Familien,
- TAKE CONTROL Raucherentwöhnung: Raucherentwöhnungskurs für Jugendliche (Testphase: 5 Informationsveranstaltungen mit ca. 300 Jugendlichen),
- PEER-EDUCATION: SchülermultiplikatorInnenprojekt in Kooperation (112 Peers, 387 LehrerInnen, 15 Eltern, ca. 1.400 SchülerInnen),
- CLEVER & COOL: Schulprojekt (ca. 770 SchülerInnen, 195 Eltern, 279 LehrerInnen),
- IN MOTION: LehrermultiplikatorInnenprojekt (30 LehrerInnen, 400 SchülerInnen),
- EIGENSTÄNDIG WERDEN: Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in Volksschulen (40 PädagogInnen, 30 DirektorInnen, 457 Eltern, 959 Kinder),

---

<sup>262</sup>Ausführliche Informationen finden sich im Jahresbericht des Instituts für Suchtprävention (ISP 2004)

- AKADEMIELERHRGANG - KoordinatorIn für Suchtprävention in der Schule (18 PädagogInnen und 3 SchulärztInnen),
- Ausbildung KOORDINATORIN FÜR SUCHTPRÄVENTION (72 KoordinatorInnen),
- SUCHTPRÄVENTION IN DER FAMILIE - VORTRÄGE: Niederschwelliges Angebot für die Zielgruppe Eltern (1.700 Eltern),
- ELTERNRATGEBER „Über Alkohol reden“ (Auflage 5.000 St.),
- 4TY FOUR - Das Präventionsmagazin (2x jährlich, Auflage 3.000 St.),
- Vortrag und Fachberatungen SUCHTPRÄVENTION IN DER JUGENDARBEIT,
- Persönliche Fachberatungen für Betriebe und Schlüsselpersonen aus Betrieben (25 Fachberatungen; 51 Personen),
- Lehrlingsprojekt IN BETWEEN: Betriebsprojekt für den Lehrlingsbereich für Auszubildner und Lehrlinge (1 Gremiumsbetreuung, 2 Projektpräsentationen),
- Grundlagenseminar für Lehrlingsauszubildner (5 Seminare; 63 TeilnehmerInnen),
- Weiterbildung für Führungskräfte „Suchtprävention im Betrieb“ (3 Seminare mit 39 TeilnehmerInnen; 5 Gremiumsberatungen mit 21 TeilnehmerInnen) u.a.





## 6. Maßnahmen für die Zukunft - Maßnahmenvorschläge der Arbeitskreise der OÖ Gesundheitskonferenz

Zu den Themen „Suchterkrankungen“ und „Suizid“ wurden im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz ExpertInnenarbeitskreise eingerichtet, um Maßnahmenvorschläge für die genannten Problematiken zu erarbeiten. Die Ergebnisse wurden im September 2004 der Gesundheitskonferenz vorgestellt. Die wesentlichen Punkte werden nachfolgend wiedergegeben.

### 6.1 Maßnahmenvorschläge des Arbeitskreises zum Thema „Suchtreduktion“

Bezüglich des Problemkreises Sucht und psychoaktive Substanzen im Allgemeinen hat der betreffende Arbeitskreis der OÖ Gesundheitskonferenz folgende Maßnahmenvorschläge erarbeitet<sup>263</sup> :

- **Kohärenz im Bereich der Politik mit psychoaktiven Substanzen**  
Ob eine künftige Politik der psychoaktiven Substanzen erfolgreich sein wird, hängt wesentlich vom stimmigen Zusammenspiel staatlicher Maßnahmen ab.  
Die zukünftige Politik sollte in einer Gesamtschau alle psychoaktiven Substanzen einbeziehen (auch die heute legalen!), die Konsummuster berücksichtigen und die drogenpolitischen Säulen integrieren. Dabei spielen Verstehbarkeit und Glaubwürdigkeit dieser Politik eine essentielle Rolle.
- **Aufgeklärte Öffentlichkeit**  
Eine Optimierung der Politik mit psychoaktiven Substanzen setzt eine aufgeklärte Bevölkerung voraus. In diesem Sinne ist eine seriöse Information über die Sucht- und Drogenthematik wesentlicher Bestandteil einer modernen Suchtprävention.

---

<sup>263</sup> (Arbeitskreis Sucht 2005); Die nachfolgende Aufzählung der Handlungsempfehlungen wurde wörtlich übernommen.

- **Zentrale Elemente zur Optimierung der Suchtvorbeugung sind:**

Ausbau der institutionalisierten Suchtprävention, Einbindung des suchtpreventiven Know-hows in relevante Entscheidungen und Förderung der Sucht- bzw. Präventionsforschung.

