

# Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark

von Elisabeth Santigli

im Auftrag des Gesundheitslandesrates Günter Dörflinger

Oktober 2000

## Impressum

Konzept, Diagrammerstellungen  
Und Berichtverfassung

**Mag. Phil. Dr. med. Elisabeth Santigli,**  
**Master of Public Health**

Sammlung von Daten  
und Statistische Aufbereitung

**D.I. Brigitte Cziglar-Benko, D.I. Ines Grabner,**  
**Mag. Gerhard Neubauer**  
Institut für Angewandte Statistik und  
Systemanalyse der Joanneum Research  
ForschungsgesmbH, Graz

Grafikdesign

**k. o. design. Graz**

Schlusslektorat

**Ivonne Kouba**

Druck

**Medienfabrik Graz,**  
**Steiermärkische Landesdruckerei Ges m b H**

Endredaktion

**Mag. Phil. Dr. med. Elisabeth Santigli, MPH**  
**Dr. med. Eva Adamer-König**  
Gesundheitsressort der  
Steiermärkischen Landesregierung  
**Bettina Mitter**  
Health & Public  
**Dr. med. Franz Piribauer, MPH**

Gesamtkoordination und Projektleitung

**Dr. med. Franz Piribauer, MPH**  
Fachabteilung für das Gesundheitswesen des  
Amtes der Steiermärkischen Landesregierung,  
Leitung Landessanitätsdirektor  
Hofrat Dr. med. Odo Feenstra

Eigentümer, Herausgeber und Verleger

**Amt der Steiermärkischen Landesregierung,**  
**Fachabteilung für das Gesundheitswesen**  
Paulustorgasse 4, 8010 Graz  
e-Mail: post@fagw.stmk.gv.at

Copyright

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugs-  
weise, nur mit Zustimmung des Herausgebers

# 01

Einleitung

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 01 **Einleitung**

Seite

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

**016** Sinn und Zweck der Gesundheitsberichterstattung

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden



## Sinn und Zweck der Gesundheitsberichterstattung

Der vorliegende Gesundheitsbericht orientiert sich an den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in einer Region. Es wird versucht, mit geeigneten Maßzahlen den Zielsetzungen des WHO-Euro-Programms "Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" nachzugehen und die Ergebnisse in ihrer Bedeutung für die Steiermark zu interpretieren. Mit der Entwicklung international einheitlicher Determinanten von Gesundheit soll eine bisher noch nicht da gewesene hohe Qualität und Vergleichbarkeit der gesundheitlichen Lage in den einzelnen Regionen Europas erreicht werden.

Im Mittelpunkt der Betrachtungsweise steht das Grundrecht des einzelnen Menschen auf Gesundheit. Dieses Recht kann aber nur eingelöst werden, wenn auch Pflichten und Verantwortung vom Einzelnen wie auch von Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften in Hinsicht auf eine kontinuierliche gesundheitliche Entwicklung übernommen werden. Internationale Standards sollen dabei nicht im Widerspruch zum Recht auf Partizipation auf regionaler Ebene stehen. Entgegengesetzt der Globalisierung sind gebietsorientierte Bemühungen zur Förderung der Gesundheit besonders wichtig – nur sie können Rücksicht auf ortsspezifische Tradition, Mentalität und Kultur der Bevölkerung nehmen.

Für den vorliegenden Gesundheitsbericht wurden in einem ersten Schritt die für die Steiermark zur Verfügung stehenden Datenquellen analysiert, auf ihre Messung der Zielparame-ter des WHO-Euro-Programms bewertet und dann, wenn sinnvoll und möglich, eingebaut. Vergleichsdaten aus Österreich und anderen Ländern sollen es ermöglichen, über den Suppentopfrand hinauszusehen und die grenzüberschreitende Bedeutung ausgewählter Gesundheitsprobleme ins rechte Licht zu rücken. Aufbauend auf dem Gesundheitsbericht 1995, der

sich an den Gesundheitszielen für das Jahr 2000 orientierte, wird diesmal ein auf die erweiterten Ziele für das 21. Jahrhundert ausgerichteter Bericht vorgelegt.

Gesundheit wurde bislang in erster Linie durch Todesursachen und Krankheitsereignisse beschrieben. Durch die zunehmende Miteinbeziehung der Dokumentation von Lebensqualität ist die Ära der positiven Gesundheitsberichterstattung unwiderruflich angebrochen. Im 21. Jahrhundert ist Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern vielmehr ein Potenzial für ein sozial erfülltes Leben. Gesundheit gilt als Wahrung der Lebenschance unter psychischem und körperlichem Wohlbefinden von der Geburt bis zum Tod. Bevölkerungsbezogen bedeutet gute Gesundheit aber auch eine wesentliche Voraussetzung für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, allen interessierten Steirerinnen und Steirern einen verständlichen und interessanten Überblick über die wichtigsten Daten zur gesundheitlichen Lage der steirischen Bevölkerung an der Jahrtausendwende zu bieten. Für die Entscheidungsträger in der Politik und im Gesundheitssystem wurde versucht, die Daten in exakter Weise darzustellen, um Entscheidungen zu unterstützen, wohin die knapp gewordenen Mittel zur Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung gelenkt werden könnten.

Gesundheitsberichterstattung bedeutet eine wissenschaftsbasierte Öffentlichkeitsinformation zu gesundheits- und krankheitsrelevanten Fragen, die als meinungsbildendes Instrument Anlass zur Diskussion unter allen Mitspielern der Partnerschaft für Gesundheit geben soll. Der Gesundheitsbericht 2000 wird auch für das Internet aufbereitet, um die Verwendung der Ergebnisse technisch zu erleichtern und die Kommunikation der Ergebnisse zu unterstützen.



Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

## Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Seite

- 020 Gesundheitsinformationssysteme
- 020 Berichte über die Masern-Impfquoten  
bei Schulkindern in der Steiermark
- 020 Geburtenstatistik
- 021 Handbuch Alkohol – Österreich
- 021 Hauptverband der Österreichischen  
Sozialversicherungsträger
- 022 Jahresausweis über angezeigte Fälle  
übertragbarer Krankheiten
- 022 Krebsregister
- 022 Mikrozensus
- 023 Spitalsentlassungen
- 023 Steirisches Fehlbildungsregister
- 024 Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz:  
Sektion "Gesunde Gemeinde"
- 024 Steirische Gesundheitsbefragung 1999
- 024 Todesursachenstatistik
- 025 Weltgesundheitsorganisation
- 025 Weitere berücksichtigte Daten

## Gesundheitsinformationssysteme

Gesundheitsinformationssysteme sind nicht nur die Basis für eine Gesundheitsberichterstattung, sondern bedeuten letztlich die Grundlage für das Planen, Handeln und Prüfen der Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheit.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht wurden Informationen aus 30 Datenquellen zusammengeführt.

Gesundheitsinformationssysteme sind nicht nur die Basis für eine Gesundheitsberichterstattung, sondern bedeuten letztlich die Grundlage für das Planen, Handeln und Prüfen der Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheit. Umfang und Qualität der Datenquellen sind ein Schlüsselbereich für die Koordination von Ressourcen für die Gesundheit. Für Entscheidungsträger und "Endverbraucher" steht gegenwärtig erst eine ganz geringe Zahl von Gesundheitsinformations-Datenbanken zur Verfügung. Im Einzelnen bestehen noch keine klaren Vorstellungen darüber, wie man die Qualität des Dateninputs optimieren kann, um sicher zu stellen, dass die Verbraucher die korrekte Information erhalten, die ihnen wirklich hilft, ihr Verständnis des Gesundheitsversorgungssystems zu verbessern. Ziel der gegenwärtigen Entwicklung ist es,

Daten zweckdienlich der Gesundheitsinformation für Politiker, Manager und Fachkräfte sowie für die Allgemeinheit nützlich und leicht zugänglich aufzubereiten. Der vorliegende Gesundheitsbericht greift zum Teil auf ein in Entwicklung stehendes Gesundheitsinformationssystem des Institutes für Angewandte Statistik und Systemanalyse der Joanneum Research Forschungsgesellschaft, Graz, zurück. Projektziel ist es, ein System zu schaffen, in dem Daten aus möglichst vielen gesundheitsrelevanten Bereichen integriert und sinnvoll miteinander verknüpft werden können.

Im Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark wurden insgesamt Informationen aus 30 Datenquellen zusammengeführt, die nachfolgend alphabetisch gelistet und im Wesentlichen beschrieben sind.

## Berichte über die Masern-Impfquote bei Schulkindern in der Steiermark

Erhebungen zur Masern-Impfquote erlauben eine Beurteilung der Masern-Impfsituation in der Steiermark vor und nach der steirischen Immunisierungskampagne "Masernschutz 100 %".

In den Jahren 1996 bis 1998 wurden im Auftrag der Steiermärkischen Landesregierung von W. Freidl und W. J. Stronegger am Institut für Sozialmedizin der Karl-Franzens-Universität Graz repräsentative Querschnittsstudien zur Erhebung genauer Zahlen über die Masern-Impfquote steirischer Schulkinder durchgeführt. Die Ergebnisse der im Oktober 1998 veröffentlichten Berichte beziehen sich auf Schul-

kinder der 1. und 4. Klasse Volksschule sowie auf Kinder der 7. Schulstufe von Allgemeinbildenden Höheren Schulen und Hauptschulen. Die Berichte liefern Informationen auf steirischer und regionaler Ebene über die Masern-Impfsituation vor und nach der steirischen Immunisierungskampagne "Masernschutz 100 %".

## Geburtenstatistik

Die amtliche Statistik der Daten rund um die Geburt weist eine hohe Qualität auf.

In Österreich besteht eine gesetzliche Meldepflicht der Daten rund um die Geburt. Diese beinhalten anthropometrische und krankheitsrelevante Merkmale des Neugeborenen und geben Auskunft über die Geburtsmodalitäten und soziodemographische

Faktoren der Eltern. Neben der Vollständigkeit weist die Geburtenstatistik auf Grund ihrer klaren Definitionen der erhobenen Merkmale wohl die höchste Qualität der amtlichen Statistiken auf. Die erhobenen Daten werden über das zuständige



Standesamt an die Statistik Österreich weitergeleitet, wo die jährliche Auswertung für ganz Österreich auf Bundesländerebene erfolgt. Grobe Auswertungen stehen monatlich, detaillierte Ergebnisse im

Sommer des darauffolgenden Jahres zur Verfügung. Die aktuellsten Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichtes beziehen sich auf das Jahr 1998.

### Handbuch Alkohol – Österreich

Eine Repräsentativerhebung für Österreich in den Jahren 1993/94 über den Konsum von Alkohol lieferte die Grundlage des im Juli 1999 vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales veröffentlichten Handbuches über Zahlen, Daten, Fakten und Trends zum Thema Alkohol. Die Studie wurde von A. Uhl und A. Springer am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz durchgeführt. Das Hand-

buch wurde mit vielen Informationen entsprechend dem "Europäischen Alkohol-Aktionsplan" der Weltgesundheitsorganisation bereichert. Es liegen jedoch kaum Daten über die einzelnen Bundesländer vor. Die wenigen für die Steiermark relevanten Ergebnisse, die dem Handbuch zu entnehmen sind, sind gemeinsam mit allgemeinen Informationen und internationalen Vergleichen im vorliegenden Gesundheitsbericht berücksichtigt.

Informationen entsprechend dem "Europäischen Alkohol-Aktionsplan" der WHO sind dem Handbuch Alkohol – Österreich zu entnehmen. Bundeslandbezogene Daten gibt es kaum.

### Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Im folgenden Gesundheitsbericht sind ausgewählte Informationen über Vorsorgeuntersuchungen und Krankenstände berücksichtigt, wie sie im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch 1998, Herausgeber Statistik Österreich, veröffentlicht sind. Jedem österreichischen Staatsbürger steht es frei, die "Gesundenuntersuchung ab dem 19. Lebensjahr" einmal jährlich kostenlos in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchungen werden von Vertragsärzten nach einem standardisierten Programm durchgeführt, welches aus einer allgemeinen Untersuchung und einer gynäkologischen für Frauen besteht. In der Krankenstandstatistik scheinen alle Krankenstände der Arbeiter und Angestellten auf, für die eine ärztliche Bestätigung ausgestellt wird. Als

Krankenstandtage werden Kalendertage und nicht Arbeitstage gezählt.

Die enorm große Datenbank des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger rekrutiert ihre Daten aus folgenden Pflichtversicherungsanstalten: Pensionsversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und öffentlichen Fonds. Die einzelnen Sozialversicherungen betreiben jedoch letztlich ihr eigenes System, die EDV-Entwicklung ist nicht einheitlich. Die durch die Pflichtversicherung theoretisch flächendeckenden Informationen über ambulantes Krankheitsgeschehen sind zur Zeit für die Gesundheitsberichterstattung nicht zufriedenstellend abrufbar.

Daten zum ambulanten Krankheitsgeschehen sind zur Zeit nicht zufriedenstellend abrufbar.

## Jahresausweis über angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten

Die Datensammlung über meldepflichtige Infektionskrankheiten ist entsprechend der Meldedisziplin nicht vollständig.

Die Informationen über meldepflichtige übertragbare Erkrankungen ergehen zunächst an die zuständigen Bezirkshauptmannschaften, von diesen weiter an die Fachabteilung für das Gesundheitswesen der Steiermärkischen Landesregierung, welche an das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen berichtet. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen werden anonym direkt an das Bundesministerium berichtet. Die Meldestatistik ist den sogenannten Monats- und Jahresausweisen zu entnehmen. Die

Datensammlung ist unvollständig, da für viele übertragbare Krankheiten eine schlechte Meldedisziplin vorliegt. Die Meldepflicht von Infektionskrankheiten unterliegt einem zeitlichen Wandel, dem die entsprechenden Formulare oftmals nicht Schritt halten. Angaben über die Inzidenz von Infektionserkrankungen sollten unter Berücksichtigung labormedizinischer Datenquellen erfolgen, eine Zusammenführung der Statistiken vieler einzelner Speziallabors ist jedoch nicht gegeben.

## Krebsregister

Die Meldetradition über Krebs-Neuerkrankungen in Österreich entspricht seit dem Jahr 1983 einem Vollmeldesystem.

Für Krankenanstalten, Pathologische Institute, Gerichtsmedizinische Institute und Vorsorgeeinrichtungen besteht eine gesetzliche Pflicht, Krebs-Neuerkrankungen zu melden. Seit dem Jahr 1983 ist die Meldetradition soweit zufriedenstellend, dass die statistischen Auswertungen einem Vollmeldesystem entsprechen. Die Codierung erfolgt nach der "Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-9)", ent-

sprechend der Tumorlokalisierung, auf einem einheitlichen Datenblatt. Die Daten der Meldeblätter werden im sogenannten Krebsregister in der Statistik Österreich zusammengeführt und ausgewertet. Verzerrungen im Sinne von zeitlichen Vorzieheffekten sind bei forcierten Screening-Programmen und infolge einer laufenden Verbesserung der Datensammlung zu erwarten, die sich jedoch im Laufe der Zeit wieder regulieren.

## Mikrozensus

In die vorliegende Gesundheitsberichterstattung fließen ausgewählte gesundheitsrelevante Informationen über die steirische Bevölkerung aus sieben Mikrozensusserhebungen zwischen 1983 und 1998 ein.

Beim Mikrozensus handelt es sich um eine vierteljährliche amtliche Fragebogenerhebung durch ein direktes Interview bei etwa einem Prozent der österreichischen Haushalte. Der Stichprobenumfang für die Steiermark liegt bei etwa 4.000 Haushalten, netto werden etwa 3.200 Steirerinnen und Steirer befragt.

In den sogenannten "Grundprogrammen" werden von Quartal zu Quartal unveränderte Fragen gestellt. Unter "Sonderprogrammen" sind

Befragungen zu jeweils wechselnden Themen zu verstehen. Die Datenerhebung erfolgt durch in den Bundesländern organisierte InterviewerInnen, die Fragebogenerstellung und Datenanalyse zentral in der Statistik Österreich. Repräsentative Ergebnisse auf regionaler Ebene sind bei der ohnehin österreichweit knapp bemessenen Stichprobengröße nicht zu erwarten. Für die Sonderprogramme besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Auskunft, die Responsraten zeigen zum Teil

erhebliche Lücken und besitzen daher insbesondere auf regionaler Ebene keine generalisierbare Aussagekraft. Die gesäuberten Daten sind etwa zwei Jahre nach Erhebung der Analyse zugänglich. In die vorliegende Berichterstattung fließen ausgewählte gesundheitsrelevante Informationen über

die steirische Bevölkerung aus folgenden sieben Mikrozensuserhebungen ein: "Fragen zur Gesundheit" 1983 und 1991, "Ältere Menschen" 1987 und 1998, "Rauchgewohnheiten" 1997, "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995 und "Freizeitkultur" 1998.

Repräsentative Ergebnisse auf regionaler Ebene sind aufgrund der Datenlage kaum zu erwarten.

### Spitalsentlassungen

Sämtliche Haupt- und Nebendiagnosen einer stationär behandelten Person werden bei der Entlassung entsprechend der "Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-9)" gemeinsam mit den Personalien codiert und an das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen weitergeleitet. Die Daten auf Bundesländerebene werden über die Statistik Österreich veröffentlicht. Die Datensammlung ist nicht ganz vollständig, da die Entlassungsdiagnosen einzelner kleiner Krankenanstalten noch nicht erfasst werden. Regionale

Analysen über Krankenhausaufenthalte liegen derzeit nur über die Datensammlung der sogenannten "Fonds-Krankenanstalten" vor. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um öffentliche und gemeinnützige Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser!), die aus öffentlichen Mitteln über den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (kurz SKAFF) finanziert werden. Von allen 57 Krankenanstalten in der Steiermark mit knapp 12.000 Betten liegen für 25 Krankenanstalten mit über 8000 Betten wohnortbezogene Patientendaten für die Jahre 1995 bis 1999 vor.

In der Steiermark gibt es 57 Krankenanstalten mit insgesamt knapp 12.000 Betten.

Regionale Analysen liegen derzeit nur über die Datensammlung der 25 "Fonds-Krankenanstalten" mit über 8.000 Betten vor.

### Steirisches Fehlbildungsregister

Bei Geburt erkennbare Fehlbildungen werden in der amtlichen Geburtenstatistik zwar dokumentiert, die Angaben sind aber insofern nicht so aussagekräftig, da viele Fehlbildungen der Neugeborenen bei der Geburt nicht offenkundig sind. Das Steirische Fehlbildungsregister bietet daher seit 1985 eine sinnvolle Ergänzung in der Vollerfassung der angeborenen Fehl- und Missbildungen in der Steiermark. Darin sind Daten von allen Kindern gesammelt, bei denen während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder innerhalb des ersten

Lebensjahres angeborene Fehlbildungen auffallen. Das SFR bezieht Informationen von 49 Datenquellen, nämlich von den steirischen geburtshilflich tätigen Kliniken und Sanatorien, von pädiatrischen und anderen diagnostischen und therapeutischen Abteilungen, von pathologischen und humangenetischen Instituten und von den frei praktizierenden Hebammen. Entbindungsstationen der angrenzenden Bundesländer sind miteinbezogen und liefern Daten zu Fällen, deren Mütter ihren Hauptwohnsitz in der Steiermark haben.

Das Steirische Fehlbildungsregister enthält Daten von allen Kindern in der Steiermark, bei denen während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder innerhalb des ersten Lebensjahres angeborene Fehlbildungen auffallen.

### Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz: Sektion "Gesunde Gemeinde"

Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse aus Befragungen von 27 ländlichen Gesunden Gemeinden in der Steiermark zwischen 1995 und 1999 berücksichtigt.