Angebote der Suchtprävention sollten flächendeckend verfügbar sein. Ein flächendeckender Ausbau bedeutet in diesem Zusammenhang in erster Linie die personelle Ausstattung der Suchtpräventionseinrichtungen, nicht deren räumliche Verteilung. Alle gesellschaftlichen Bereiche (z.B. die „Settings“ Schule, Betriebe, Gemeinden) sollen Zugang zu den Leistungen der Suchtprävention haben (z.B. durch MultiplikatorInnen). Doppelstrukturen sollten vermieden werden. In erster Linie sollte auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden (z. B. Schulsystem, Jugendarbeit, Behandlungseinrichtungen, Kommunen, Universitäten usw.). Zudem sollten diese Einrichtungen besser vernetzt werden<sup>264</sup>.

Als wesentliche politische Maßnahmen bezüglich der Reduktion des Tabakrauchens werden folgende Punkte genannt<sup>265</sup>. Die nachfolgende Aufzählung der Handlungsempfehlungen wurde wörtlich übernommen:

- Hohes Preisniveau durch hohe Tabaksteuern gekoppelt mit flächendeckenden Ausstiegshilfen und Präventionsangeboten,
- Strikte Werbe- und Verkaufsförderungsverbote,
- Gegenwerbung (Counter-Advertisement) zur Tabakwerbung (solange kein umfassendes Werbeverbot in Kraft tritt),
- Einschränkung der Verfügbarkeit: als erste Forderung ist hier das Verbot sämtlicher frei zugänglicher Zigarettenautomaten zu nennen,
- Ausbau und konsequente Umsetzung des NichtraucherInnenschutzes,
- Bekämpfung des Schmuggels,
- Harmonisierung der Tabaksteuer auf EU-Ebene, um Ausweichen auf „Billigpreisländer“ zu minimieren,
- Erarbeitung eines systematischen nationalen Aktionsplanes: Darin sind Ziele, Strategien und konkrete Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums konkret zu definieren. Dies ist notwendig, um Gelder für die Prävention gebündelt und koordiniert einsetzen zu können.

---

<sup>264</sup> (Schmidbauer 2005, S. 40)

<sup>265</sup> (Arbeitskreis Sucht 2005)

Studien belegen den positiven Einfluss von hohen Zigarettenpreisen, verringertem Zugang zu Zigarettenautomaten sowie eines positiven, unterstützenden Schulklimas auf das Rauchverhalten von Jugendlichen in Schulen<sup>266</sup>. Die Akzeptanz einer zweckgewidmeten Abgabe auf Tabakprodukte in der Bevölkerung ist relativ hoch. Bspw. stimmen 78 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung einer Zweckbindung eines Teils der Tabaksteuer für präventive Maßnahmen zu. Ähnliches gilt für Werbeeinschränkungen (68 Prozent Zustimmung)<sup>267</sup>.

Die Bedeutung von RaucherInnenentwöhnungsprogrammen wird durch den hohen Anteil der RaucherInnen deutlich, die bereits erfolglos versucht haben, das Rauchen aufzugeben (44 Prozent der täglichen RaucherInnen geben mehrere Aufhörversuche an und weitere 23 Prozent einen Versuch). Die Größe der Zielgruppe für derartige Angebote wird in Oberösterreich auf ca. 250.000 Personen geschätzt<sup>268</sup>. Die nachfolgende Aufzählung der Handlungsempfehlungen wurde wörtlich übernommen.

Der Arbeitskreis gibt im Bezug zur Alkoholpolitik folgende Empfehlungen ab<sup>269</sup>:

- „Werbebeschränkungen für Alkoholprodukte“  
Grundsätzlich ist ein Werbeverbot für Alkoholprodukte einzufordern. Aufgrund der gesellschaftlichen Realitäten (starke kulturelle Einbettung von Alkohol in breiten Kreisen der Gesellschaft) ist jedoch eine effiziente Umsetzung kaum durchführbar. Insofern plädieren wir dafür die vorhandenen Werbebeschränkungen ernster zu nehmen und weiter auszubauen. Gleichzeitig sollte eine spezifische Werbeabgabe für Alkoholwerbung eingeführt werden. Diese ist zur Finanzierung von Gegenwerbung im Alkoholbereich zu verwenden,
- Konsequenterer Überprüfung der Alkoholbestimmungen im Straßenverkehr,
- Vereinheitlichung, Anpassung bzw. konsequente Umsetzung von alkoholspezifischen Jugendschutzbestimmungen,
- Erhöhung des Preisniveaus von Alkoholprodukten mittels „Sondersteuer“ bei gesundheitspolitisch bedenklichen Entwicklungen (z.B. Alkopops),
- Förderung alkoholfreier Kulturen (z.B. preisgestützte Jugendgetränke) und Maßnahmen gegen alkoholkonsumfördernde Billigangebote (Happy hours).

---

<sup>266</sup> (Paulik 2005, S. 40)

<sup>267</sup> (Paulik 2005, S. 35)

<sup>268</sup> (Paulik 2005, S. 42)

<sup>269</sup> (Arbeitskreis Sucht 2005)

## 6.2 Maßnahmenvorschläge des Arbeitskreises zum Thema „Verringerung der Suizidrate“

Im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz im September 2004 wurden die Handlungsempfehlungen des Arbeitskreises zum Thema „Senkung der Suizidrate“ präsentiert. Diese beinhalten in erster Linie nachfolgende Punkte<sup>270</sup>:

- Ausbau einer flächendeckenden, psychiatrischen mobilen Notversorgung:  
Ein mobiler, rund um die Uhr verfügbarer Krisendienst ist bereits in Ballungsräumen (Linz, Wels, Steyr) eingerichtet. Eine Ausdehnung dieses Angebotes auf ländliche Gebiete ist wünschenswert.
- Die personellen Kapazitäten der bestehenden im Feld arbeitenden Einrichtungen (Krisenintervention, psychosozialer Notdienst, Krisenzimmer u.ä.) sollten aufgestockt werden.
- Das Bewusstsein („Awareness“) bezüglich der Problematik Suizid in der Bevölkerung sollte erhöht werden (bspw. durch Gründung eines Aktionskomitees unter Einbindung von VertreterInnen aller wichtigen gesellschaftlichen Gruppen; inhaltliche Abstimmung von Informationsmaßnahmen; Abstimmung der Maßnahmen auf bestimmte Zielgruppen wie z.B. alte Menschen, Arbeitslose u.a.)
- Wichtig ist auch die Vernetzung der relevanten Strukturen sowie der Gesundheitsförderungsnetzwerke (wie bspw. Netzwerk Gesunde Städte, Arbeitsmarktservice, Lehrlingsausbildung, Sozial- und Gesundheitsprofessionen, stationäre und ambulante Gesundheitsversorgungseinrichtungen).
- Spezielle Informationsprogramme (Broschüren, Seminare, Vorträge) für „Front-Line-Berufe“, also für die Beschäftigten in Bereichen, die unmittelbar mit betroffenen und gefährdeten Personen zu tun haben (wie bspw. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich, Exekutive, Gericht, pädagogischer Bereich/LehrerInnen, Berufsförderung, Betriebsräte und Seelsorge usw.), sollten bereitgestellt werden.
- Von wesentlicher Bedeutung sind auch Aktivitäten zum Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Problemen in der Allgemeinbevölkerung sowie zur Erhöhung der Kenntnisse im Umgang mit betroffenen und gefährdeten Personen („Erste Hilfe bei seelischen Problemen“).

---

<sup>270</sup> (Arbeitskreis Suizid 2004)

# Literaturverzeichnis

- AKIS 2005: AKIS, Alkohol Koordinations- und Informationsstelle: Hilfs- und Beratungsangebote für Alkoholiker. <http://www.api.or.at/akis/> 24.8.2005.
- Arbeitskreis Suizid 2004: Schöny, W.: Präsentation der Ergebnisse des Arbeitskreises „Suizid“ im Rahmen der OÖ Gesundheitskonferenz am 22.Sept. 2004 (Präsentationsunterlagen). Linz 2004.
- Arolt 2003: Arolt V.: Psychiatrische Erkrankungen. Aus: Schwartz F.W.; Badura, B.; Busse R. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena 2003. S.605-612.
- Aschauer et. al. 2004: Aschauer, A.; Blumberger, W.; Harringer I.: Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz. Endbericht des Forschungsprojektes „Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz“. Linz 2004.
- Bettge 2004: Bettge, S.: Schutzfaktoren für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Technische Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften, Diplomarbeit 2004 als Manuskript gedruckt.
- BMGF 2003: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003. Berichtszeitraum 1999 - 2001. Wien 2003.
- BMGF 2003a: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 2. Die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen. Wien 2003.
- BMGF 2004a: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 3. Die Gesundheit von Burschen und jungen Männern. Wien 2004.
- BMGF 2004b: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Insti-

tut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 4. Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. Wien 2004.