Die im vorliegenden Gesundheitsbericht einfließenden Ergebnisse aus Befragungen von steirischen "Gesunden Gemeinden" beziehen sich auf den Zeitraum zwischen Februar 1995 und Jänner 1999. Während dieser Zeit wurden 6.222 Personen in 27 ländlichen Gemeinden in der Steiermark nach einem von W. Freidl, Institut für Sozialmedizin der Karl-Franzens-Universität Graz, gestalteten Fragebogen interviewt. Die Ergebnisse der Fragen zum gesundheitlichen Wohlbefinden, zum Gesundheitshandeln und zu internen und externen

Ressourcen sind für die befragten Gemeinden weitgehend repräsentativ. Eine Verallgemeinerung der Resultate für die steirische Gesamtbevölkerung ist nicht möglich, da die Teilnahme der befragten Gemeinden am Projekt "Gesunde Gemeinde" aufgrund eines Gemeinderatsbeschlusses auf Freiwilligkeit beruht. Die Daten werden in einer maßgeschneiderten Datenbank aggregiert, für die beteiligten Gemeinden erfolgt eine ausführliche Berichterstattung unter Berücksichtigung der lokalen Bedingungen.

### Steirische Gesundheitsbefragung 1999

Die im September 1999 durchgeführte Gesundheitsbefragung der Steirerinnen und Steirer entspricht den methodischen Anforderungen der WHO, der EU und der OECD für die Messung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung.

Die im September 1999 durchgeführte Gesundheitsbefragung von 5222 Steirerinnen und Steirern entspricht den methodischen Anforderungen der WHO, der EU und der OECD für die Messung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung. Der Erhebung liegt der "Medical-Outcomes-Study Short-Form-12"-Fragebogen (kurz SF-12) zugrunde, welcher einem Goldstandard der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsmessung entspricht. Da ein entsprechender Fragebogen für 10 Sprachräume validiert und normiert vorliegt, bestehen internationale Vergleichsmöglichkeiten der Ergebnisse. Die im September 1999 geführten Interviews fanden direkt im Anschluss an den

Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" der Statistik Österreich statt. Durch diese enge Anbindung an den Mikrozensus wird es in naher Zukunft möglich sein, die Ergebnisse beider Erhebungen zu verknüpfen und Zusammenhänge zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Wohnort einerseits und der körperlichen und seelischen Gesundheit der Bevölkerung andererseits aufzuhellen. Erste Analysen über die körperliche und psychische Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung sowie über Vorsorgeverhalten von Frauen bezüglich Mammographie und Krebsabstrich fließen in den vorliegenden Gesundheitsbericht ein.

### Todesursachenstatistik

Jedem Sterbefall in Österreich wird im Totenschein vom Totenbeschauerarzt die dem Tode zugrundeliegende Haupttodesursache zugeordnet. Diese eine Haupttodesursache wird nach der "Internationalen Klassifikation der Krankheiten,

Verletzungen und Todesursachen (ICD-9)" zentral in der Statistik Österreich vercodiert und ausgewertet. Die Datenerhebung ist vollständig, das heißt jeder Todesfall in Österreich wird in dieser Art und Weise registriert. Es ist nicht ganz

auszuschließen, dass regionale Unterschiede in den Todesursachen, insbesondere auf Bezirksebene, ihre Begründung zum Teil in einer unterschiedlichen Beurteilung der Haupttodesursache durch die Beschauärzte haben. Vor allem beim Tod nach Mehrfach-Erkrankungen ist die Reihung der zu-

grunde liegenden Haupttodesursache nicht immer eindeutig. Die Veröffentlichung der Todesursachenstatistik erfolgt als Jahresbericht im Juni des Folgejahres. Die für die Gesundheitsberichterstattung 2000 zuletzt zur Verfügung stehenden Ergebnisse beziehen sich auf das Jahr 1998.

Jedem Sterbefall in Österreich wird im Totenschein vom Totenbeschauerarzt die dem Tode zugrunde liegende Haupttodesursache zugeordnet.

### Weltgesundheitsorganisation

In der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation sind länderspezifische, krankheitsspezifische und allgemeine Daten zu gesundheitsrelevanten Fragen zu finden. Die weltweite Datensammlung bezieht sich zum einen Teil auf berichtete Informationen aus den Mitgliedstaaten, zum anderen Teil handelt es sich um Ergebnisse, die von der WHO direkt berechnet werden. Für die Europäische Region wurde eine eigene Datenbank (Health For All Data Base) installiert, die alle Gesundheitsindikatoren des WHO-Euro-Programms "Gesundheit für alle im

21. Jahrhundert" beinhaltet und halbjährlich aktualisiert wird. Dem vorliegenden Gesundheitsbericht liegen die Informationen der Version vom Juni 2000 zugrunde. Ziel dieser Datensammlung ist es, eine Fülle von Gesundheitsergebnissen und Risikofaktoren international vergleichbar zu machen. Die einheitlich definierten Vergleichszahlen für einzelne Länder und einzelne Jahre sind entsprechend den unterschiedlichen Meldetraditionen in vielen Bereichen noch lückenhaft und verbesserungsfähig.

Für die Europäische Region wurde eine Datenbank installiert, die alle Gesundheitsindikatoren des WHO-Euro-Programms "Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" beinhaltet. Ziel ist es, eine Fülle von Gesundheitsergebnissen und Risikofaktoren international vergleichbar zu machen.

### Weitere berücksichtigte Daten

Die demographischen Ergebnisse des vorliegenden Berichtes basieren auf der Volkszählung 1991, sowie auf den jährlichen Bevölkerungsfortschreibungen und Einwohnererhebungen für die Steiermark. Einzelne Informationen wurden den steirischen Statistiken, wie sie von der Landesstatistik fortlaufend und bedarfsorientiert veröffentlicht werden, entnommen. Auf einzelne

vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen veröffentlichte Daten erfolgte der Zugriff via Internet. Ergebnisse aus der Arbeitslosenstatistik, Einkommensstatistik und Unfallstatistik ergänzen den Topf der Datenquellen, die dem Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark zugrunde liegen.

Ausgewählte Einzelinformationen ergänzen den Topf der Datenquellen, die dem Gesundheitsbericht 2000 für die Steiermark zugrunde liegen.

03

Demographie

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

## Kapitel 03 Demographie

Seite

**028** Die steirische Wohnbevölkerung

**032** Die Bevölkerungsbewegung in der Steiermark

**034** Die Bevölkerungsprognose für die Steiermark

## Die steirische Wohnbevölkerung

Um gesundheits- und krankheitsrelevante Daten einschätzbar und vergleichbar zu machen, werden sie in Form von Ratenrechnung in Relation zur Bevölkerungsgröße gebracht.

Bis zum 60. Lebensjahr ist das Geschlechterverhältnis weitgehend ausgeglichen.

In der Altersgruppe ab 60 überwiegen die Frauen mit rund 60 % die Männer mit 40 %

Eine klare Definition der Bevölkerung, auf die sich gesund- und krankheitsrelevante Daten beziehen, ist für eine Gesundheitsberichterstattung unerlässlich. Um gezählte Fälle einschätzbar und vergleichbar zu machen, müssen sie in Relation zur Bevölkerungsgröße gebracht werden. Dies geschieht in der Regel in Form von Jahresraten, meist bezogen auf 100 (oft in Prozent angegeben), 1.000 oder 100.000 Einwohner. So bekommen zum Beispiel 30 Masernfälle auf 100 Einwohner (entspricht 30 %) eine größere Gewichtung als die gleiche Fallzahl auf 100.000 Einwohner oder anders formuliert: 30 Masernfälle in einer kleinen steirischen Gemeinde stellen ein gewichtigeres Problem dar als die gleiche Fallzahl in ganz Österreich. In weniger drastischen Vergleichen lässt die Kennzahl der Bezugspopulation eine mathematische Gewichtung im Sinne einer gesundheitspolitischen

Steuerung zu, wenngleich Einzelschicksale in ihrer qualitativen Gewichtung unberücksichtigt bleiben.

Entsprechend der Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.1998 betrug die Wohnbevölkerung in der Steiermark knapp über 1,2 Millionen Personen. Davon waren 51,3 Prozent weiblichen Geschlechts und 48,7 Prozent waren männlich (Tab.1).

Die Generationenverteilung zeigt einen Anteil von 22,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr, die Altersgruppe ab 65 ist durch einen Prozentanteil von 16,4 vertreten (Abb.1). Während in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr die männliche Bevölkerung gering in der Überzahl vertreten ist, kehrt sich dieses Verhältnis für die Senioren um: Von den etwa 260.000 Personen im Alter von 60 Jahren und älter sind etwa 60 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer (Abb.2).

Tabelle 1 n

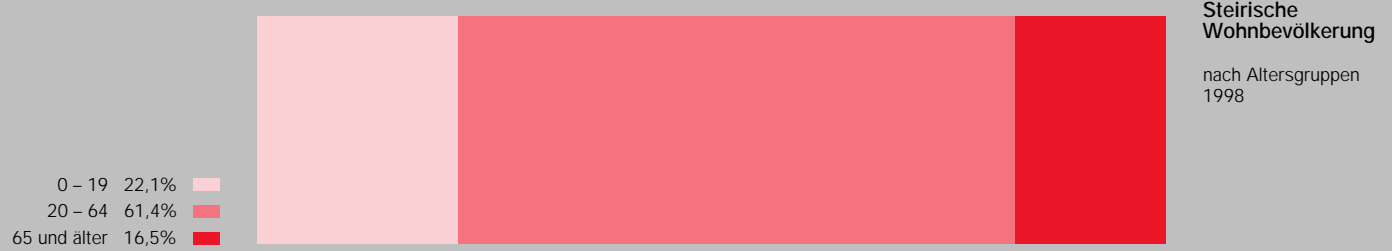
Steirische Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht Jahresende 1998

Die steirische Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht						
Alter	Frauen		Männer		Gesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
0 - 4	27.773	2,3%	29.481	2,5%	57.254	4,8%
5 - 9	32.345	2,7%	34.441	2,9%	66.786	5,6%
10 - 14	33.545	2,8%	35.046	2,9%	68.591	5,7%
15 - 19	35.614	3,0%	37.323	3,1%	72.937	6,1%
20 - 24	35.022	2,9%	36.685	3,1%	71.707	6,0%
25 - 29	41.896	3,5%	43.477	3,6%	85.373	7,1%
30 - 34	49.401	4,1%	53.291	4,4%	102.692	8,5%
35 - 39	50.704	4,2%	54.144	4,5%	104.848	8,7%
40 - 44	45.155	3,8%	46.831	3,9%	91.986	7,6%
45 - 49	37.869	3,1%	38.773	3,2%	76.642	6,4%
50 - 54	34.389	2,9%	35.480	2,9%	69.869	5,8%
55 - 59	37.682	3,1%	34.324	2,9%	72.006	6,0%
60 - 64	32.925	2,7%	30.338	2,5%	63.263	5,3%
65 - 69	29.345	2,4%	24.955	2,1%	54.300	4,5%
70 - 74	30.788	2,6%	22.609	1,9%	53.397	4,4%
75 - 79	30.824	2,6%	16.074	1,3%	46.898	3,9%
80 - 84	14.972	1,2%	6.794	0,6%	21.766	1,8%
85 - 89	11.594	1,0%	4.532	0,4%	16.126	1,3%
90 - 94	4.004	0,3%	1.220	0,1%	5.224	0,4%
95 u. m.	868	0,1%	241	0,0%	1.109	0,1%
<b>Gesamt</b>	<b>616.715</b>	<b>51,3%</b>	<b>586.059</b>	<b>48,7%</b>	<b>1.202.774</b>	<b>100,0%</b>



## Generationenanteil der steirischen Wohnbevölkerung

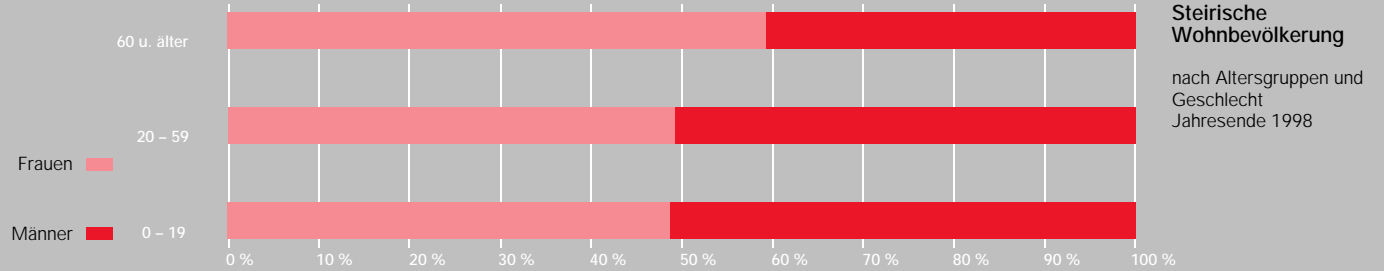
n Abbildung 1



Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991, Bevölkerungsforschung vom 31.12.1998; Landesstatistik, Einwohnererhebung vom 1.1.1999

## Geschlechteranteil im Generationenvergleich

n Abbildung 2



Quelle: Statistik Österreich, Bevölkerungsforschung vom 31.12.1998

1998 sind 16 %  
der steirischen  
Wohnbevölkerung  
älter als 65 Jahre,  
23 % jünger als 20 Jahre.

Mit zunehmendem Alter verschiebt sich das Verhältnis noch weiter zugunsten des Frauenanteils.

Das Generationenverhältnis der steirischen Wohnbevölkerung zeigt regionale Unterschiede (Tab.2 und Abb.3). So sind Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr im Bezirk Hartberg mit 28 Prozent steiermarkweit am stärksten vertreten, während dort die Altersgruppe der Über-64-jährigen mit 14 Prozent den steirischen Tiefstwert zeigt. Als Spitzenreiter im Seniorenanteil erweist sich Leoben: Mit 19,2 Prozent vertreten die Über-64-jährigen knapp ein Fünftel der Wohnbevölkerung. Gleichzeitig repräsentiert der Jugendlichenanteil (bis zum 19. Lebensjahr) mit 18,5 Prozent weniger als ein Fünftel der Bezirksbevölkerung und wird

lediglich von Graz unterboten. In Graz liegt der Anteil der Über-64-jährigen mit 18,3 Prozent nicht nur steiermarkweit gesehen hoch. Der vergleichbare Österreichwert liegt bei 15,4 Prozent. Der Anteil der Altersgruppe der Über-64-jährigen an der gesamten steirischen Wohnbevölkerung ist mit 16,4 Prozent höher als in den meisten Ländern der Europäischen Union und wird nur von Schweden (17,5 %) und Italien (17 %) übertroffen.

Während das Geschlechterverhältnis im Bezirksvergleich weitgehend konstant ist, zeigt der Ausländeranteil deutliche regionale Unterschiede (Tab.3). Insgesamt sind etwa 5 Prozent der steirischen Einwohner ausländischer Herkunft.

Der Ausländeranteil liegt in den städtischen Regionen Graz (8,6 %) und Liezen (5,3 %) über

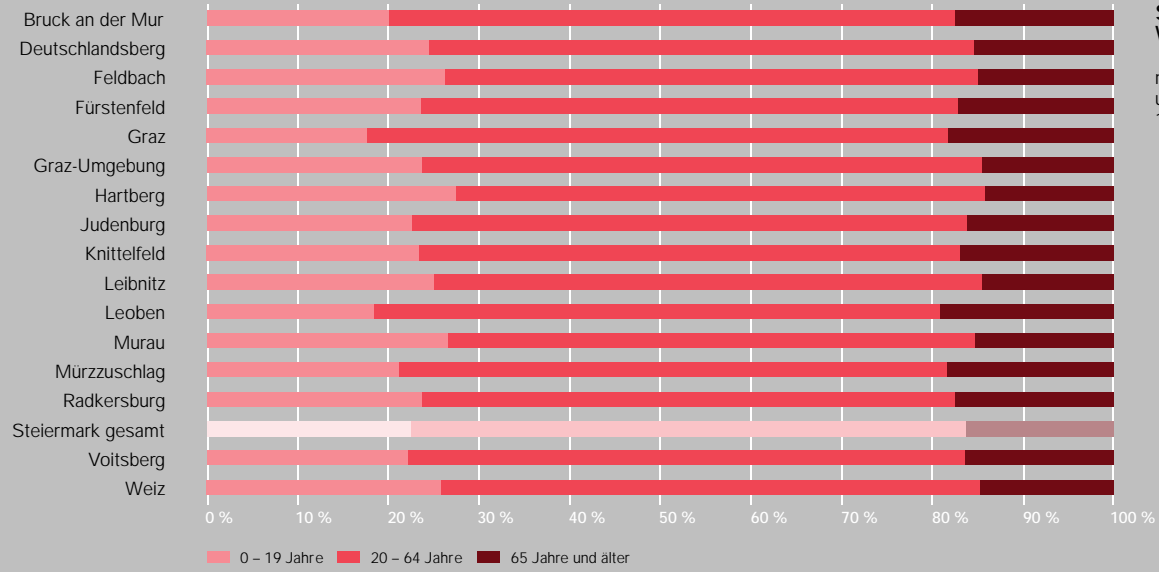
Tabelle 2 n

## Steirische Wohnbevölkerung

nach Bezirken,  
NUTS III-Regionen  
und Altersgruppen  
1998

Die regionale Altersstruktur der steirischen Wohnbevölkerung								
Altersgruppe	0 – 19 Jahre		20 – 64 Jahre		65 Jahre und älter		Gesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
<b>Bezirk</b>								
Bruck an der Mur	13.373	20,2%	41.169	62,3%	11.535	17,5%	66.077	5,5%
Deutschlandsberg	15.077	24,5%	36.999	60,0%	9.572	15,5%	61.648	5,1%
Feldbach	17.756	26,3%	39.562	58,7%	10.128	15,0%	67.446	5,6%
Fürstenfeld	5.442	23,7%	13.588	59,1%	3.964	17,2%	22.994	1,9%
Graz	42.627	17,7%	153.805	63,9%	44.081	18,3%	240.513	20,0%
Graz-Umgebung	30.756	23,8%	79.593	61,6%	18.859	14,6%	129.208	10,7%
Hartberg	18.775	27,5%	39.803	58,3%	9.665	14,2%	68.243	5,7%
Judenburg	11.074	22,7%	29.835	61,1%	7.956	16,3%	48.865	4,1%
Knittelfeld	7.040	23,4%	17.896	59,5%	5.147	17,1%	30.083	2,5%
Leibnitz	18.854	25,1%	45.254	60,3%	10.952	14,6%	75.060	6,2%
Leoben	12.902	18,5%	43.436	62,3%	13.410	19,2%	69.748	5,8%
Liezen	19.896	23,9%	50.143	60,3%	13.098	15,8%	83.138	6,9%
Murau	8.540	26,6%	18.622	58,1%	4.912	15,3%	32.074	2,7%
Mürzzuschlag	9.367	21,3%	26.498	60,3%	8.087	18,4%	43.952	3,7%
Radkersburg	5.769	23,8%	14.218	58,6%	4.268	17,6%	24.255	2,0%
Voitsberg	12.008	22,2%	33.232	61,3%	8.969	16,5%	54.210	4,5%
Weiz	22.247	25,8%	51.176	59,4%	12.712	14,8%	86.135	7,2%
<b>NUTS III-Region</b>								
Graz	73.383	19,8%	233.398	63,1%	62.940	17,0%	369.721	30,7%
Liezen	19.896	23,9%	50.143	60,3%	13.098	15,8%	83.138	6,9%
Östl. Obersteiermark	35.642	19,8%	111.103	61,8%	33.032	18,4%	179.777	14,9%
Oststeiermark	69.989	26,0%	158.347	58,8%	40.737	15,1%	269.073	22,4%
West- und Südstmk.	45.939	24,1%	115.485	60,5%	29.494	15,4%	190.918	15,9%
Westl. Obersteiermark	26.654	24,0%	66.353	59,8%	18.015	16,2%	111.022	9,2%
<b>Steiermark gesamt</b>	<b>271.503</b>	<b>22,6%</b>	<b>734.829</b>	<b>61,1%</b>	<b>197.317</b>	<b>16,4%</b>	<b>1.203.649</b>	<b>100,0%</b>

Die Altersstruktur der steirischen Wohnbevölkerung nach Bezirken



Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991, Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.1998; Landesstatistik, Einwohnererhebung vom 1.1.1999

Die regionale Bevölkerung nach Geschlecht und Ausländeranteil

Bezirk	Männer		Frauen		Gesamt absolut	Ausländer	
	absolut	in %	absolut	in %		absolut	in %
Bruck an der Mur	32.267	48,8%	33.810	51,2%	66.077	3.413	5,2%
Deutschlandsberg	30.305	49,2%	31.343	50,8%	61.648	1.146	1,9%
Feldbach	33.263	49,3%	34.183	50,7%	67.446	1.369	2,0%
Fürstenfeld	11.147	48,5%	11.847	51,5%	22.994	639	2,8%
Graz	112.819	46,9%	127.694	53,1%	240.513	27.499	11,4%
Graz-Umgebung	63.474	49,1%	65.735	50,9%	129.208	4.165	3,2%
Hartberg	33.837	49,6%	34.406	50,4%	68.243	1.718	2,5%
Judenburg	24.051	49,2%	24.814	50,8%	48.865	1.461	3,0%
Knittelfeld	14.689	48,8%	15.394	51,2%	30.083	1.531	5,1%
Leibnitz	37.033	49,3%	38.027	50,7%	75.060	2.546	3,4%
Leoben	33.809	48,5%	35.939	51,5%	69.748	3.478	5,0%
Liezen	40.562	48,8%	42.576	51,2%	83.138	4.397	5,3%
Murau	15.872	49,5%	16.202	50,5%	32.074	676	2,1%
Mürzzuschlag	21.477	48,9%	22.475	51,1%	43.952	1.403	3,2%
Radkersburg	11.772	48,5%	12.483	51,5%	24.255	543	2,2%
Voitsberg	26.490	48,9%	27.720	51,1%	54.210	1.097	2,0%
Weiz	42.645	49,5%	43.490	50,5%	86.135	1.986	2,3%
<b>Steiermark</b>	<b>585.509</b>	<b>48,6%</b>	<b>618.140</b>	<b>51,4%</b>	<b>1.203.649</b>	<b>59.067</b>	<b>4,9%</b>

Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991, Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.1998; Landesstatistik, Einwohnererhebung vom 1.1.1999

dem steirischen Durchschnitt. Die Werte sind jedoch im Vergleich zu Wien (17,6 %) deutlich niedriger. Einen geringeren Ausländeranteil

zwischen 2 und 3 Prozent weisen die Ost-, Süd- und Weststeiermark auf (Abb.4).