- BMGF 2004c: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 5. Bullying und Gewalt von Schülerinnen und Schülern. Wien 2003.
- BMSG 2003: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.): Suizide von Männern in Österreich. Statistisch-Epidemiologische Untersuchung. Wien 2003.
- BMSG 2003a: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 1. Rauchen, Alkohol, Cannabis. Wien 2003.
- BMSG 2003b: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Nationaler österreichischer Gesundheitsplan. Beilage der Mitteilungen der Sanitätsverwaltung. Wien 2003.
- Brosch/Maader 2004: Brosch, R; Mader, R (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung Problematik und Therapie in Österreich. Wien 2004.
- EAAD 2005: European Alliance Against Depression: Homepage der EAAD. <http://www.eaad.net> 15.4.2005.
- Egle/Hoffmann/Steffens 1997: Egle, U.T., Hoffmann, S.O.; Steffens, M.: Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung In: Nervenarzt, Jg.1997, H.68, S.683-695.
- EU 2000: Kommission der Europäischen Union: KOM(2000) 258 Brüssel 16.5.2002.
- EU 2004: Kommission der Europäischen Union: BESCHLUSS DER KOMMISSION vom 25. Februar 2004 zur Annahme des Arbeitsplans für 2004 zur Durchführung des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), einschließlich des Jahresplans für Finanzhilfen. In: Amtsblatt der Europäischen Union, Nr.2004/192/EG vom 27.2.2004.

- EU 2004a: European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General (Hrsg.): The State of Mental Health in the European Union. o.O. 2004.
- EU 2005: Kommission der Europäischen Union: Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008). Arbeitsplan 2005.  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/howtoapply/proposal\\_docs/workplan2005\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/howtoapply/proposal_docs/workplan2005_de.pdf) 4.4.2005.
- EU 2005a: Europäische Kommission: Öffentliche Gesundheit  
[http://europa.eu.int/comm/health/index\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/health/index_de.htm) 4.4.2005.
- FGOE 2002: Fonds Gesundes Österreich.: Dreijahresprogramm 2003 bis 2005.  
[http://www.fgoe.org/Programm\\_03\\_bis\\_05.pdf](http://www.fgoe.org/Programm_03_bis_05.pdf) 19.4.2005.
- Gaebel 2004: Gaebel, W.: Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. Dtsch Aerztebl 2004; 101: A 3253-3255 [Heft 48]  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=44732>  
 3.3.2005.
- gespag 2005: OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG: Kinder- und Jugendneuro-psychiatrie. [http://www.frauen-kinderklinik-linz.at/76\\_863.php](http://www.frauen-kinderklinik-linz.at/76_863.php)  
 31.8.2005.
- Gesundheitsbericht für Deutschland 1998: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart 1998.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2005: Statistisches Bundesamt; Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung <http://www.gbe-bund.de> 24.2.2005.
- Gschwandtner 2005: Gschwandtner, F.: Alkohol in Oberösterreich. Aus: Institut für Suchtprävention (Hrsg.): Vorläufiger Endbericht des Arbeitskreises „Sucht“ der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz. Linz 2005.
- Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2004.
- IGP 2005: Birgmann Richard: Atemwegserkrankungen in Oberösterreich. Linz 2005.



- Institut für Suchtprävention 2005: Institut für Suchtprävention (Hrsg.): Vorläufiger Endbericht des Arbeitskreises „Sucht“ der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz. Linz 2005.
- Institut für Suchtprävention 2005a: Institut für Suchtprävention: Thema Sucht, <http://www.praevention.at> 24.3.2005.
- Institut für Suchtprävention 2005c: Institut für Suchtprävention (Hrsg.): Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Drogen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Linz 2005.
- ISP 2004: Institut für Suchtprävention: Jahresbericht 2004. Linz 2004.
- ISPUZ 2003: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Suizidprävention: Welche Rolle spielt die Schule? In: Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr.13. Sept. 2003 vom 13.9.2003.
- Katsching et. al. 2001: Katsching, H.; Ladinser, E.; Scherer, M. et. al.: Österreichischer Psychiatriebericht 2001; Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2001.
- Katsching/Denk/Scherer 2004: Katsching, A.; Deink, P. Scherer, M.: Österreichischer Psychiatriebericht. Analysen und Daten zur Psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2004.
- Krasser/Zapotoczky 2002: Krasser, G.; Zapotoczky, H.G.: Entwurf eines Suizidpräventionskonzepts für die Steiermark. <http://www.plattformpsyche.at/dokumente/suizidpraeventionentwurf.pdf>, 15.4.2005. Graz 2002.
- Land OÖ 2001: Landessanitätsdirektion Oberösterreich: RSA Suchtverhalten in OÖ; Endbericht Linz 2001.
- Land OÖ 2002: Land Oberösterreich 2002 (Hrsg.): Psychiatrieweiterentwicklungsplan Oberösterreich 2002. Linz 2002.
- Land OÖ 2003: Gesunde Gemeinde Walding. Vortragsreihe „Psychosoziale Gesundheit“. In: Gesunde Gemeinde aktuell, Jg.2003, H.3/2003, S.21.
- Land OÖ 2005: Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: OÖ.KAP/GGP 2004. [http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-E46A1950/ooe/SanR\\_ooekap\\_tab.pdf](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-E46A1950/ooe/SanR_ooekap_tab.pdf) 29.8.2005.

- Land OÖ 2005a: Land Oberösterreich: Gesundheitsförderungspreis des Landes Oberösterreich. [http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/-xchg/SID-3DCFCFC3-E9A14FA9/ooe/hs.xsl/29727\\_DEU\\_HTML.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/-xchg/SID-3DCFCFC3-E9A14FA9/ooe/hs.xsl/29727_DEU_HTML.htm) 28.9.2003.
- LSDion 2003: Landessanitätsdirektion OÖ: Handbuch: Angebote der Landessanitätsdirektion Teil 1. (Stand Januar 2003) Linz 2003.
- Mielck 2000: Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern 2000.
- Musalek 2004: Musalek M.: Die Diagnose Sucht. Entwicklung des Suchtbegriffs, Diagnose, Kriterien. Aus: Brosch, R; Mader, R (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. Wien 2004. S.3-15.
- Naindoo/Wills 2003: Naindoo, J.; Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln 2003.
- National Mental Health Information Center 2005: National Mental Health Information Center: Mental Health: A Report of the Surgeon General. <http://www.mentalhealth.org/-cre/toc.asp> 14.4.2003.
- Netzwerk BGF Ö 2005: Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung: Betriebliche Gesundheitsförderung. <http://www.netzwerk-bgf.at/> 29.9.2005.
- Neukirchen 2005: Neukirchen/Walde: 3. Preis Gesundheitsförderungspreis 2003. <http://www.neukirchen-walde.ooe.gv.at/> 29.9.2005.
- ONGFS 2005: Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen: Homepage des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen. <http://www.gesunde-schule.at/> 28.9.2005.
- OÖ Gesundheitsbericht 2000: Amt der Oberösterreichischen Landesregierung; Magistrat der Stadt Linz; OÖ Gebietskrankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000. Linz 2000.
- Paulik 2005: Paulik R.: Rauchen in Oberösterreich. Aus: Institut für Suchtprävention (Hrsg.): Vorläufiger Endbericht des Arbeitskreises „Sucht“ der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz. Linz 2005.

- PGA 2005: Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit: Therapie. <http://www.pga.at> 29.9.2005.
- Preinsberger 2004: Preinsberger, W.: Alkohol Aus: Brosch, R; Mader, R (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich Wien 2004. S.160 - 175.
- Psychiatrie Aktuell 2005: Schmidt, J.-U.: Schizophrenie [http://www.psychiatrie-aktuell.de/-disease\\_print.jhtml?itemname=schizophrenia](http://www.psychiatrie-aktuell.de/-disease_print.jhtml?itemname=schizophrenia) 17.3.2003.
- Psychiatrie Aktuell 2005a: Psychiatrie Aktuell: Demenz <http://www.psychiatrie-aktuell.de/-disease/detail.jhtml?itemname=dementia&s=0> 11.5.2003.
- Reinshagen 2005: Reinshagen, A.: Demenz (Altersdemenz) <http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/demenz.htm> 10.5.2005.
- Robert Koch Institut 2004: Wittchen, H.-U.; Jakobi, F.: Angststörungen Berlin 2004. (= Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21)
- Schmidbauer 2005: Schmidbauer R.: Die drogenpolitische Säule „Suchtprävention“. Aus: Institut für Suchtprävention (Hrsg.): Vorläufiger Endbericht des Arbeitskreises „Sucht“ der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz. Linz 2005.
- SchPsy-BildBer OÖ 2005: Schulpsychologie - Bildungsberatung Oberösterreich: Homepage der Schulpsychologie-Bildungsberatung Ö. <http://www.lsr-ooe.gv.at/schulpsychologie/> 29.9.2005.
- Schwartz 2003: Schwartz F.W.; Badura, B.; Busse R. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena 2003.
- Sonneck 2000: Sonneck, G.: Suizid und Suizidprävention in Österreich Aus: Zapotczky, K.; Grausgruber, A.; Mechtler, R. (Hrsg.): Gesundheit im Brennpunkt. Eigeninitiative und gesellschaftliche Verantwortung. Linz 2000. (= Gesundheit im Brennpunkt. Band 7/1) S.212-227.
- Sonnenmoser 2004: Sonnenmoser M.: Genetik und Psyche. Bedeutung der Gene nicht überschätzen. In: Deutsches Ärzteblatt/PP, Februar 2004, H. 2, S.71-72.