### Die Bevölkerungsbewegung in der Steiermark

Änderungen der Größe und Alterszusammensetzung einer definierten Population, wie sie die steirische Wohnbevölkerung darstellt, werden durch die Zahl der Geburten und Sterbefälle sowie das Migrationsverhalten während eines gewählten Zeitraumes bestimmt. Die Geburtenbilanz ergibt sich aus der Differenz zwischen Lebendgeburten

und Sterbefällen. Geburtendefizite, wie sie für einzelne Bezirke entsprechend Tabelle 4 als Negativwerte notiert sind, weisen auf eine Verschiebung des Gleichgewichts zugunsten der Todesfälle hin. Steiermarkweit überwiegen jedoch zwischen der Volkszählung 1991 und der Einwohnererhebung vom 1.1.1999 die Geburten

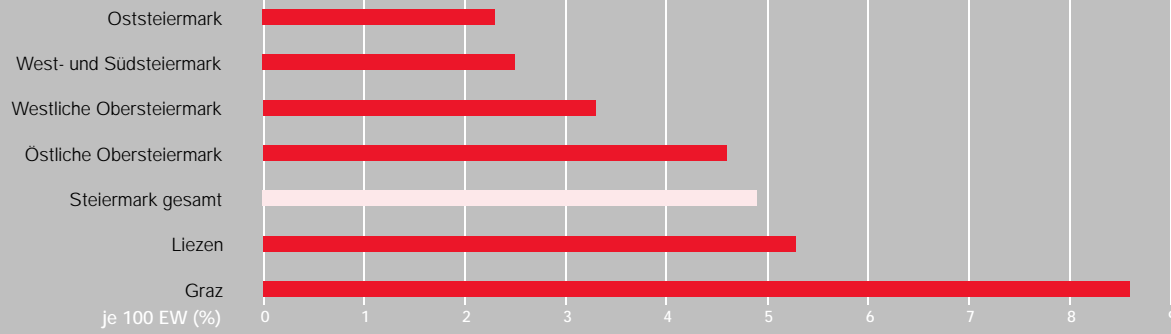
Tabelle 4 n

#### Bevölkerungsbewegung

nach Bezirken und  
NUTS III-Regionen  
zwischen 1991 und 1999

Die regionale Bevölkerungsbewegung in der Steiermark								
Bezirk	Wohn- bevölkerung 1991 absolut	Geburtenbilanz +/-		Errechnete Wanderungsbilanz		Gesamtbilanz +/-		Wohn- bevölkerung 1999 absolut
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
Graz	237.810	-1.883	-0,79%	4.586	1,93%	2.703	1,14%	240.513
Bruck an der Mur	67.774	-891	-1,31%	-806	-1,19%	-1.697	-2,50%	66.077
Deutschlandsberg	60.581	471	0,78%	596	0,98%	1.067	1,76%	61.648
Feldbach	65.751	1.203	1,83%	492	0,75%	1.695	2,58%	67.446
Fürstenfeld	22.293	76	0,34%	625	2,80%	701	3,14%	22.994
Graz-Umgebung	118.048	1.942	1,65%	9.218	7,81%	11.160	9,45%	129.208
Hartberg	66.787	1.764	2,64%	-308	-0,46%	1.456	2,18%	68.243
Judenburg	50.112	-64	-0,13%	-1.183	-2,36%	-1.247	-2,49%	48.865
Knittelfeld	29.526	-81	-0,27%	638	2,16%	557	1,89%	30.083
Leibnitz	71.712	1.167	1,63%	2.181	3,04%	3.348	4,67%	75.060
Leoben	73.372	-2.042	-2,78%	-1.582	-2,16%	-3.624	-4,94%	69.748
Liezen	81.352	1.236	1,52%	550	0,68%	1.786	2,20%	83.138
Mürzzuschlag	44.762	-1.256	-2,81%	446	1,00%	-810	-1,81%	43.952
Murau	32.257	557	1,73%	-740	-2,29%	-183	-0,57%	32.074
Radkersburg	24.799	-271	-1,09%	-273	-1,10%	-544	-2,19%	24.255
Voitsberg	54.577	-397	-0,73%	30	0,05%	-367	-0,67%	54.210
Weiz	83.207	1.982	2,38%	946	1,14%	2.928	3,52%	86.135
<b>Steiermark gesamt</b>	<b>1.184.720</b>	<b>3.513</b>	<b>0,30%</b>	<b>15.416</b>	<b>1,30%</b>	<b>18.929</b>	<b>1,60%</b>	<b>1.203.649</b>
<b>NUTS III-Region</b>								
Graz	355.858	59	0,02%	13.804	3,88%	13.863	3,90%	369.721
Liezen	81.352	1.236	1,52%	550	0,68%	1.786	2,20%	83.138
Östl. Obersteiermark	185.908	-4.189	-2,25%	-1.942	-1,04%	-6.131	-3,30%	179.777
Oststeiermark	262.837	4.754	1,81%	1.482	0,56%	6.236	2,37%	269.073
West- und Südstmk.	186.870	1.241	0,66%	2.807	1,50%	4.048	2,17%	190.918
Westl. Obersteiermark	111.895	412	0,37%	-1.285	-1,15%	-873	-0,78%	111.022
<b>Steiermark gesamt</b>	<b>1.184.720</b>	<b>3.513</b>	<b>0,30%</b>	<b>15.416</b>	<b>1,30%</b>	<b>18.929</b>	<b>1,60%</b>	<b>1.203.649</b>

## Die steirische Wohnbevölkerung nach Ausländeranteil



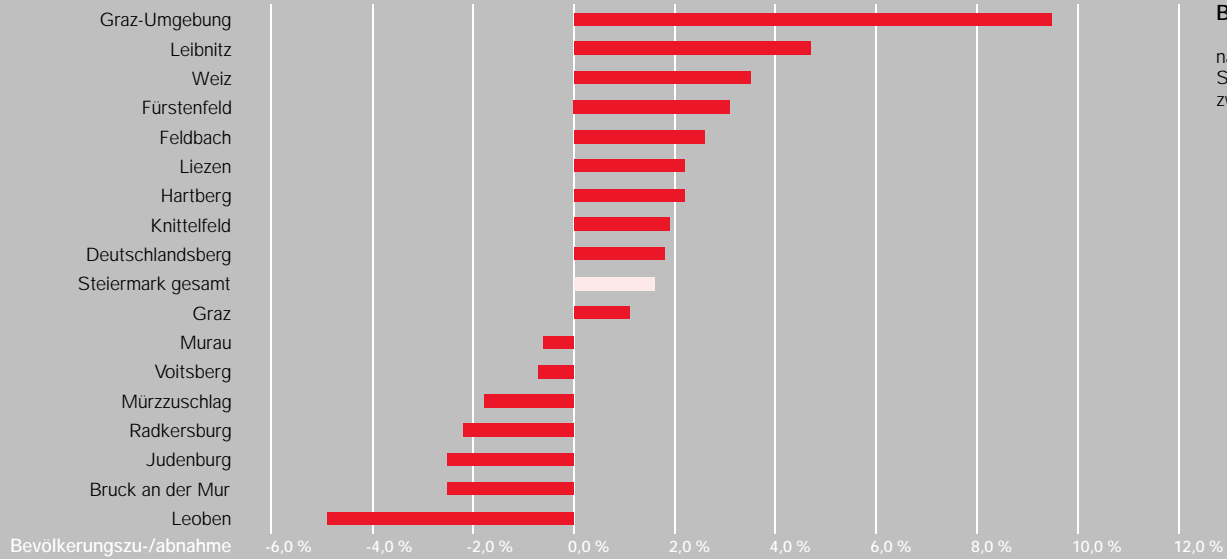
Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991, Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.1998; Landesstatistik, Einwohnererhebung vom 1.1.1999

n Abbildung 4

### Steirische Wohnbevölkerung

nach NUTS III-Regionen und Ausländeranteil Jahresbeginn 1999

## Die regionale Bevölkerungsbewegung in der Steiermark



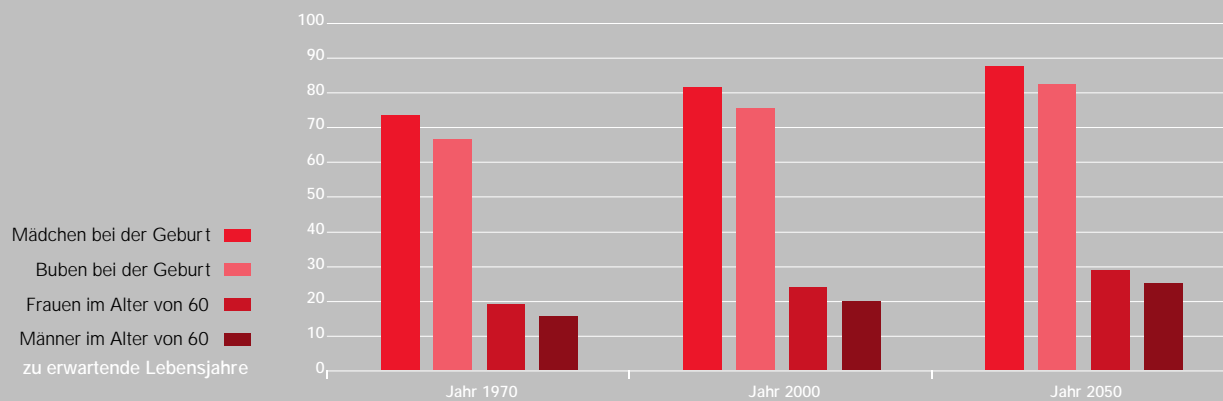
Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991; Landesstatistik, Einwohnererhebung vom 1.1.1999

n Abbildung 5

### Bevölkerungsbewegung

nach Bezirken Steiermark zwischen 1991 und 1999

## Die mittlere Lebenserwartung in der Steiermark



Quelle: Statistik Österreich, Modellrechnung 1999 – 2050

n Abbildung 6

### Mittlere Lebenserwartung

Steiermark 1970 – 2050

Schwankungen der Geburten- und Sterberaten, Veränderungen in der Lebenserwartung und im Migrationsverhalten sind Parameter eines vielumfassenden Gesundheitsbegriffes.

mit 3.513 die Todesfälle, was zunächst einer Bevölkerungszunahme von 0,3 Prozent entspricht. Infolge der Wanderungsbilanz, welche sich aus den Zu- und Abwanderungen von Einwohnern ergibt, vergrößert sich die Gesamtbilanz für die Steiermark während des genannten Zeitraumes auf 18.929, was einer Zunahme der Wohnpopulation von 1,6 Prozent entspricht. Bundeslandbezogen sind diese Veränderungen in erster Linie auf die politische Situation im benachbarten ehemaligen Jugoslawien zurückzuführen. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen dürften für die Abwanderungstendenz der obersteirischen Bezirke Murau, Judenburg, Leoben und Bruck/Mur verantwortlich sein. Leoben zeigt mit einer Gesamtbilanz von

knapp minus 5 Prozent die stärkste Bevölkerungsabnahme unter den steirischen Bezirken zwischen 1991 und 1999, in Graz-Umgebung hingegen stieg während des gleichen Zeitraumes die Wohnbevölkerung um über 9 Prozent (Abb.5, Seite 33). Bevölkerungsbewegung und Gesundheit stehen in einer untrennbaren Wechselwirkung zueinander: Schwankungen der Geburten- und Sterberaten sowie Veränderungen in der Lebenserwartung sind als Produkt eines vielumfassenden Gesundheitsbegriffes zu sehen. Dementsprechend hat die gesundheitspolitische Planung, insbesondere im Bereich des Versorgungssektors, dem stetigen Bevölkerungswandel entsprechend dem Recht auf Gesundheit für alle Rechnung zu tragen.

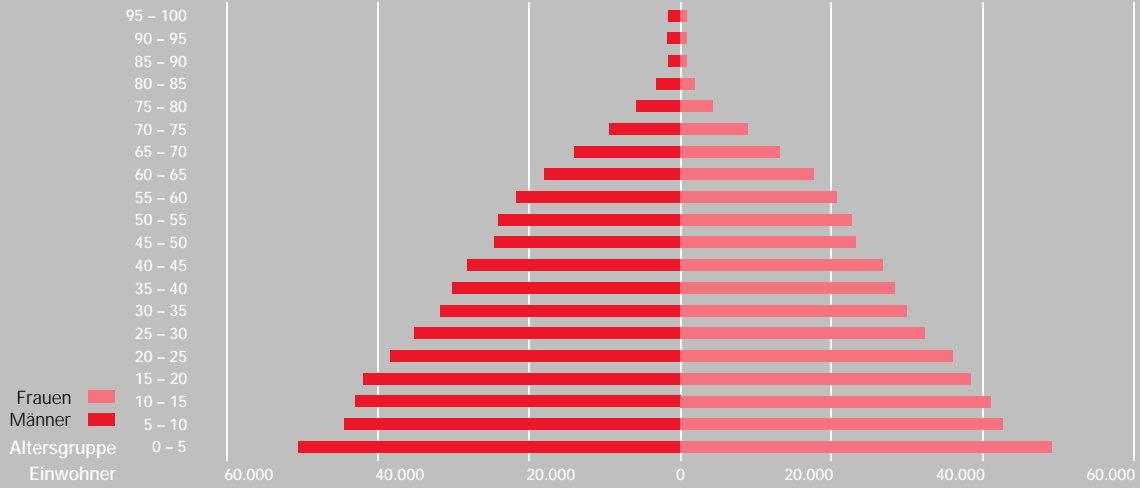
### Die Bevölkerungsprognose für die Steiermark

Steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenzahlen führen unweigerlich zu einer Überalterung der Bevölkerung. Zunehmend mehr alte Menschen treffen auf die erwerbstätige Generation.

Vorausschätzungen der Geburten- und Sterberaten, Annahmen zu Änderungen in der Lebenserwartung und bedingte Steuerung des Zu- und Abwanderungsverhaltens erlauben uns recht zuverlässig, Bevölkerungsprognosen zu stellen. 1998 lag die Lebenserwartung für Mädchen zum Zeitpunkt der Geburt bei 81,1 Jahren, für Buben waren es 75,0 Jahre. Im Jahr 2000 können Frauen im Alter von 60 immerhin noch mit durchschnittlich 23,6 weiteren Lebensjahren rechnen, 60-jährige Männer mit 19,6 Jahren (Abb.6, Seite 33). Wenngleich die Lebensspanne nach oben hin begrenzt bleiben wird, ist mit einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung zu rechnen. Waren es 1970 noch 73 zu erwartende Lebensjahre für Frauen, wird die Lebenserwartung für das Jahr 2050 mit 87,2 Jahren prognostiziert. Für Männer liegen die Vergleichswerte immerhin bei 66,3 Jahren (1970) und 82,1 Jahren (2050). Die Zunahme an "alten" Lebensjahren in der steirischen Bevölkerung wird in Zukunft immer weniger durch jüngere Bevölkerungsgruppen aufgewogen werden

können. Trug um die Jahrhundertwende noch eine breite "junge Basis" die Bevölkerungspyramide, wird sich das Verhältnis in den kommenden Jahren zunehmend umkehren: Die breite Generation der höheren Lebensalter kann sich relativ gesehen nur auf eine schmale Basis der Jugendlichen stützen (Abb.7). Steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenzahlen führen unweigerlich zu einer Überalterung der Bevölkerung, die durch Zuwanderung entsprechend der Arbeitsmarktsituation nur unzureichend eingedämmt werden kann. Bei der prognostizierten Abnahme der steirischen Gesamtbevölkerung von etwa 18 Prozent bis zum Jahr 2050 ist die Belastungsquote ständig im Steigen begriffen. Waren es 1951 noch 65 Kinder und Senioren, die auf 100 Einwohner der erwerbsfähigen Generation im Alter von 15 bis 59 fielen, wird sich das Verhältnis bis zum Jahre 2050 auf 109 zu 100 umkehren. Insbesondere ab dem Jahr 2020, wenn die Generation des Babybooms der 60er Jahre in den Seniorenstand eintreten wird, ist mit einem drastischen Anstieg der