- Sozialplattform 2005: Sozialplattform Oberösterreich: Sozialratgeber 2005. Linz 2005.
- Stadt Wien 2004: Urbas, E.: Psychische Gesundheit in Wien. Wien 2004.
- STAKES 2000: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES: Public Health Action Framework on Mental Health. Saarijärvi 2000.
- Techniker Krankenkasse 1998: Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Demenz. Eine Information für Angehörige. Hamburg 1998.
- U.S. Dept. of Health and Human Services 2001: U. S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service: National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. Rockville, MD 2001.
- Uhl et. al. 2001: Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A. et. al.: Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Wien 2001.
- Uhl/Springer 2002: Uhl, A; Springer, A: Professionelle Suchtprävention in Österreich. Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Wien 2002.
- Wessely 2003: Wessely, P.: Depression erkennen. ärzte magazin 06/2003 <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4133&dsmid=59317&dspaid=397128> 3.3.2005.
- WHO 1999: Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO Kopenhagen 1999. (= Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle, Nr. 6)
- WHO 2001: World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf 2001.
- WHO 2001a: World Health Organization: Mental Health: strengthening mental Health Promotion. Fact sheet Nr. 220; Revised November 2001. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html> 18.4.2005.
- WHO 2001b: World Health Organization: Mental health problems: the undefined and hidden burden. Fact sheet Nr. 218; Revised November 2001. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en/print.html> 18.4.2003.

- WHO 2005: World Health Organization: mental health Global Action Programme (mhGAP) [http://www.who.int/mental\\_health/actionprogramme/en/](http://www.who.int/mental_health/actionprogramme/en/) 25.3.2005.
- WHO 2005a: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Psychische Gesundheit und Arbeitsleben. Helsinki 2003.
- WHO 2005b: World Health Organization: Suicide huge but preventable public Health problem, says WHO World Suicide Prevention Day - 10. September. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/print.html> 25.3.2005.
- WHO 2005c: Weltgesundheitsorganisation Region Europa: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki 2005.
- Zapotoczky/Grausgruber/Mechtler 2000: Zapotoczky, K.; Grausgruber, A.; Mechtler, R. (Hrsg.): Gesundheit im Brennpunkt. Eigeninitiative und gesellschaftliche Verantwortung. Linz 2000. (= Gesundheit im Brennpunkt. Band 7/1)
- Zaudig 2000: Zaudig, M.: DSM-IV und ICD-10-Fallbuch: Fallübungen zur Differenzialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10. Göttingen 2000.

# Abbildungen

Abbildung 1: Vergleich der Suizidhäufigkeit mit anderen Todesursachen durch äußere Einwirkung, Österreich .....	49
Abbildung 2: Potenzielle Verlorene Lebensjahre; PYLL (Anteile), OÖ .....	50
Abbildung 3: Suizidfälle und Suizidrate 1997 bis 1999, OÖ .....	51
Abbildung 4: Trinkgewohnheiten (in den letzten 3 Monaten) .....	53
Abbildung 5: Raucherstatus .....	54
Abbildung 6: Suizide in Oberösterreich 1997 bis 2003 .....	55
Abbildung 7: Suizidrate im Zeitverlauf; Vergleich Oberösterreich und Österreich .....	56
Abbildung 8: Altersstandardisierte Suizidrate in Oberösterreich 1997 bis 2003 .....	57
Abbildung 9: Stand des Gesundheitszieles 4 - Reduktion der Suizidrate in Oberösterreich .....	58
Abbildung 10: Altersspezifische Suizidrate Männer (Drei-Jahres-Durchschnitt); OÖ .....	59
Abbildung 11: Altersspezifische Suizidrate Frauen (Drei-Jahres-Durchschnitt); OÖ .....	59
Abbildung 12: Potenzielle Verlorene Lebensjahre: PYLL (Anteile), OÖ 2003 .....	60
Abbildung 13: Potenzielle Verlorene Lebensjahre (PYLL/100.000 Ew.); Ö und OÖ; 1999 und 2003 .....	61
Abbildung 14: Umgang mit Alkohol .....	63
Abbildung 15: Alkohol im sozialen Leben .....	64
Abbildung 16: Alkohol am Arbeitsplatz .....	65
Abbildung 17: Trinkfrequenz .....	66
Abbildung 18: Raucherstatus .....	67