## Die Wohnbevölkerung in der Steiermark 1900



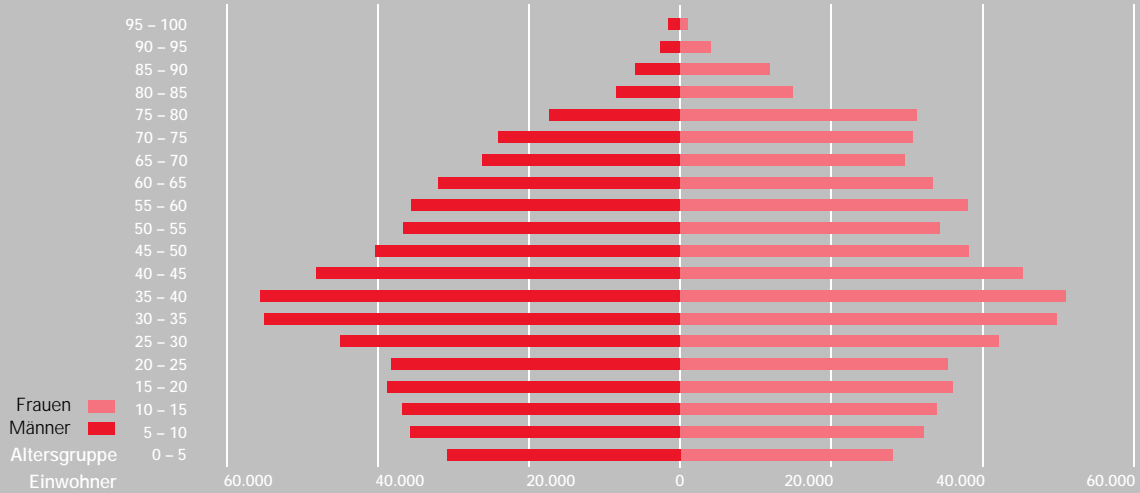
Quelle: Statistik Österreich, Volkszählung

n Abbildung 7.1

Wohnbevölkerung der Steiermark 1900

nach Alter und Geschlecht

## Die Wohnbevölkerung in der Steiermark 2000



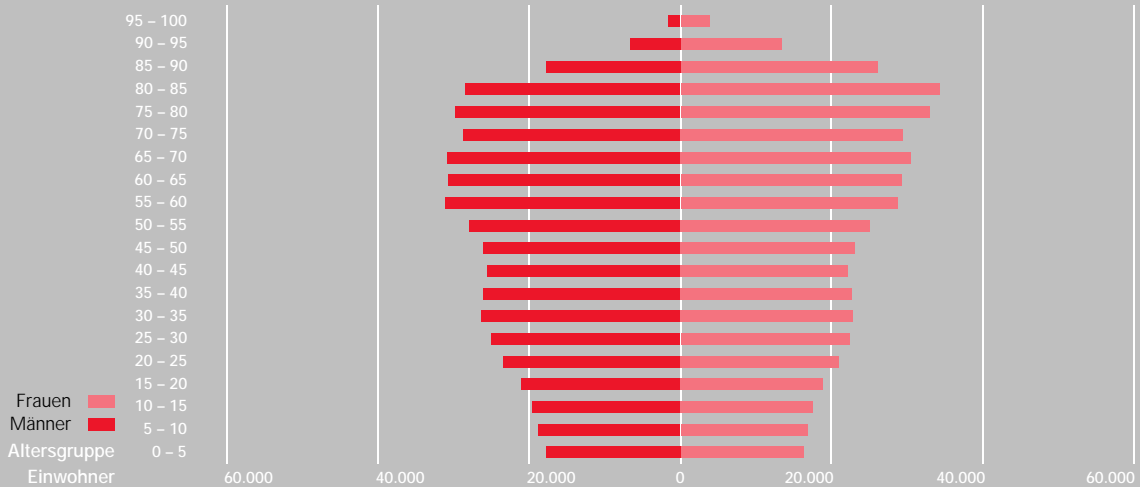
Quelle: Statistik Österreich, Volkszählung und Modellrechnung 1998 - 2050

n Abbildung 7.2

Wohnbevölkerung der Steiermark 2000

nach Alter und Geschlecht

## Die Wohnbevölkerung in der Steiermark 2050



Quelle: Statistik Österreich, Volkszählung und Modellrechnung 1998 - 2050

n Abbildung 7.3

Wohnbevölkerung der Steiermark 2050

nach Alter und Geschlecht

Belastungsquote zu rechnen (Tab.5 und Abb.8). Die prognostizierte steirische Bevölkerungsentwicklung entspricht der demographischen Dynamik, wie wir sie auch in anderen Industrienationen der Ersten Welt finden. Nicht nur die damit verbundenen Probleme der Pensionsfinanzierung, sondern auch die gesundheitspolitischen Konsequenzen sind enorm und verlangen eine präzise Steuerung unseres

Gesundheitswesens. Die Frage "Wie werden wir alt?" gewinnt gegenüber der Frage "Wie alt werden wir?" zunehmend an Bedeutung. Das Bedürfnis nach gesundem Altern entspricht nicht nur dem Wunsch des Individuums, sondern stellt gleichzeitig die treibende Kraft dar, die uns die Finanzierung unseres Gesundheitswesens auch in Zukunft sichern soll.

Tabelle 5 n

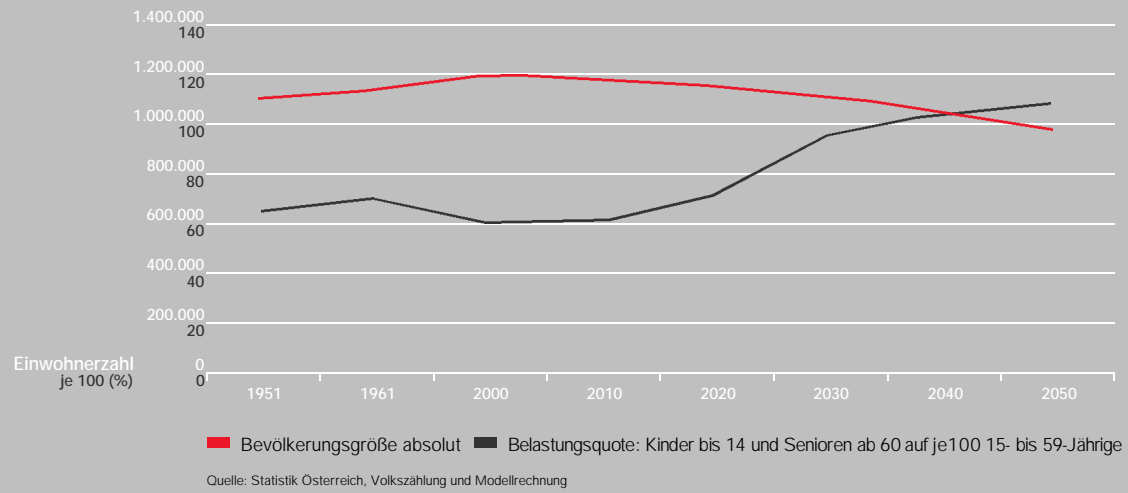
Prognose der Bevölkerungsentwicklung und Belastungsquote 1951 – 2050

Prognose der Bevölkerungsentwicklung und Belastungsquote in der Steiermark										
Jahr	Bevölkerungsgröße absolut	Differenz zum Vorwert		Belastungsquote* je 100	0 – 14 Jahre		15 – 59 Jahre		60 Jahre und älter	
		absolut	in %		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1951	1.109.335			65	279.462	25,2%	671.142	60,5%	158.731	14,3%
1961	1.137.865	28.530	2,6%	71	283.286	24,9%	667.165	58,6%	187.414	16,5%
2000	1.202.774	64.909	5,7%	61	192.631	16,0%	748.060	62,2%	262.083	21,8%
2010	1.182.411	-20.363	-1,7%	61	157.824	13,3%	732.259	61,9%	292.328	24,7%
2020	1.157.407	-25.004	-2,1%	72	148.939	12,9%	672.334	58,1%	336.134	29,0%
2030	1.120.850	-36.557	-3,2%	96	139.535	12,4%	571.868	51,0%	409.447	36,5%
2040	1.062.139	-58.711	-5,2%	105	122.336	11,5%	519.151	48,9%	420.652	39,6%
2050	982.868	-79.271	-7,5%	109	113.474	11,5%	470.005	47,8%	399.389	40,6%
<b>2000 – 2050</b>		<b>-219.906</b>	<b>-18,3%</b>							

\*Kinder bis 14 und Senioren ab 60 auf je 100 15- bis 59-Jährige  
Quellen: Statistik Österreich, Volkszählung 1991; Landesstatistik, Einwohnererhebung 1.1.1999



## Prognose der Bevölkerungsentwicklung und Belastungsquote



n Abbildung 8

Prognose der Bevölkerungsentwicklung und Belastungsquote

Steiermark  
1951 – 2050

# 044

WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Region

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 04

## Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region

Seite

**040** Die Lebenserwartung in Europa

**042** Die Lebensqualität im internationalen Vergleich

**046** Mortalität in der Europäischen Union

**048** Krankenhausaufenthalte in  
westeuropäischen Ländern

Die Weltgesundheitsorganisation umfasst in der Europäischen Region 51 Mitgliedstaaten und 870 Millionen Menschen. Das Gebiet erstreckt sich von Grönland im Norden bis zum Mittelmeer im Süden und den Pazifikküsten der Russischen Föderation im Osten. Darunter sind einige der reichsten Staaten der Welt, aber auch andere, die extrem arm sind. Seit 1980 sind diese Länder, zu denen auch Österreich zählt, trotz ihrer vielfältigen Unterschiede zusammengekommen und haben sich auf

einen gemeinsamen Rahmen für die gesundheitliche Entwicklung verständigt. Basis für die Umsetzung des vorrangigen Zieles, nämlich ein gleiches Recht auf Gesundheit für alle, sind praxisnahe durchführbare Programme auf lokaler Ebene. So stellt auch die Steiermark eine der vielen kleinen Keimzellen dar, die eine große Idee verfolgen, nämlich dass es zu den grenzüberschreitenden Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit zu erfreuen.

### Die Lebenserwartung in Europa

1996 variiert die Lebenserwartung in der Europäischen Region zwischen 66 Jahren im Osten und 78 Jahren im Norden. Der Unterschied in der Lebenserwartung in Österreich zum EU-Durchschnitt wurde in den vergangenen Jahren kleiner und beträgt 1996 nur mehr 0,4 Jahre.

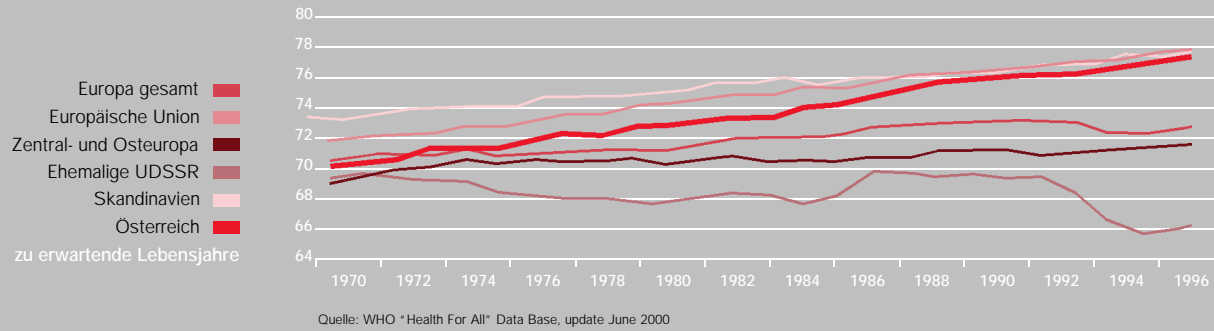
Die Lebenserwartung in der Steiermark ist kontinuierlich steigend. 1998 beträgt sie für Frauen 80,1 Jahre, für Männer 75 Jahre. Die Lebenserwartung in den westlichen Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten ist höher.

Die Lebenserwartung stellt seit jeher in der Gesundheitsberichterstattung ein Bruttokriterium für das Wohlergehen der Menschen dar. Sie gilt letztlich als Ausdruck eines weitgefassten Gesundheitsbegriffes, der sich über die Lebensspanne jedes Einzelnen zieht. Während in den westeuropäischen Industriestaaten ein kontinuierlicher Anstieg in der Lebenserwartung zu verzeichnen ist, ist dieser Zugewinn für die östlichen Regionen längst nicht so selbstverständlich. Die Gesundheit und als Produkt davon die Lebenserwartung ist dort am meisten beeinträchtigt, wo die Wirtschaftssysteme nicht in der Lage sind, jedem Bürger ein angemessenes Einkommen zu sichern, wo die sozialen Systeme zusammengebrochen sind und wo mit den natürlichen Ressourcen Raubbau getrieben wurde. In Osteuropa und in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, die einen wirtschaftlichen Umstellungsprozess durchmacht, hat sich die Lage in den letzten Jahren am stärksten verschlechtert. In der Lebenserwartung zeigt sich das deutlich am ausgeprägten West-Ost-Gefälle innerhalb der europäischen Region. Im Jahr 1996 stehen einer Lebenserwartung von durchschnittlich 66 Jahren in den ehemaligen Staaten der Sowjetunion 78 zu erwartende Lebensjahre in den skandinavischen Ländern gegenüber (Abb.1).

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich nahm zwischen 1970 und 1996 von 70 auf 77,4 Jahre zu. Die Werte lagen während dieses Zeitraumes stets unter dem mittleren Wert der 15 EU-Staaten. Der Abstand konnte jedoch in den letzten Jahren deutlich verkleinert werden. Während 1970 der Unterschied zum EU-Mittelwert noch 1,8 Jahre und zu den Skandinavischen Ländern sogar 3,5 Jahre betrug, lagen 1996 zwischen Österreich und beiden Vergleichsregionen nur mehr 0,4 Jahre Differenz in der Lebenserwartung.

Auch innerhalb Österreichs macht sich der den Industrieländern entsprechende zunehmende Trend in der Lebenserwartung für beide Geschlechter bemerkbar. 1998 können die steirischen Frauen bei Geburt mit durchschnittlich 80,1 Lebensjahren rechnen, das sind um 2 Jahre mehr als 1990. Für die steirischen Männer sind es im Jahr 1998 75 zu erwartende Lebensjahre, das entspricht einer Zunahme in der Lebenserwartung um immerhin 2,6 Jahre seit 1990, wo es noch 72,4 Jahre waren. Im Bundesländervergleich ist ein West-Ost-Gefälle bemerkbar. Die Lebenserwartung liegt sowohl für die Steirerinnen als auch für die Steirer im österreichischen Mittelfeld. Eine kontinuierlich höhere Lebenserwartung haben die Österreicher in Vorarlberg, Tirol und in Salzburg (Abb.2 und Abb.3).

## Die Lebenserwartung im Europavergleich

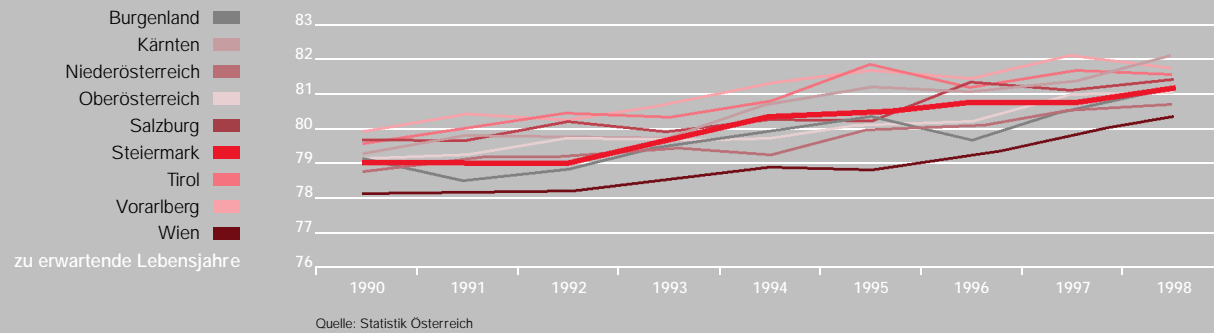


n Abbildung 1

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt

Europavergleich 1970 – 1996

## Die Lebenserwartung für Frauen im Bundesländervergleich

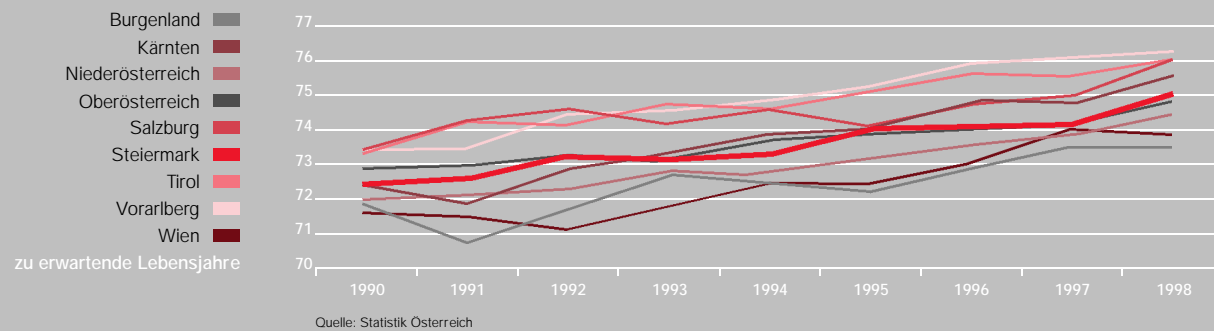


n Abbildung 2

Mittlere Lebenserwartung für Mädchen bei der Geburt

nach Bundesland 1990 – 1998

## Die Lebenserwartung für Männer im Bundesländervergleich



n Abbildung 3

Mittlere Lebenserwartung für Buben bei der Geburt

nach Bundesland 1990 – 1998

## Die Lebensqualität im internationalen Vergleich

Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung gewinnen in der Bewertung von Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Im Herbst 1999 bewerten 83 Prozent der steirischen Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als "ausgezeichnet", "sehr gut" oder "gut". Das ist ein höherer Prozentsatz als in vergleichbaren Befragungen anderer Länder.

Eine differenziertere Analyse zeigt, dass die psychische Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung gegenüber anderen Industrieländern im mittleren Bereich liegt.

Die körperliche Befindlichkeit der Steirerinnen und Steirer schneidet im internationalen Vergleich relativ schlecht ab.

Mit zunehmender Lebenserwartung stellt sich auch schnell die Frage nach der Lebensqualität, da es doch nicht unser alleiniges Ziel sein kann, möglichst alt zu werden, ohne diese Lebensspanne auch inhaltlich zu besetzen. Während in den vergangenen Jahren Gesundheit hauptsächlich über Todesursachen und Krankheitsereignisse "negativ" beschrieben wurde, gewinnen die Ergebnisse aus der Lebensqualitätsforschung zunehmend an Bedeutung. Sie integrieren viel mehr als bisher die maßgebenden psychosozialen Einflüsse auf die individuelle Zufriedenheit. Die zwischen Geburt und Tod liegende Gesundheit ist viel subjektiver, als dies herkömmliche Krankheitsdefinitionen beschreiben können. Todesursachen- und Krankenhausstatistiken können den Gesundheitszustand der Bevölkerung nur unzureichend definieren.

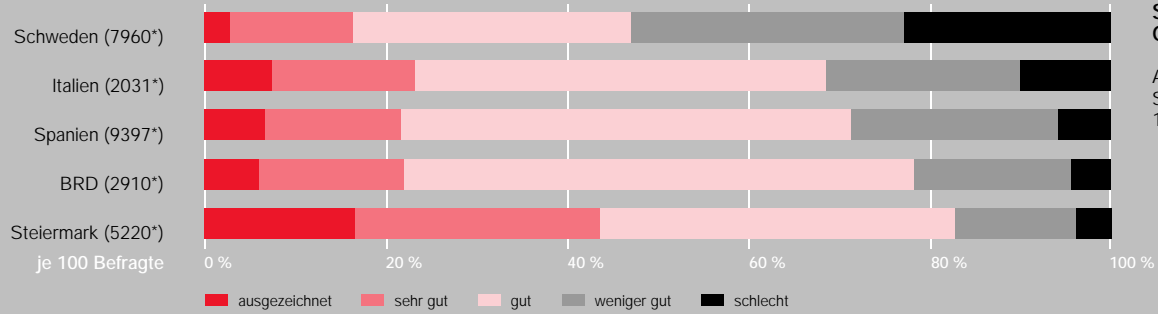
Eine eher allgemeine Messlatte zur Beurteilung der Lebensqualität ist die Frage nach der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, wie sie in den meisten Gesundheits-Surveys gestellt wird. So auch im Herbst 1999, als in der Steiermark 5222 Personen zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden. Da in den Interviews ein international standardisierter Fragebogen eingesetzt wurde, kann ein internationaler Vergleich gezogen werden: 83 Prozent der Steirerinnen und Steirer bewerten ihren Gesundheitszustand positiv, also "ausgezeichnet", "sehr gut" oder "gut". Das ist ein höherer Prozentsatz als in vergleichbaren Befragungen in Schweden, Italien, Spanien oder der Bundesrepublik Deutschland (Abb.4). Ergebnisse aus anderen Befragungen, die in der Steiermark zuvor durchgeführt wurden, sind nicht direkt vergleichbar, zumal die Fragestellung jeweils unterschiedlich formuliert ist. Eine aus diesen früheren Befragungen abgeleitete positive Beurteilung des Gesundheitszustandes der steirischen Bevölkerung schwankt zwischen 79 und 89 Prozent

(Abb.5). Der Anteil der steirischen Bevölkerung, der in der Mikrozensus-Befragung 1983 seinen Gesundheitszustand als "gut" oder "sehr gut" einschätzte, lag bei 66 Prozent. Die gleiche Befragung 8 Jahre später liefert unveränderte Ergebnisse. Es können keine regionalen Unterschiede innerhalb der Steiermark festgestellt werden.