Abbildung 19: Rauchverhalten .....	68
Abbildung 20: Täglicher Zigarettenkonsum.....	69
Abbildung 21: Raucherstatus nach Altersgruppen, Männer .....	70
Abbildung 22: Raucherstatus nach Altersgruppen, Frauen .....	71
Abbildung 23: Früheres Rauchverhalten der NichtraucherInnen .....	72
Abbildung 24: Aufhörversuche .....	73
Abbildung 25: Voraussichtliches künftiges Rauchverhalten (in den nächsten 6 Monaten) .....	74
Abbildung 26: Anteil der NichtraucherInnen in der oberösterreichischen Bevölkerung .	75
Abbildung 27: Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Störungen 1996-2004 ....	78
Abbildung 28: Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Psychischen Erkrankung.....	79
Abbildung 29: Anteil der Krankenhausentlassungen mit Psychiatrischen Hauptdia- gnosen, die in psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden; Oberösterreich.....	80
Abbildung 30: Anteil der Belagstage mit psychiatrischer Haupt oder Zusatzdiagnose in KH-Abteilungen .....	82
Abbildung 31: Anteil der Belagstage mit Haupt oder Zusatzdiagnose „Affektive Störung“ in KH-Abteilungen .....	83
Abbildung 32: Anteil der Belagstage mit Haupt oder Zusatzdiagnose „Verhaltens- störung durch psychotrope Substanzen“ in KH-Abteilungen .....	84
Abbildung 33: Anteil der Belagstage mit Haupt oder Zusatzdiagnose „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ in KH-Abteilungen .....	85
Abbildung 34: Anteil der Belagstage mit Haupt oder Zusatzdiagnose „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ in KH-Abtei- lungen .....	86
Abbildung 35: Anteil der Belagstage mit Haupt oder Zusatzdiagnose „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ in KH-Abteilungen .....	87

Abbildung 36: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Affektiver Störungen (F30 - F39).....	88
Abbildung 37: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Organisch bedingter psychischer Störungen.....	89
Abbildung 38: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch Alkohol.....	90
Abbildung 39: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.....	92
Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29).....	93
Abbildung 41: Affektive Störungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR).....	95
Abbildung 42: Störungen durch psychotrope Substanzen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR).....	96
Abbildung 43: Neurotische- und Verhaltensstörungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR).....	97
Abbildung 44: Schizophrene Erkrankungen: Krankenhausaufenthalte nach Beschäftigungsstatus (SMR).....	98
Abbildung 45: Mitversicherte Kinder unter 10 Jahre mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten.....	100
Abbildung 46: Mitversicherte Kinder und Jugendliche mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten.....	100
Abbildung 47: Verteilung der Krankenstandstage auf Diagnosegruppen.....	103
Abbildung 47: Anteil psychiatrischer Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen.....	104
Abbildung 49: Anteil der psychiatrischen Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer und Frauen).....	105



Abbildung 50: Arbeitsunfähigkeitsquote (Männer und Frauen) .....	106
Abbildung 51: Betroffenenquote (Männer und Frauen) .....	107
Abbildung 52: Durchschnittliche Krankenstandsdauer inkl. Krankenhaus- und Kuraufenthalte .....	108
Abbildung 53: Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund psychischer Störungen 1996-2003.....	109
Abbildung 54: Anteil der Arbeitslosen an den erwerbstätigen Versicherten, an den AU-Meldungen und an den durch psychischen Erkrankungen bedingten AU-Meldungen.....	110
Abbildung 55: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen nach Alter und Geschlecht.....	112
Abbildung 56: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen nach Versichertengruppen und Alter.....	113
Abbildung 57: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen und andere psychosoziale Störungen.....	114
Abbildung 58: Krankenstände aufgrund von neurotischen und Belastungsstörungen - Stadt/Land .....	114
Abbildung 59: Erkrankungsdauer bei neurotischen und Belastungsstörungen nach Alter und Geschlecht .....	116
Abbildung 60: Erkrankungsdauer bei neurotischen und Belastungsstörungen - Stadt/Land .....	116
Abbildung 61: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen nach Alter und Geschlecht.....	118
Abbildung 62: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen nach Versichertengruppen und Alter .....	118
Abbildung 63: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen und andere psychosoziale Erkrankungen .....	119
Abbildung 64: Krankenstände aufgrund von affektiven Störungen - Stadt/Land .....	120