In den letzten Jahren international wissenschaftlich etablierte Methoden erlauben eine präzisere, differenziertere und verlässlichere Betrachtung von Merkmalen der Lebensqualität. Sie waren in erster Linie Grundlage der im Herbst 1999 durchgeführten Gesundheitsbefragung. Die in zwei Summenskalen übersetzten Ergebnisse von zwölf Einzelfragen lassen die Unterscheidung zwischen psychischer und körperlicher Befindlichkeit zu, und ermöglichen auch einen internationalen Vergleich zu anderen Industrieländern, in denen analoge Befragungen durchgeführt wurden. Ganz im Gegensatz zur Frage nach der allgemeinen subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes, schneidet die körperliche Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung im internationalen Vergleich relativ schlecht ab (Abb.6). Für den nicht institutionell betreuten Teil der Bevölkerung, d.h. jene Menschen, die nicht in Krankenhäusern oder Pflegeheimen stationär betreut werden, sollte es Ziel sein, auf der 100-teiligen körperlichen Summenskala 50 Punkte und mehr zu erreichen. Die Ergebnisse für die steirische Bevölkerung im Herbst 1999 liegen bei 49,2 Punkten. Das ergibt einen Unterschied von 2 Punkten gegenüber Italien oder Frankreich, welche in diesem Vergleich mit 51,2 Punkten die besten Ergebnisse erzielen. Allerdings waren die Methoden der Befragung in den verschiedenen Ländern unterschiedlich. In der Steiermark war es ein sehr persönliches Interview, in anderen Ländern sind auch anonymere Telefonbefragungen oder schriftliche Erhebungen eingesetzt worden.

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes im internationalen Vergleich

n Abbildung 4



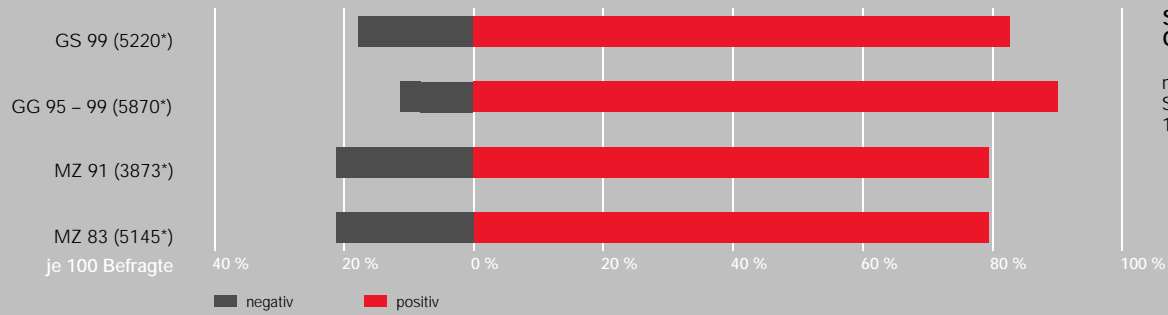
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Ausgewählte Länder und die Steiermark 1999

\* Stichprobengröße  
Quellen: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999; Quali-Team BRD

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes im Quellenvergleich

n Abbildung 5



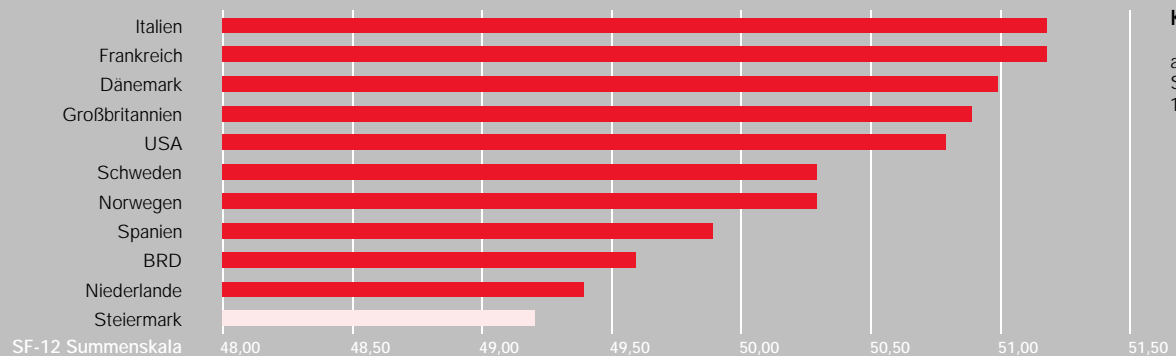
Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

nach Quellenangabe Steiermark 1983 - 1999

\* Stichprobengröße  
Quellen: MZ 83: Mikrozensus 1983 "Fragen zur Gesundheit", Statistik Österreich  
MZ 91: Mikrozensus 1991 "Fragen zur Gesundheit", Statistik Österreich  
GG 95 - 99: Befragung "Gesunden Gemeinden", Institut für Sozialmedizin Graz  
GS 99: Steirische Gesundheitsbefragung 1999, Land Steiermark

Die körperliche Befindlichkeit im internationalen Vergleich

n Abbildung 6



Körperliche Befindlichkeit

ausgewählte Länder und Steiermark 1999

Quellen: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999; J Clin Epidemiol 1998; 51(11): 1171 - 1178

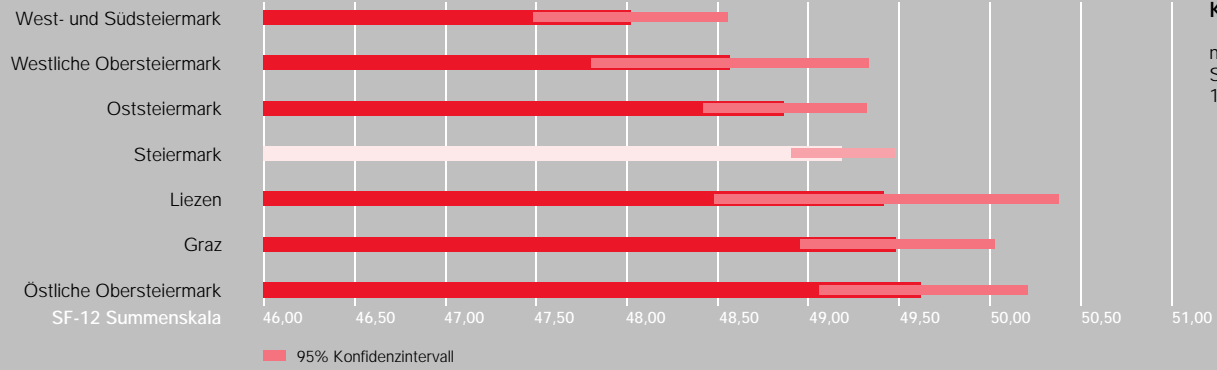
Innerhalb der Steiermark erreicht die Östliche Obersteiermark sowohl auf der Körperlichen als auch auf der Psychischen Summenskala Bestwerte. Die körperliche Befindlichkeit der west- und südsteirischen Bevölkerung liegt deutlich unter dem steirischen Durchschnitt. In der Beurteilung der psychischen Befindlichkeit schneidet die Region Liezen am schlechtesten ab.

Innerhalb der Steiermark, wo alle Personen auf dieselbe Art befragt wurden, belaufen sich die Unterschiede in der körperlichen Befindlichkeit auf 1,6 Punkte. 48 berechnete Punkte für die Bevölkerung der West- und Südsteiermark liegen deutlich unter dem steirischen Durchschnitt und unterscheiden sich wesentlich von den Punktwerten für Graz und denen für die Östliche Obersteiermark, welche mit 49,6 Punkten in dieser Befragung die besten Ergebnisse erzielte (Abb.7). Mit den Ergebnissen auf der 100-teiligen Psychischen Summenskala liegt die Steiermark im Vergleich zu anderen Industrieländern mit 51,4 Punkten im Mittelfeld (Abb.8). Der Unterschied zum höchsten Wert, der für Schweden angegeben wird, beträgt 1,5 Punkte. Das entspricht im übertragenen Sinne dem Unterschied in der

psychischen Befindlichkeit zweier Menschengruppen, von denen die eine an Rückenschmerzen bzw. Ischias leidet, die andere nicht. Italien und Frankreich schneiden in diesem Vergleich interessanterweise am schlechtesten ab, während es in der körperlichen Befindlichkeit genau umgekehrt der Fall war. Die Besserstellung der steirischen Ergebnisse gegenüber Italien beträgt 3,6 Punkte. Auf regionaler Ebene schneidet die Östliche Obersteiermark auch in diesem Vergleich mit 52 Punkten am besten ab. Die Ergebnisse von Liezen und der Oststeiermark liegen mit 50,3 bzw. 50,8 Punkten statistisch signifikant darunter (Abb.9). Sämtliche Werte der Befragung wurden für die Unterschiede infolge von Alter, Geschlecht, Selbst- oder Fremdbefragung und Interviewer korrigiert.



## Die körperliche Befindlichkeit im regionalen Vergleich



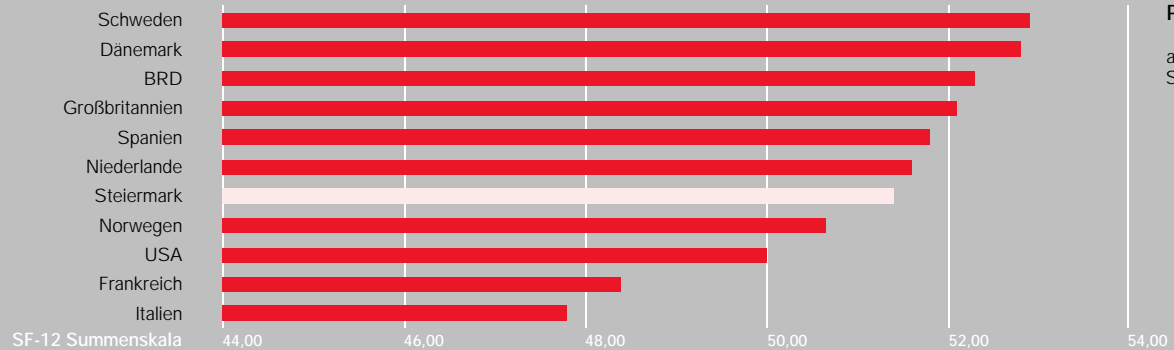
Quelle: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

n Abbildung 7

### Körperliche Befindlichkeit

nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1999

## Die psychische Befindlichkeit im internationalen Vergleich



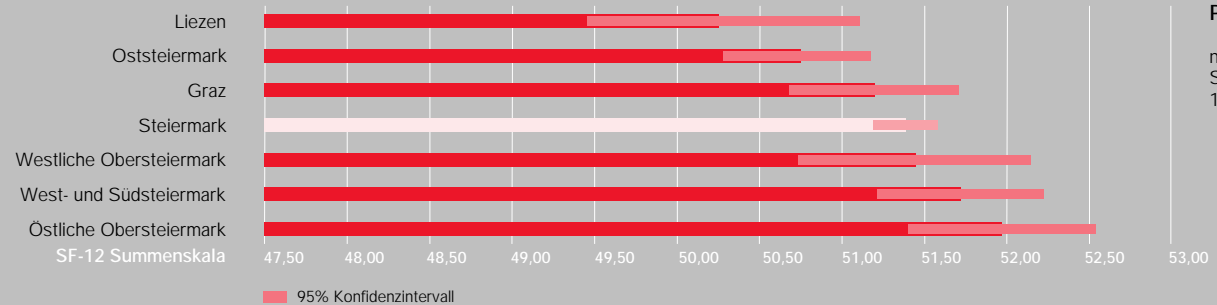
Quellen: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999; J Clin Epidemiol 1998; 51(11): 1171 - 1178

n Abbildung 8

### Psychische Befindlichkeit

ausgewählte Länder und die  
Steiermark

## Die psychische Befindlichkeit im regionalen Vergleich



Quelle: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

n Abbildung 9

### Psychische Befindlichkeit

nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1999

## Mortalität in der Europäischen Union

Erkrankungen der Atmungsorgane sind in der Steiermark seltener Todesursache als in den Ländern der Europäischen Union. Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in der Steiermark höher als in den meisten EU-Staaten. Die Steiermark hat im westeuropäischen Vergleich Spitzenreiterposition in der Sterblichkeit infolge von Krankheiten der Verdauungsorgane.

Eine vollständig geführte Todesursachenstatistik ist ein Kriterium für die Beurteilung des Entwicklungsstandes eines Landes. Was für die Staaten der Ersten Welt als selbstverständlich genommen wird, nämlich dass jeder Todesfall entsprechend einer internationalen Klassifikation nach seiner Todesursache registriert wird, ist für Entwicklungsländer längst nicht der Fall. Die Vollerfassung der Todesursachen ist jedoch Voraussetzung für eine verlässliche Vergleichbarkeit unter den Nationen.

In den Ländern der westlichen Welt ist die häufigste dem Tode zugrunde liegende Ursache eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, gefolgt von bösartigen Neubildungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Unfällen und Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Innerhalb der 15 Länder der Europäischen Union bestehen beträchtliche Unterschiede in den ursachenspezifischen Sterberaten. Ziel soll es sein, durch Verbesserung der Situation die Variationsbreite zu schmälern.

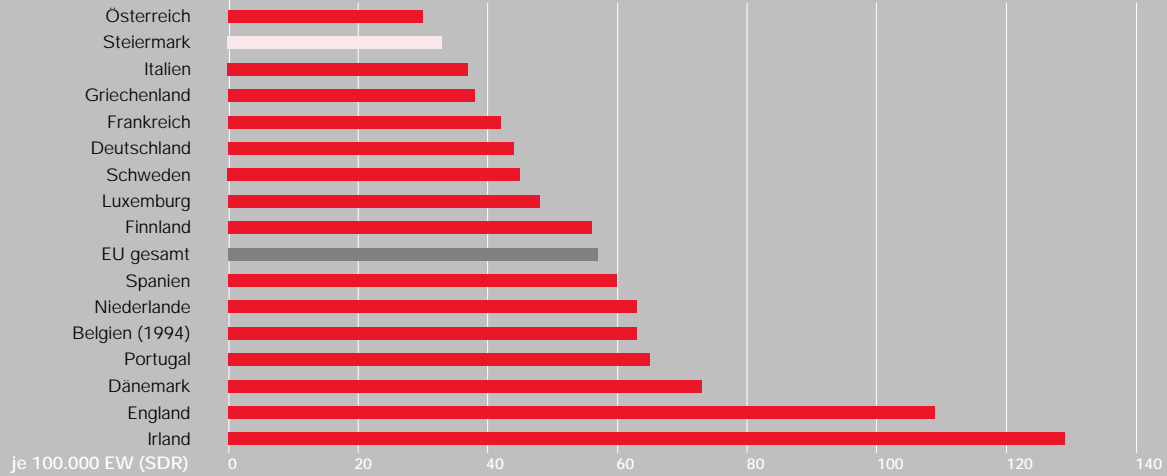
Erkrankungen der Atmungsorgane stellen in der Steiermark zwar etwas häufiger die Todesursache dar als in Gesamtösterreich, im Vergleich zu den anderen EU-Staaten sind die Todesraten in dieser Krankheitsgruppe jedoch die niedrigsten.

Auf 100.000 Steirerinnen und Steirer kommen 33 Todesfälle infolge von Atemwegserkrankungen, in Irland sind es 129, also etwa viermal so viele (Abb.10).

Die Mortalität infolge der großgefächerten Krankheitsgruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt in der Steiermark etwas unter dem österreichischen Durchschnitt, aber übertrifft entsprechend dem Vergleich aus dem Jahr 1995 mit Ausnahme von Irland alle anderen Länder der Europäischen Union. 1995 starben in der Steiermark etwa 360 Menschen pro 100.000 Einwohner infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in Frankreich waren es rund 180, also die Hälfte (Abb.11). Andere Vergleiche im letzten Jahrzehnt zeigen eine ähnliche Situation.

Die Steiermark stellt die unerfreuliche Spitzenreiterposition in der Mortalität infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane. Wenngleich die fünftgerühete Todesursache aller Sterbefälle, so sind 1995 immerhin 42 Sterbefälle je 100.000 steirische Einwohner auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen, während es in Griechenland nur 18 sind (Abb.12). Die vergleichbare Durchschnittsrate in den Ländern der Europäischen Union beträgt 33. Die Poleposition der Steiermark bestätigt sich auch in anderen Vergleichen der 90er Jahre.

## Die Sterblichkeit infolge von Atemwegserkrankungen im EU-Vergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: VIII, 460 – 519)

n Abbildung 10

### Atemwegserkrankungen

Mortalität  
EU-Vergleich  
1995

## Die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im EU-Vergleich



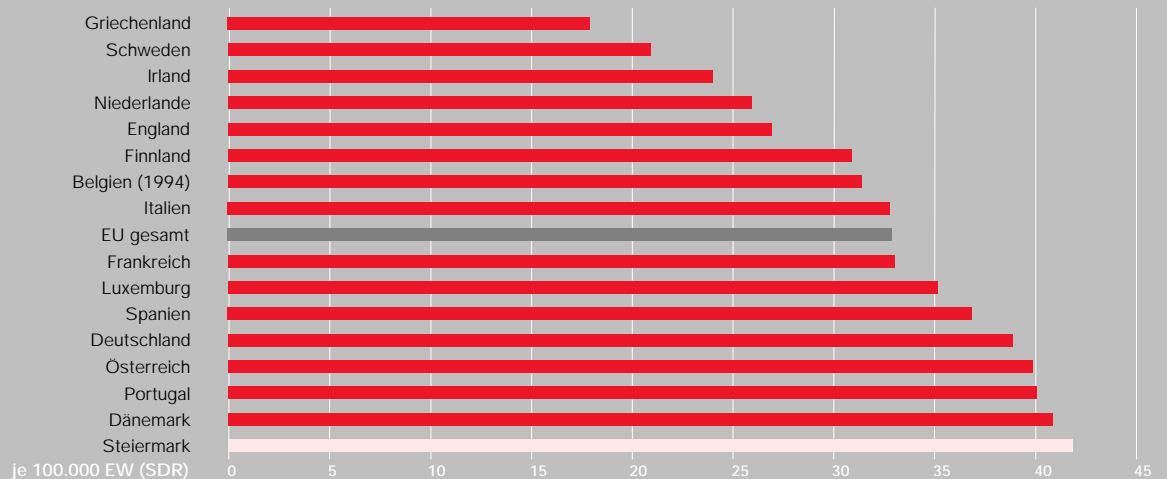
Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: VII, 390 – 459)

n Abbildung 11

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Mortalität  
EU-Vergleich  
1995

## Die Sterblichkeit infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane im EU-Vergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: IX, 520 – 579)

n Abbildung 12

### Erkrankungen der Verdauungsorgane

Mortalität  
EU-Vergleich  
1995

## Krankenhausaufenthalte in westeuropäischen Ländern

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Verdauungsorgane und der Bewegungsorgane führen in der Steiermark zu mehr stationären Aufenthalten als in anderen westeuropäischen Ländern.

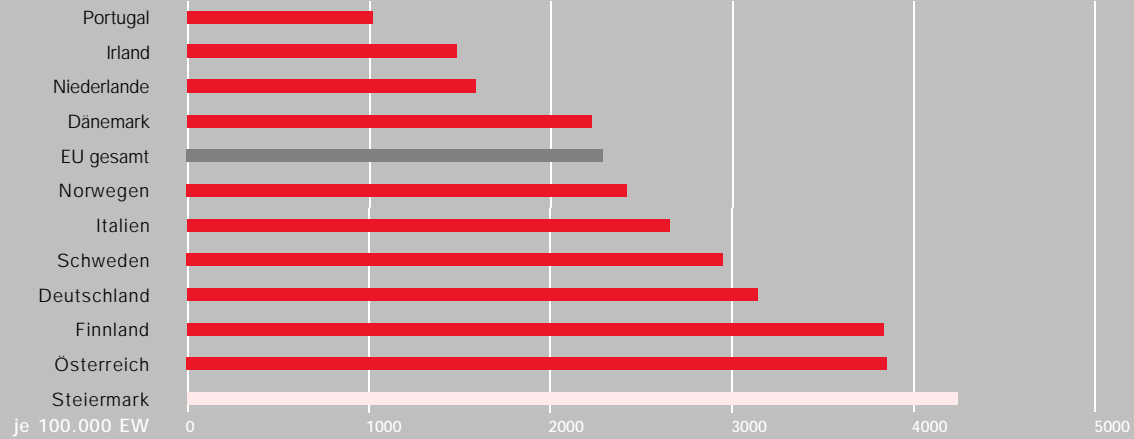
Krankenhausaufenthalte, wie sie der Krankenhausentlassungsstatistik zu entnehmen sind, spiegeln weniger den Gesundheitszustand der Bevölkerung wider als das Krankheitsversorgungssystem, in dem eine Bevölkerung lebt. Nichtsdestotrotz bleibt der stationäre Aufenthalt für den Einzelnen ein einschneidendes und nach Möglichkeit vermeidbares Schicksal. Krankenhausaufenthalte stellen für die Gesamtheit eine kostenintensive Krankenbetreuung dar und es gilt zu überlegen, durch welche qualitativ gleichwertigen Versorgungseinrichtungen im ambulanten Bereich sie ersetzt werden können.

In den vergangenen Jahren wurden in der Steiermark jährlich über 300.000 stationär behandelte Patienten gezählt. Die Zahl ist steigend. Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind nicht nur die häufigste Ursache der Krankenhausaufenthalte, sondern weisen auch die längste Verweildauer auf. 1998 wurden rund 53.000 stationäre Aufenthalte infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Steiermark verzeichnet, das entspricht einer Jahresrate von über 4200 je 100.000 Einwohner.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 14,9 Tage. Verglichen mit den Ländern der Europäischen Union liegt die Steiermark damit im Spitzenfeld der stationär behandelten Patienten (Abb.13).

Nicht viel anders ist die Situation für stationäre Aufenthalte infolge anderer häufiger Krankheitsursachen. Beispielsweise führt die Steiermark im EU-Vergleich im Jahr 1997 die Krankenhausentlassungsstatistik auch für Erkrankungen der Verdauungsorgane und Krankheiten der Bewegungsorgane an (Abb.14 und 15). Im Vergleich auffallend sind die niedrigen Raten in den Niederlanden und in Portugal. Erkrankungen der Verdauungsorgane sind in der Steiermark etwa dreimal sooft Grund eines stationären Aufenthaltes wie in den Niederlanden. Für Erkrankungen der Atmungsorgane ist ein stationärer Aufenthalt in der Steiermark etwa viermal so häufig wie in Portugal, bei Krankheiten der Bewegungsorgane steigt der Unterschied zwischen diesen beiden Regionen sogar um ein Zehnfaches.

## Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Europa-Vergleich



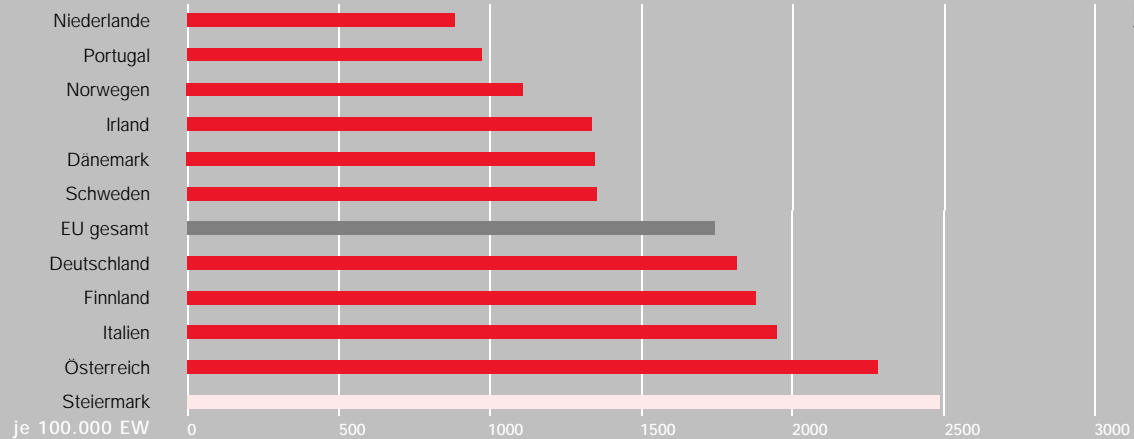
Quellen: WHO\* Health For All\* Data Base, update June 2000; Statistik Österreich (ICD-9: VII, 390 – 459)

n Abbildung 13

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Krankenhausentlassungen  
Europa-Vergleich  
1997

## Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane im Europa-Vergleich



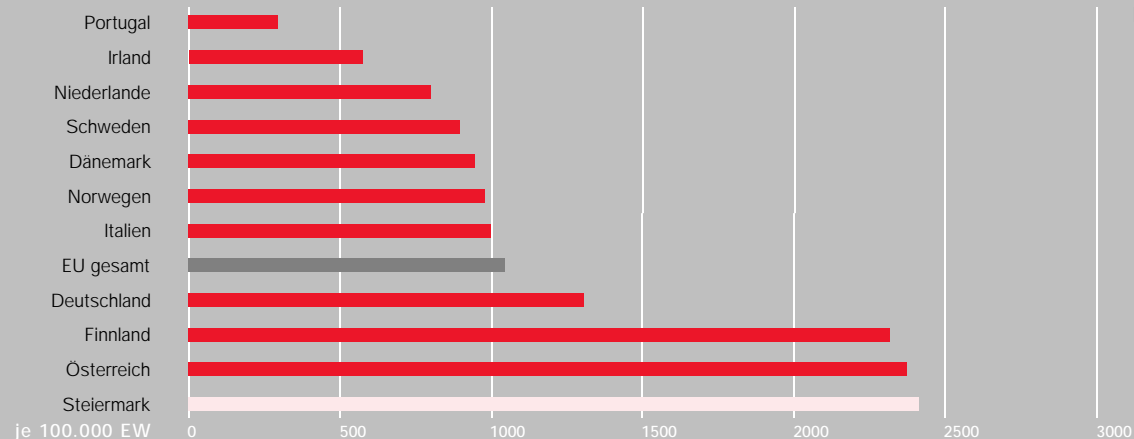
Quellen: WHO\* Health For All\* Data Base, update June 2000; Statistik Österreich (ICD-9: IX, 520 – 579)

n Abbildung 14

### Erkrankungen der Verdauungsorgane

Krankenhausentlassungen  
Europa-Vergleich  
1997

## Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen der Bewegungsorgane im Europa-Vergleich



Quellen: WHO\* Health For All\* Data Base, update June 2000; Statistik Österreich (ICD-9: XIII, 710 – 739)

n Abbildung 15

### Erkrankungen der Bewegungsorgane

Krankenhausentlassungen  
Europa-Vergleich  
1997

# 05

WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

## Kapitel 05 Ein gesunder Lebensanfang

Seite

**052** Säuglingssterblichkeit

**054** Geburtsgewicht

**056** Teenager-Geburten

**058** Fehlbildungen

Das erste Lebensjahr ist von ausschlaggebender Bedeutung für eine gesunde physische und psychische Entwicklung und für die Erhaltung der Gesundheit in späteren Lebensphasen. Nicht nur Sicherheitsnetze sondern auch Sprungbretter kompensieren einen benachteiligten Start ins Leben.

Wichtige Grundlagen für die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter werden durch die genetische Veranlagung, in der pränatalen Lebensphase sowie in der frühen Kindheit gelegt. Ungünstige soziale Verhältnisse und das Fehlen von emotionaler Zuwendung im frühen Kindesalter können sich nachteilig auf die körperliche und soziale Entwicklung des Kindes auswirken und seine Bildungschancen vermindern. Damit vergrößert sich das Risiko schlechter physischer und psychischer Gesundheit. Außerdem kann die körperliche, intellektuelle und emotionale Weiterentwicklung im Erwachsenenalter beeinträchtigt werden. Das erste Lebensjahr ist von ausschlaggebender Bedeutung für eine gesunde physische und psychische Entwicklung und für die Erhaltung der Gesundheit in späteren Lebensphasen. Für Kinder, die in benachteiligten häuslichen und familiären Verhältnissen auf-

wachsen, besteht ein höheres Risiko, dass ihr Wachstum und ihre Entwicklung langsamer verlaufen. Da frühzeitige Investitionen in die Gesundheit einen benachteiligten Start ins Leben kompensieren und später Früchte tragen können, muss in der Politik dafür gesorgt werden, dass nicht nur Sicherheitsnetze zur Verfügung stehen, sondern auch Förderungen, um eine frühe Benachteiligung zu kompensieren. Es ist Aufgabe der Politik, die Voraussetzungen für ein stützendes Umfeld zu schaffen, in dem Kinder erwünscht und Eltern befähigt sind, ihre Rolle zu übernehmen. Eltern müssen die Mittel und die Befähigung haben, ihre Kinder aufzuziehen und für sie in einem sozialen Umfeld zu sorgen, das die Rechte des Kindes schützt. Die Gemeinschaft ist für die Schaffung einer kinderfreundlichen Umwelt und gesundheitsfördernder Einrichtungen für Kinder verantwortlich.

### Säuglingssterblichkeit

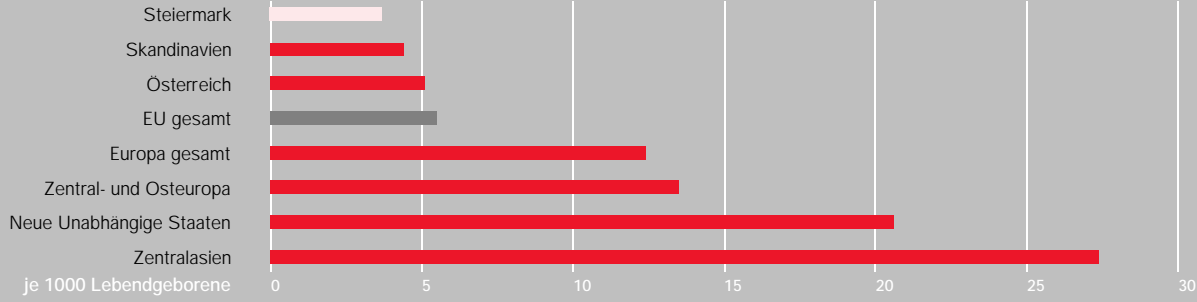
Die Säuglingssterblichkeit in der Steiermark unterbietet erfreulicherweise nicht nur den österreichischen Durchschnittswert sondern auch den europäischen Bestwert der Skandinavischen Länder. 1995 war die Säuglingssterblichkeit in der Steiermark so niedrig wie noch nie.

In der Europäischen Region besteht keine Gleichheit in den Überlebenschancen von Kindern im ersten Lebensjahr. Während die meisten westeuropäischen Länder, so auch Österreich, in den letzten fünfzehn Jahren das Ziel auf nationaler Ebene, nämlich eine Reduzierung der Säuglingssterblichkeit auf unter 10 pro 1000 Lebendgeburten, erreicht haben, ist dies in den östlichen Regionen Europas längst nicht der Fall (Abb.1 und Abb.2). In den zur Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation zählenden Staaten Zentralasiens (Kasachstan, Usbekistan, Turkmenistan, Kirgistan und Tadschikistan) liegt die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr bei nahezu 28 Säuglingen je 1.000 Lebendgeburten. Auch in den neuen unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion liegt der Vergleichswert noch über 20. Erfreulich ist die niedrige Säuglingssterblichkeit in

der Steiermark, die im Vergleichsjahr 1996 mit 3,7 Todesfällen im ersten Lebensjahr auf 1.000 Lebendgeburten unter dem europäischen Bestwert der Skandinavischen Länder liegt. Seit Mitte der 80er Jahre liegen die jährlichen Raten der Totgeburten und der Säuglingssterblichkeit in der Steiermark unter dem gesamtösterreichischen Vergleichswert (Abb.2). Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen der Gesellschaft können anhand der vorliegenden Daten für die Steiermark nicht untersucht werden. Der über das vergangene Jahrhundert abnehmende Trend der Säuglingssterblichkeit gilt für alle Altersstufen innerhalb des ersten Lebensjahres (Abb.3). Tiefstwerte in der Steiermark wurden im Jahr 1995 erreicht. Seither ist eine gering steigende Tendenz für die perinatale Sterblichkeit, welche alle Totgeborenen und in der ersten Lebenswoche verstorbenen Kinder



Säuglingssterblichkeit im Europa-Vergleich



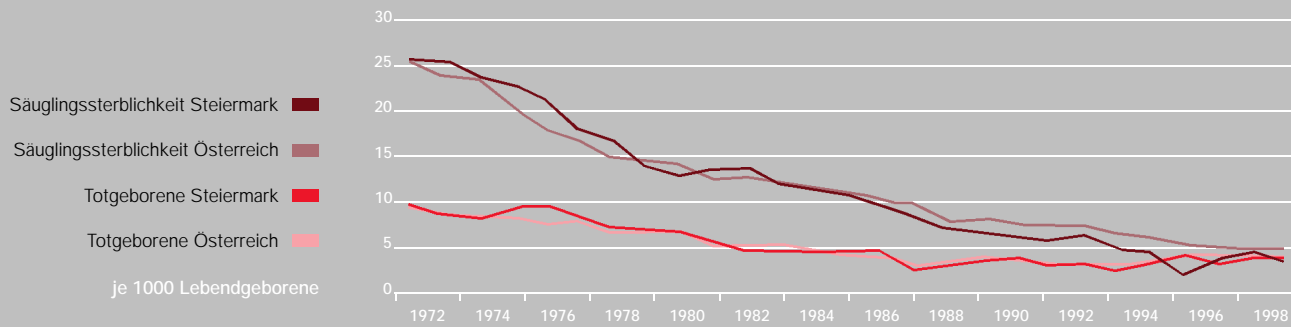
Quellen: WHO "HealthFor All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Sterblichkeit

n Abbildung 1

Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich

Mortalität im 1. Lebensjahr  
Europäische Regionen und die Steiermark  
1996

Säuglingssterblichkeit und Totgeburten in der Steiermark und in Österreich



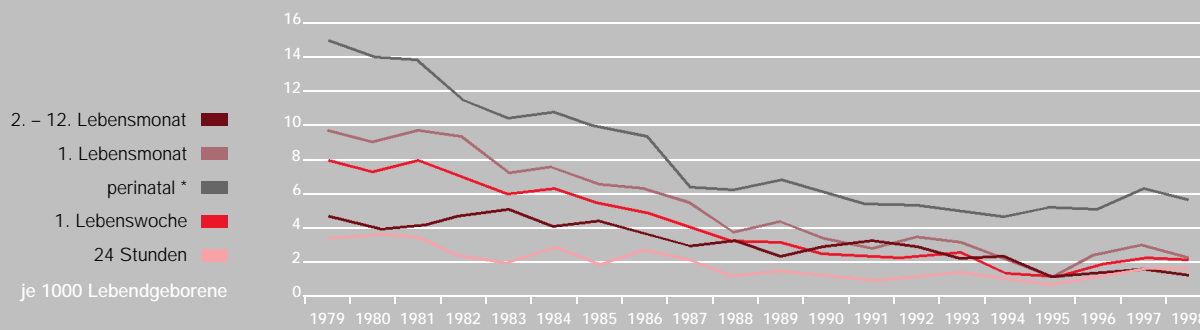
Quelle: Statistik Österreich, Geburten und Sterblichkeit

n Abbildung 2

Säuglingssterblichkeit und Totgeburten

Steiermark – Österreich  
1972 – 1998

Säuglingssterblichkeit in der Steiermark nach Lebensdauer



\* Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Verstorbene  
Quelle: Statistik Österreich, Geburten:

n Abbildung 3

Säuglingssterblichkeit

nach Lebensdauer  
Steiermark  
1979 – 1998

Seit 1995 ist eine gering steigende Tendenz in der Säuglingssterblichkeit zu beobachten.

beschreibt, zu verzeichnen. Gleiches gilt auch für die Sterblichkeit innerhalb der ersten 24 Stunden, innerhalb der ersten Lebenswoche, innerhalb des ersten Lebensmonats und innerhalb des ersten Lebensjahres. Entsprechend den niedrigen Raten

kann nicht sichergestellt werden, ob es sich tatsächlich um einen zunehmenden Trend oder eine Zufallsverteilung handelt, die Ergebnisse der kommenden Jahren sollten jedoch dahingehend genau beobachtet und untersucht werden.

## Geburtsgewicht

1998 beträgt der Anteil der lebend Neugeborenen mit zu niedrigem Geburtsgewicht in der Steiermark 6,3 Prozent. Der Prozentsatz der Neugeborenen mit zu niedrigem Geburtsgewicht ist niedriger als der Durchschnittswert der Europäischen Union und entspricht etwa dem gesamtösterreichischen Mittelwert. Unter Müttern mit Pflichtschulabschluss ist der Anteil statistisch signifikant höher als unter Frauen mit höherem Bildungsstand. Bestehende Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der Gesellschaft sollten deutlich verringert werden. Der Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 g soll laut WHO bis zum Jahr 2020 auf 5 % gesenkt werden.

Das Geburtsgewicht, das mit dem Einkommen, aber auch mit anderen Faktoren, wie etwa dem Rauchen zusammenhängt, ist ein Marker für den Deprivationsindex. Ein niedriges Geburtsgewicht ist Indiz für Deprivation und erhöhte Risikofaktoren. Auch im Vergleich mit anderen Kindern aus derselben sozialen Schicht ist ein niedriges Geburtsgewicht mit einem größeren Krankheitsrisiko bis ins spätere Erwachsenenalter verbunden. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und den sozialen Verhältnissen, unter denen ein Kind bis zum frühen Erwachsenenalter lebt, einschließlich der sozialen Zugehörigkeit zu einer beruflich bedingten sozialen Schicht im Erwachsenenalter.