Abbildung 65: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen nach Alter und Geschlecht.....	121
Abbildung 66: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen nach Versicherten- gruppe.....	121
Abbildung 67: Krankenstandsdauer bei affektiven Störungen - Stadt/Land.....	122
Abbildung 68: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht .....	123
Abbildung 69: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen nach Versichertengruppe und Alter.....	124
Abbildung 70: Krankenstände aufgrund von schizophrenen Erkrankungen - Stadt/Land .....	125
Abbildung 71: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen nach Alter und Geschlecht.....	127
Abbildung 72: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen nach Versichertengruppe .....	127
Abbildung 73: Krankenstände aufgrund von Alkoholerkrankungen - Stadt/Land .....	128
Abbildung 74: Erkrankungsdauer bei Alkoholerkrankungen nach Alter und Geschlecht	129
Abbildung 75: Vorzeitige Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen; Österreich 2003.....	130
Abbildung 76: Vorzeitige Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Geschlecht; Österreich 2003 .....	131
Abbildung 77: Pensionierungen der geminderten Arbeitsunfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen; Österreich 1997 bis 2003 .....	132
Abbildung 78: Anteil der vorzeitigen Pensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen an den gesamten vorzeitigen Pensionierungen; Österreich 1997 bis 2003.....	133
Abbildung 79: Psychopharmakaverbrauch in OÖ.....	135
Abbildung 80: Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich nach ÄrztInnengruppe ....	137

Abbildung 81: Psychopharmakaverbrauch in OÖ nach ÄrztInnengruppe und Indikationsgruppe.....	138
Abbildung 82: Sedativverbrauch nach Altersgruppen.....	139
Abbildung 83: Hypnotika nach Altersgruppen .....	139
Abbildung 84: Tranquilizerverbrauch nach Altersgruppen .....	140
Abbildung 85: Neuroleptikaverbrauch nach Altersgruppen .....	141
Abbildung 86: Antidepressivaverbrauch nach Altersgruppen .....	141
Abbildung 87: Lithiumverbrauch nach Altersgruppen .....	142
Abbildung 88: Verbrauch von Medikamenten gegen Panikerkrankungen nach Altersgruppen .....	142
Abbildung 89: Verbrauch von Medikamenten zur Behandlung von Suchterkrankungen nach Altersgruppen .....	143
Abbildung 90: Verbrauch Sonstige Neuro-/Psychopharmaka nach Altersgruppen .....	143
Abbildung 91: Systematisierte Krankenhausbetten Psychiatrie nach Standort; 2004 ...	145
Abbildung 92: Systematisierte Krankenhausbetten Neurologie nach Standort; 2004 ...	146
Abbildung 93: Systematisierte Krankenhausbetten Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich; 2000 bis 2003 .....	147
Abbildung 94: Bettenbelagstage Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich.....	148
Abbildung 95: Stationäre PatientInnen Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich .	148
Abbildung 96: Durchschnittliche Belagsdauer Psychiatrie und Neurologie in Oberösterreich.....	149
Abbildung 97: Freiberuflich tätige Gesundheits- und klinische PsychologInnen je 100.000 Einwohner nach Bundesland (Berufssitz).....	156
Abbildung 98: Freiberuflich tätige PsychotherapeutInnen je 100.000 Einwohner nach Bundesland (Berufssitz).....	157
Abbildung 99: Psychotherapeutische Methoden.....	158

# Tabellen

Tabelle 1:	Anteil der psychischen Störungen an den Krankenhausaufenthalten .....	77
Tabelle 2:	Krankenstände aufgrund von psychischen Erkrankungen 2004.....	102
Tabelle 3:	Abgerechnete Psychopharmaka .....	136
Tabelle 4:	TeilnehmerInnen an der stationären RaucherInnenentwöhnung .....	151
Tabelle 5:	FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie.....	152
Tabelle 6:	Niedergelassene ÄrztInnen mit Fortbildungsdiplom (PSY I, PSY II, PSY III) .....	153
Tabelle 7:	Eingetragene PsychotherapeutInnen, klinische und GesundheitspsychologInnen mit Berufssitz bzw. Dienstort in Oberösterreich .....	155
Tabelle 8:	Anbieter psychosozialer Beratungs- und Betreuungsleistungen in OÖ .....	159
Tabelle 9:	Selbsthilfegruppen im Bereich psychosoziale Erkrankungen in OÖ....	164



INSTITUT  
FÜR GESUNDHEITSPANUNG

ISBN 3-902487-05-4