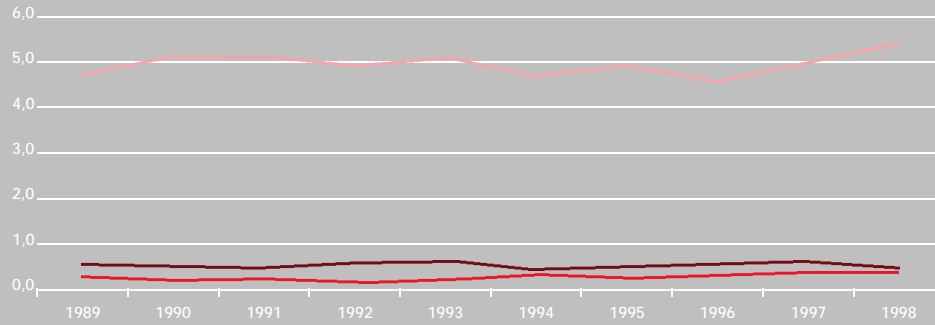
1998 wurden in der Steiermark 11.168 Mädchen und Buben lebend geboren. Wie in den Jahren zuvor wiesen gut 93 Prozent der lebend geborenen Kinder ein Geburtsgewicht im Normbereich auf, das zwischen 2.500 und 4.500 Gramm definiert ist. 3,7 Prozent waren Frühgeburten, das heißt es lag eine Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 Wochen und ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm vor. 701 oder 6,3 Prozent aller Säuglinge wiesen ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm auf. Von diesen Kindern hatten 41 oder 0,4 Prozent ein extrem niedriges Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm, 55 oder 0,5 Prozent ein sehr niedriges Geburtsgewicht zwischen 1.000 und 1.500 Gramm und 605 oder 5,4 Prozent ein zu niedriges Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 Gramm (Abb.4).

Trotz verbesserter Schwangerschaftsvorsorge und -betreuung ist die Rate der Säuglinge mit extrem und sehr niedrigem Geburtsgewicht über die letzten Jahre hinweg weitgehend konstant geblieben, der Gesamtanteil der lebend geborenen Kinder mit zu niedrigem Geburtsgewicht ist in den letzten Jahren etwas angestiegen.

Der Prozentsatz der in der Steiermark Neugeborenen mit einem zu niedrigen Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm liegt zwischen 1989 und 1995 unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union. Wesentlich höhere Raten weisen die Staaten Zentral- und Osteuropas auf, deutlich niedrigere Raten sind in den skandinavischen Ländern zu finden (Abb.5). In der Steiermark beträgt zwischen 1989 und 1998 die Jahresdurchschnittsrate für Säuglinge mit zu niedrigem Geburtsgewicht 5,8 Prozent. Das ist etwas mehr als der gesamtösterreichische Vergleichswert mit 5,7 Prozent (Abb.6). Den niedrigsten Anteil von niedriggewichtigen Neugeborenen weist in diesem Vergleich das Burgenland mit 4,9 Prozent auf, der höchste Wert von 6,5 Prozent steht für Wien geschrieben. Innerhalb der Steiermark zeigt der Anteil der niedriggewichtigen Neugeborenen einen eindeutigen Zusammenhang mit der Schulbildung der Mutter. Für Mütter, die lediglich die Pflichtschule absolviert haben, ist das Risiko, ein Kind mit zu niedrigem Geburtsgewicht zur Welt zu bringen, statistisch signifikant höher als für Mütter mit einem höheren Bildungsstand (Abb.7, Seite 57).

Geburten in der Steiermark mit zu niedrigem Geburtsgewicht

niedriges Geburtsgewicht  
(1.500 bis unter 2.500 g)  
sehr niedriges Geburtsgewicht  
(1.000 bis unter 1.500 g)  
extrem niedriges Geburtsgewicht  
(unter 1.000 g)  
je 100 Lebendgeborene (%)



Quelle: Statistik Österreich, Geburten und Sterblichkeit

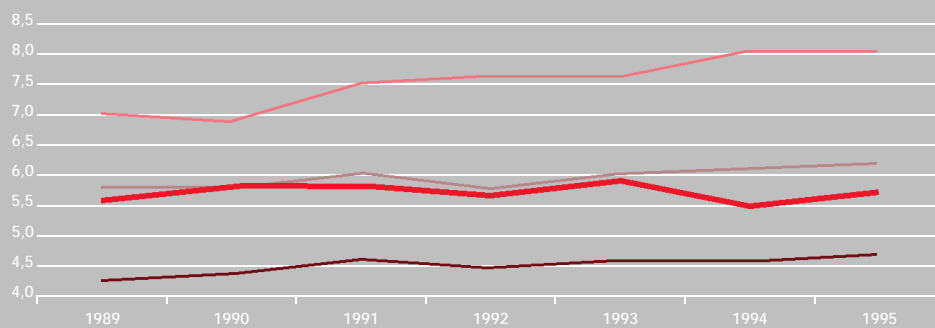
n Abbildung 4

Lebendgeburten unter 2.500 g

nach Geburtsgewicht  
Steiermark  
1989 – 1998

Geburten mit zu niedrigem Geburtsgewicht im Europa-Vergleich

Europäische Union  
Zentral- und Osteuropa  
Skandinavien  
Steiermark  
je 100 Lebendgeborene (%)



Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Geburten

n Abbildung 5

Geburtsgewicht unter 2.500 g

Anteil an den Lebendgeburten  
Europäische Region  
1989 – 1995

Geburtenanteil mit zu niedrigem Geburtsgewicht im Bundesländervergleich

Burgenland  
Oberösterreich  
Niederösterreich  
Vorarlberg  
Tirol  
Österreich  
Steiermark  
Salzburg  
Kärnten  
Wien  
je 100 Lebendgeborene (%) pro Jahr



Quelle: Statistik Österreich, Geburten

n Abbildung 6

Geburtsgewicht unter 2.500 g

Anteil an den Lebendgeburten  
Bundesländer  
1989 – 1998

Der Trend fällt mit zunehmendem Bildungsgrad. Die Jahresdurchschnittsrate zwischen 1994 und 1998 beträgt für Frauen mit Pflichtschulabschluss

6,9 Prozent, für Universitätsabgängerinnen hingegen nur 4,9 Prozent.

### Teenager-Geburten

Zwischen 1992 und 1998 sinkt die Zahl der Teenager-Geburten in der Steiermark von 5,6 Prozent auf 4,3 Prozent ab. Im Vergleichsjahr 1993 sind unter-20-jährige Mütter in der Steiermark noch häufiger als in den meisten Ländern der Europäischen Union, aktuellere Vergleiche sind entsprechend der Datenlage nicht möglich.

Die Häufigkeit von Schwangerschaften unter Teenagern sollte entsprechend den Zielen der Weltgesundheitsorganisation um ein Drittel reduziert werden.

Für die Steiermark gibt es keine verlässlichen Daten zum Schwangerschaftsabbruch.

Eine gesunde Geburt bildet die Grundlage für ein gesundes Leben. Die prä- und perinatale Versorgung kann einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, dass Mutter und Kind mit diesem zentralen Ereignis im Leben eines Menschen gut fertig werden. Schwangerschaft und Entbindung sind natürliche physiologische Prozesse – auch wenn dabei manchmal etwas schief läuft – und sollten von Gesundheitsfachkräften auch so verstanden werden. Je höher der Bildungsstand, je besser der Gesundheits- und Ernährungszustand einer Mutter und je höher ihr sozioökonomischer Lebensstandard und die Qualität der Gesundheitsversorgung, umso größer ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Schwangerschaft.

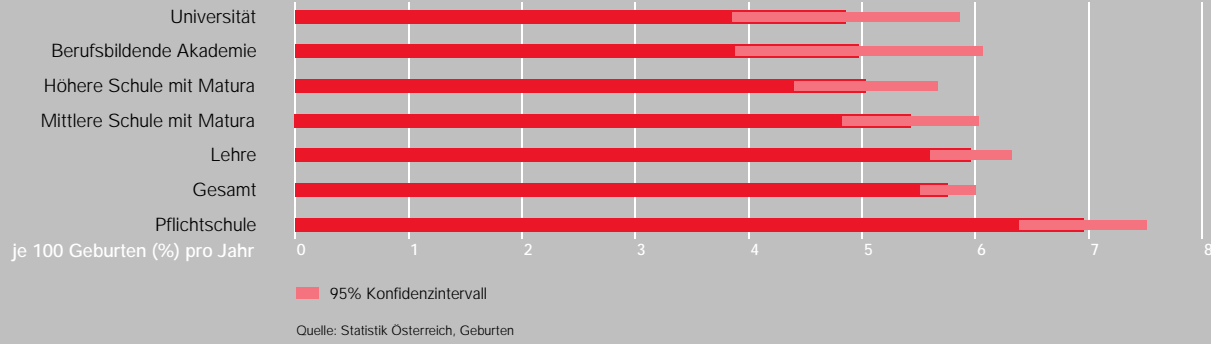
Die unerwünschte Schwangerschaft Minderjähriger ist trotz zunehmender sexueller Aufklärung kein seltenes Ereignis. Durch den Mangel an Informationen und Kenntnissen über Dinge, die mit der Sexualität, physischen Veränderungen und Funktionen sowie mit emotionalen Gefühlsäußerungen zu tun haben, werden junge Menschen in Lebenssituationen versetzt, von denen sie oftmals überfordert sind. Die unerwünschte Schwangerschaft Minderjähriger bedeutet nicht nur für die Mütter eine Irritation der gewöhnlichen Entwicklung, sondern stellt auch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für den Säugling dar.

Zwischen 1992 und 1998 sank die Zahl der Teenager-Geburten in der Steiermark von 5,6 Prozent auf 4,3 Prozent (Abb.8). Die Werte liegen knapp über den österreichischen Vergleichswerten. Ob die abnehmende Zahl tatsächlich als Erfolg betrachtet werden kann, ist ohne das Wissen um die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht zu beurteilen. Umfassende und verlässliche Angaben über die Zahl und die Beweggründe von Schwangerschaftsabbrüchen liegen für die Steiermark nicht vor. Es besteht zur Zeit keine Möglichkeit den "Ist-Zustand" unerwünschter Schwangerschaften in der Steiermark festzustellen.

Im Vergleichsjahr 1993 sind Teenager-Geburten in der Steiermark häufiger als in den meisten anderen Ländern der Europäischen Union (Abb.9). Während in der Steiermark 5,6 Prozent aller Geburten auf Mütter jünger als 20 Jahre fallen, sind es im selben Jahr in den Niederlanden nur 1,7 Prozent. Ein höherer Anteil an Teenager-Geburten wird in England und Portugal beschrieben.

Entsprechend den Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation sollten Schwangerschaften von Minderjährigen bis zum Jahr 2020 um ein Drittel reduziert werden.

Geburten mit zu niedrigem Geburtsgewicht

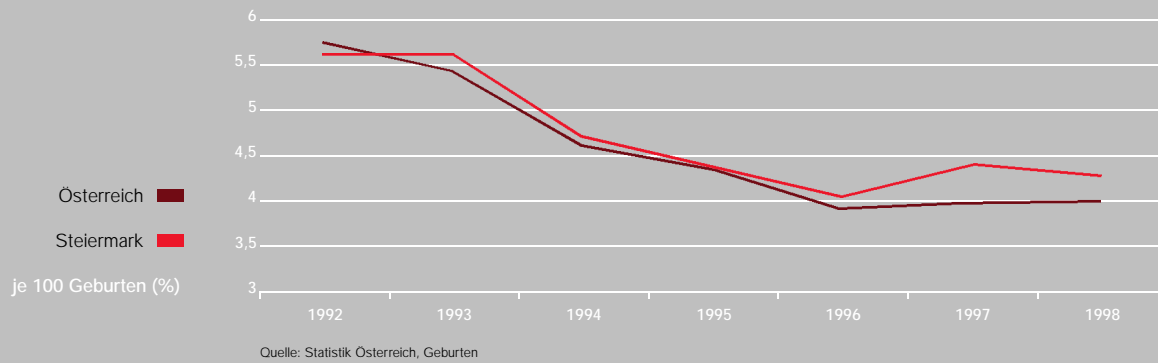


n Abbildung 7

Geburtsgewicht unter 2.500 g

nach Bildungsstand der Mutter  
Steiermark  
1994 – 1998

Teenager-Geburten in der Steiermark und in Österreich



n Abbildung 8

Teenager-Geburten

Alter der Mutter unter 20 Jahre  
Steiermark-Österreich  
1992 – 1998

Teenager-Geburten im EU-Vergleich



n Abbildung 9

Teenager-Geburten

Alter der Mutter unter 20 Jahre  
Länder der Europäischen Union  
1993

## Fehlbildungen

In der Steiermark sind jährlich rund 400 Schwangerschaften mit Fehlbildungen des Fetus unterschiedlichen Schweregrades verbunden. 1998 kamen 27 von 1.000 lebendgeborenen Kindern mit einer Fehlbildung zur Welt. Der Anteil von Säuglingen mit angeborenen Fehlbildungen hat seit 1993 deutlich abgenommen. Das Steirische Fehlbildungsregister gibt Auskunft über alle Kinder, die während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder innerhalb des ersten Lebensjahres eine angeborene Fehlbildung aufweisen. Ziel ist es, den Anteil der Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, zu erhöhen.

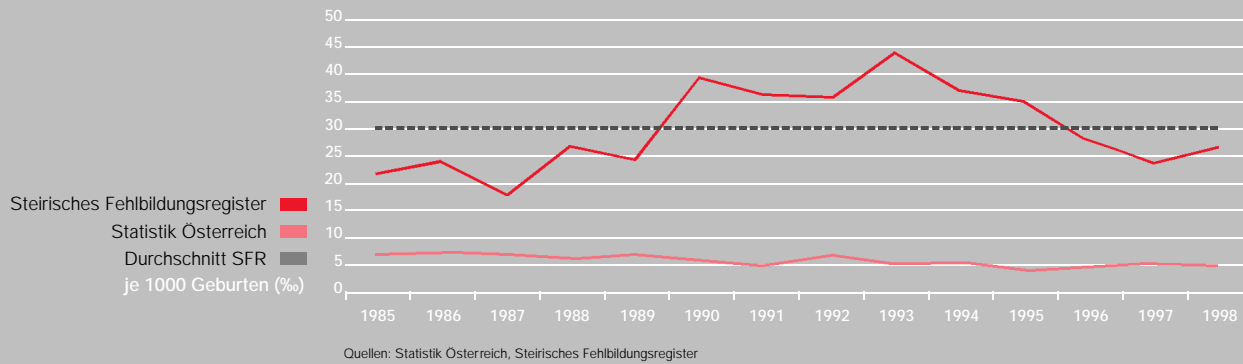
Genetische Beratung und Ernährungsberatung, ein Verzicht auf das Rauchen während der Schwangerschaft, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft (Mutter-Kind-Pass) und qualifizierte Schwangerenberatung tragen dazu bei, einem niedrigen Geburtsgewicht und angeborenen Fehlbildungen beim Kind vorzubeugen.

Entsprechend den Zielen der Weltgesundheitsorganisation sollte in allen Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeitsrate unter 10 pro 1.000 Lebensgeburten liegt, so auch in der Steiermark, der Anteil der Neugeborenen, die mit angeborenen Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, bis zum Jahr 2020 gesenkt werden. Zwischen 1985 und 1998 liegt der jahresdurchschnittliche Anteil der Kinder, die bei der Geburt eine erkennbare Fehlbildung aufweisen bei etwa 6 Promille, das heißt durchschnittlich 6 Säuglinge auf 1.000 Lebendgeburten sind davon betroffen. Der Trend ist von 6,7 Promille im Jahr 1985 auf 4,9 Promille im Jahr 1998 fallend. Entsprechend dem Steirischen Fehlbildungsregister liegt der Anteil der Säuglinge mit angeborenen Fehlbildungen wesentlich höher, nämlich bei durchschnittlich gut 30 Promille (Abb.10). Seit dem Jahr 1993 nimmt der Anteil von Säuglingen mit angeborenen Fehlbildungen kontinuierlich ab. Bei dem Register handelt es sich um eine regionale bevölkerungsbezogene Datenerhebung seit dem Jahr

1985. Im Unterschied zu den Angaben über die bei der Geburt erkennbaren Fehlbildungen, die an die Statistik Österreich weitergeleitet werden, umfasst das Steirische Fehlbildungsregister alle Kinder, die während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder innerhalb des ersten Lebensjahres angeborene Fehlbildungen aufweisen.

In der Steiermark werden jährlich rund 400 Kinder mit angeborenen Fehlbildungen geboren. Entsprechend den Fehlbildungen, die bei Geburt erkannt werden, nehmen Abnormitäten des Muskel- und Skelettsystems mit 40 Prozent den größten Anteil ein, gefolgt von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten mit 17 Prozent (Abb.11). Ein Großteil der Fehlbildungen macht sich jedoch erst im Laufe des ersten Lebensjahres bemerkbar. So liegt zum Beispiel zwischen 1985 und 1998 die jahresdurchschnittliche Zahl der bei der Geburt erkennbaren Herzfehler bei 6, bezogen auf das erste Lebensjahr steigt die Zahl auf 78 (Abb.12). Entsprechend der erweiterten Registrierung durch das Steirische Fehlbildungsregister werden im Durchschnitt in der Steiermark jährlich etwa 16 Kinder mit Down-Syndrom geboren, etwa 24 weisen eine Spaltbildung der Lippen, des Kiefers oder des Gaumens auf. Rund 80 der geborenen Kinder haben einen Herzfehler und gut 60 zeigen Fehlentwicklungen der harnableitenden Organe.

## Fehlbildungen in der Steiermark im Quellenvergleich

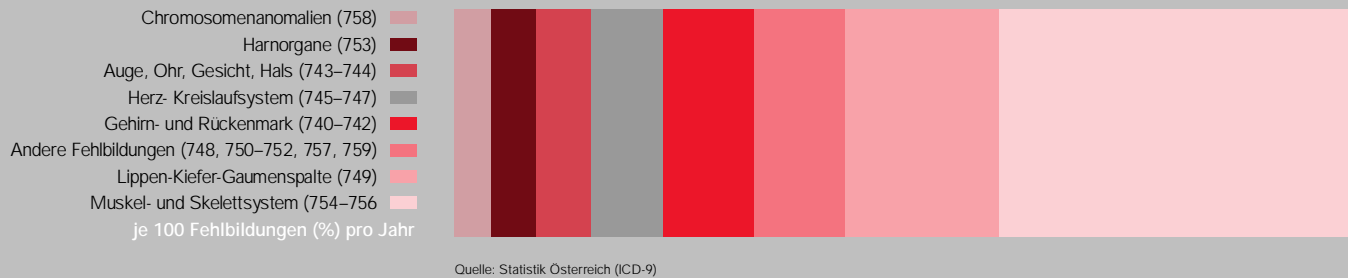


n Abbildung 10

### Fehlbildungen

nach Quellenangabe  
Steiermark  
1985 – 1998

## Verteilung der bei der Geburt erkennbaren Fehlbildungen

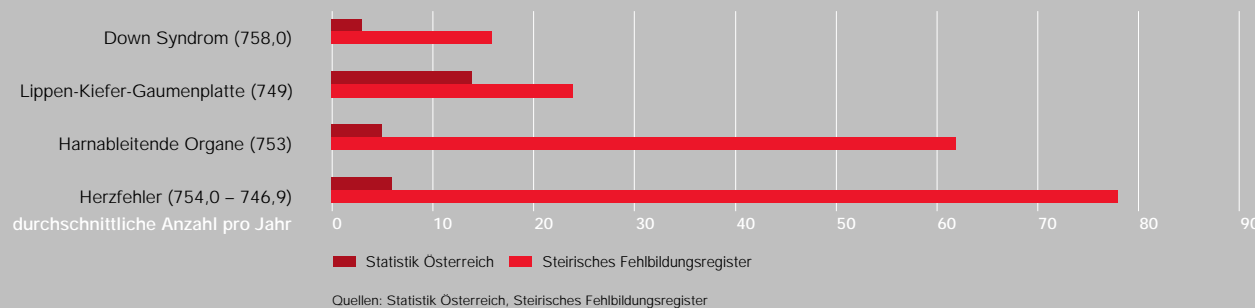


n Abbildung 11

### Verteilung der Fehlbildungen

bei der Geburt erkennbar  
nach Organsystem  
Steiermark  
1994 – 1998

## Häufigkeit einzelner Fehlbildungen in der Steiermark



n Abbildung 12

### Anzahl ausgewählter Fehlbildungen

nach Quellenangabe  
Steiermark  
1985 – 1998



WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit



Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesunder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

## Kapitel 06 Altern in Gesundheit

Seite

**062** Lebenserwartung im Alter

**064** Krankheit im Alter

**068** Lebensqualität im Alter

**070** Abhängigkeit im Alter

Die Erfordernisse und Wünsche alter Menschen in Bezug auf Wohnunterkunft, Einkommen und andere Faktoren, die ihre Autonomie und soziale Produktivität verbessern, sollen stärker berücksichtigt werden.

Systematisch geplante Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge während der gesamten Lebensspanne soll es den Menschen ermöglichen, bis ins Alter gesund zu bleiben. Soziale, Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten können zusammen mit körperlicher Betätigung die Gesundheit, das Selbstwertgefühl und die Unabhängigkeit älterer Menschen sowie ihren aktiven Beitrag zum Gesellschaftsleben erhöhen.

Innovative Programme zur Bewahrung der Körperkraft und zur Korrektur von Seh- und Hörschäden, sowie zur Linderung von Bewegungseinschränkungen bevor diese zur Abhängigkeit führen, sind ein besonders wichtiger Aspekt. Gesundheits- und Sozialdienste auf Gemeindeebene sollen häusliche Dienste zur Unterstützung alter Menschen im Alltagsleben sicherstellen.

### Lebenserwartung im Alter

In der Steiermark sind etwa 200.000 Menschen älter als 65 Jahre. Die Lebenserwartung der älteren Menschen in der Steiermark hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

Österreich gehört mit anderen westeuropäischen Ländern zu den Regionen, in denen der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung weltweit am höchsten ist. Wie bereits im Kapitel Demographie dargestellt sind rund 16,4 Prozent der steirischen Bevölkerung älter als 65 Jahre; in konkreten Zahlen ausgedrückt handelt es sich dabei um knapp 200.000 Steirerinnen und Steirer. In den nächsten 20 Jahren wird der Anteil dieser Altersgruppe noch erheblich größer werden, wobei die Gruppe der über-80-jährigen Menschen das stärkste Wachstum verzeichnen wird. Im Jahr 1998 betrug der Anteil der über-80-jährigen Menschen für Männer ein Sechstel und für Frauen gar ein Viertel, gemessen an der Gesamtpopulation der Über-65-jährigen (Abb.1). In den nächsten 30 Jahren wird sich dieser Anteil um mindestens 25 Prozent erhöhen, was in erster Linie auf die weiterhin zunehmende Lebenserwartung zurückzuführen ist. Allein zwischen 1990 und 1998 stieg in der Steiermark die Lebenserwartung für Frauen im Alter von 60 Jahren von 22 auf 23,6 noch zu erwartende Lebensjahre an, für Männer von 17,8

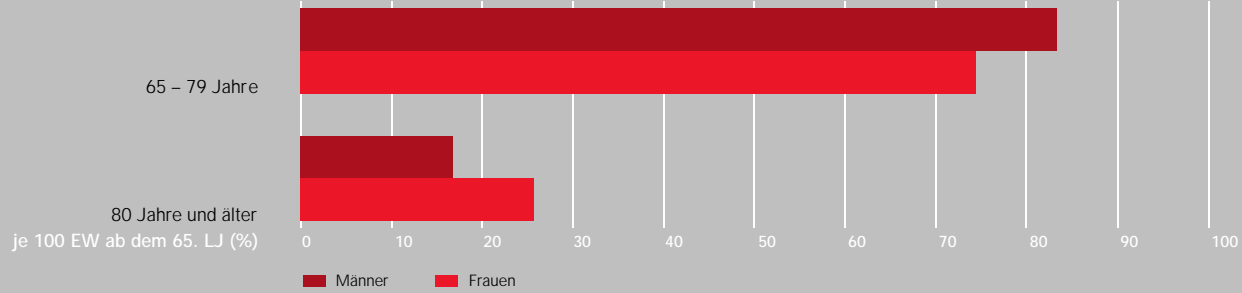
auf 19,5 (Abb.2). Innerhalb von 8 Jahren ist also ein Zugewinn von durchschnittlich 1,6 bzw. 1,7 Lebensjahren für die ältere Generation in der Steiermark zu verzeichnen. Entsprechend neuesten Ergebnissen aus der medizinischen Forschung ist das Plateau noch längst nicht erreicht und die Grenzen werden sich weiterhin nach oben verschieben.

Im Bundesländervergleich ist ein West-Ost-Gefälle in der Lebenserwartung zu beobachten. Ist das 60. Lebensjahr erreicht, können Steirerinnen mit weiteren 23,6, Steirer mit weiteren 19,5 Lebensjahren rechnen.

Im österreichischen Vergleich 1998 lehnt sich die Lebenserwartung der Steirerinnen und Steirer im Alter von 60 Jahren eng an den bundesweiten Durchschnitt (Abb.3). Die Vergleichswerte der westlichen Bundesländer zeigen für beide Geschlechter höhere Werte.

Dieses West-Ost-Gefälle ist auch für andere Vergleichsjahre zu beobachten. 1998 beträgt der Unterschied zwischen der Steiermark und Tirol, dem Bundesland mit der höchsten Lebenserwartung für die ältere Generation, für Frauen und Männer etwa 0,8 Jahre. Burgenland, Wien und Niederösterreich schneiden in diesem Vergleich schlechter als die Steiermark ab.

## Die Bevölkerungszusammensetzung ab dem 65. Lebensjahr



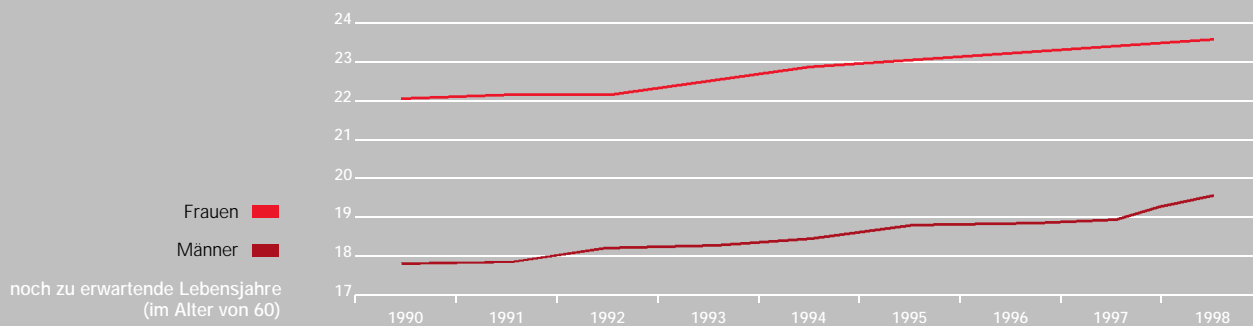
Quelle: Statistik Österreich, Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.1998

n Abbildung 1

### Die steirische Wohnbevölkerung ab dem 65. Lebensjahr

Anteil der Altersgruppen nach Geschlecht Steiermark 1998

## Die Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren



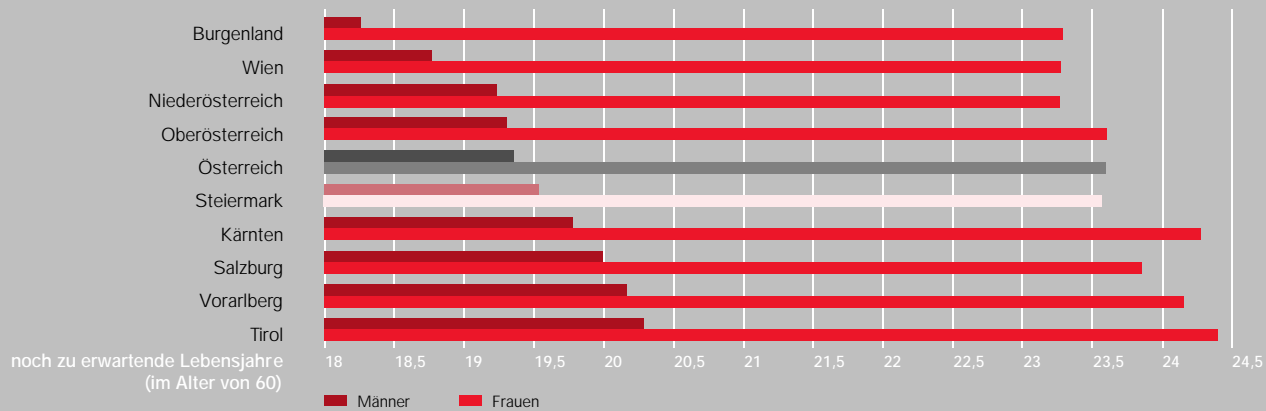
Quelle: Statistik Österreich

n Abbildung 2

### Mittlere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren

nach Geschlecht Steiermark 1990 – 1998

## Die Lebenserwartung im Alter im Bundesländervergleich



Quelle: Statistik Österreich

n Abbildung 3

### Mittlere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren

nach Bundesland und Geschlecht 1998

## Krankheit im Alter

Die Altersforschung hat noch nicht den Umfang und Standard erreicht, der ihr hinsichtlich der gesellschaftspolitischen Dringlichkeit gebührt. Es besteht kein Zweifel darüber, dass die größte Krankheitslast von der älteren Bevölkerung getragen wird.

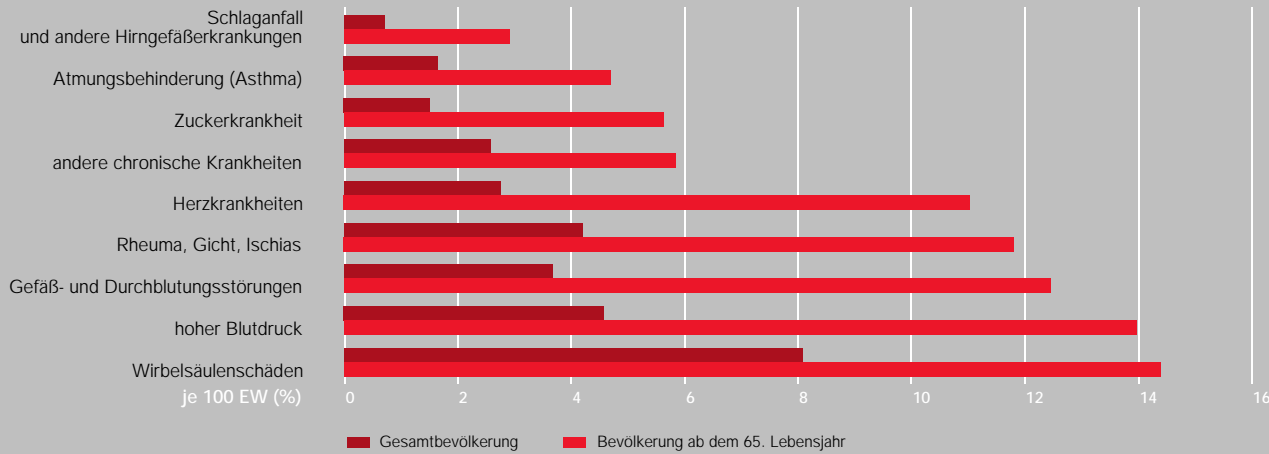
Die Gesundheit älterer Menschen wird vor allem durch Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Osteoporose, Depressionen, Demenz, Inkontinenz und Verletzungen bedroht.

Ältere Frauen sind durch Krankheit im täglichen Leben stärker beeinträchtigt als Männer. Ein schlechter Gesundheitszustand, gepaart mit geringeren Einkünften und Ersparnissen, wirkt sich auf die Lebensqualität älterer Frauen besonders negativ aus.

Der prinzipiell wünschenswerte Zugewinn an Lebenserwartung bedeutet auch eine Zunahme von Lebensjahren mit Krankheit und Behinderung. Entsprechend vielschichtiger Gesundheitsstrategien, die sich über die gesamte Lebensspanne ziehen, soll die Krankheitslast im Alter jedoch hintangehalten werden. Das Altern ist ein natürlicher physiologischer Prozess, bei dem der Körper eine Reihe von Veränderungen durchmacht. Was dies für den Menschen und seine Fähigkeiten, ein aktives und erfülltes Leben zu führen, im einzelnen bedeutet, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Viele ältere Menschen bleiben bis kurz vor ihrem Lebensende aktiv und völlig unabhängig. Die Gesundheit älterer Menschen wird vor allem durch Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Osteoporose, Depressionen, Demenz, Inkontinenz und Verletzungen bedroht. Informationen über den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der älteren Bevölkerung sind spärlich und in weiten Bereichen nicht sehr verlässlich. Die Tatsache ist aus mehrerlei Blickwinkeln zu begründen: 1) Die akademische Altersforschung hat noch nicht den Umfang und Standard erreicht, der ihr hinsichtlich der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Dringlichkeit gebührt. 2) In bevölkerungsbezogenen Befragungen, wie dem Mikrozensus, sind institutionell betreute Personen für gewöhnlich ausgeschlossen. Dies führt insbesondere in dieser Altersgruppe zu einer erheblichen Verzerrung der Sachlage. 3) Ältere Personen sind mit zunehmendem Alter für Befragungen schwerer zugänglich. Dies sei am Beispiel der Mikrozensusbefragung der Älteren Menschen im Jahr 1998 erläutert: Die an die ältere Bevölkerung gerichteten Fragen der amtlichen Statistik über Aktivitäten des täglichen Lebens wurden in der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren von über 22 Prozent der Befragten nicht oder ungültig beantwortet.

In der Altersgruppe der Über-85-jährigen lag der Anteil der fehlenden Interviews bei über 40 Prozent, in der Altersgruppe der Über-90-jährigen bei der ohnehin knapp bemessenen Stichprobengröße bei rund 55 Prozent. Es ist anzunehmen, dass die vorhandenen Interviews vor allem Informationen über den Gesundheitszustand der begünstigten Bevölkerung liefern. 4) Einmal arrangierte Interviews sind oft zeitaufwendig, sei es durch eine eingeschränkte Hörfunktion oder ein beeinträchtigtes Auffassungsvermögen des Befragten. Verlässliche Ergebnisse setzen eine sorgfältige Schulung der Interviewer voraus. 5) Informationen über den Gesundheitszustand von alten und kranken Menschen sind oft nur über ein sogenanntes Fremdinterview möglich, das heißt eine Ersatzperson gibt Auskunft über den Betroffenen, der selbst nicht mehr befragt werden kann. Meist handelt es sich dabei um Betreuungspersonen, deren subjektive Beurteilungen sich oft erheblich von denen der betreuten Person unterscheiden. Eine solide Methodik der epidemiologischen Altersforschung lässt keines der genannten Probleme unberücksichtigt und kann mit ihren Ergebnissen die Basis für Zielsetzungen und Problemlösungen bieten. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen besteht jedoch kein Zweifel darüber, dass die größte Krankheitslast von der älteren Bevölkerung getragen wird. In der 1995 durchgeführten Mikrozensusbefragung nach Körperlichen Beeinträchtigungen ist der Anteil der Beeinträchtigungen infolge von ausgewählten Krankheiten unter den Über-65-jährigen, die im häuslichen Umfeld leben, drei- bis viermal so häufig wie in der Gesamtpopulation (Abb.4). Infolge von Wirbelsäulenschäden und/oder hohem Blutdruck fühlen sich rund 14 Prozent der Befragten im Alter von über 65 Jahren wesentlich in der Bewältigung des

Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Generationenvergleich



n Abbildung 4

Ausgewählte chronische Erkrankungen

Jahresprävalenz  
Ältere Bevölkerung  
und Gesamtbevölkerung  
Steiermark  
1995

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995

Rund die Hälfte der 70- bis 74-jährigen Steirerinnen und Steirer, die in ihrer eigenen Umgebung leben, sind durch Krankheit wesentlich in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen sind es zwei Drittel. Unfälle, oft ein einfacher Sturz, bringen das Boot der Mehrfacherkrankungen älterer Menschen zum Kippen, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit sind die Folge.

Im Jahr 1998 wurden in der Steiermark etwa 9.500 Krankhausentlassungen infolge von Verletzungen älterer Menschen ab dem 65. Lebensjahr gezählt, zwei Drittel davon betrafen Frauen.

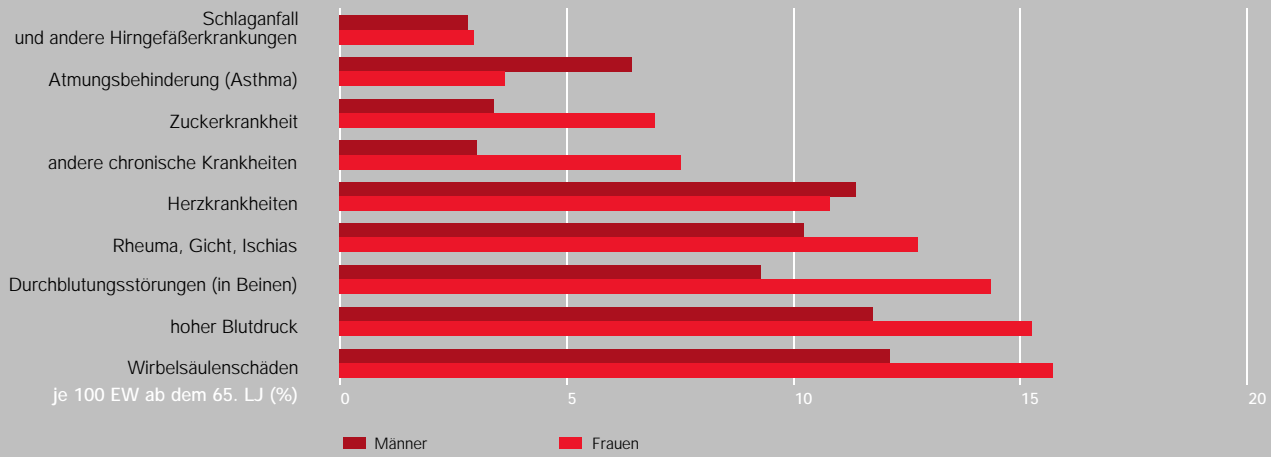
Seh- und Hörhilfen können das Unfallgeschehen älterer Menschen erheblich verringern.

Adäquate Rehabilitationsmaßnahmen sind wünschenswerter und wirtschaftlicher als der Verbleib in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.

täglichen Lebens beeinträchtigt. Herzkrankheiten und/oder Rheuma und/oder Durchblutungsstörungen beeinträchtigen etwa jeden achten befragten Senior. Wesentliche Beeinträchtigungen durch Zuckerkrankheit geben 6 von 100 Befragten der älteren Generation an und etwa 3 Prozent der Über-65-jährigen meistern ihren Alltag stark eingeschränkt infolge eines Schlaganfalles. Frauen leben zwar länger als Männer, aber diese zusätzlichen Lebensjahre werden häufig von chronischen Krankheiten, Behinderungen und mangelnder Unabhängigkeit begleitet, besonders in der Gruppe der "sehr alten", über-80-jährigen Frauen. Auch in der Mikrozensusbefragung nach Körperlichen Beeinträchtigungen im Jahr 1995 ist der Anteil der Krankheiten, die zu einer wesentlichen Beeinträchtigung im täglichen Leben führen, für Frauen wesentlich höher als für Männer (Abb.5). Ein Grund für den geschlechtsspezifischen Unterschied in Bezug auf Funktionsbeeinträchtigungen im Alter mag darin zu sehen sein, dass Frauen im Zusammenhang mit der abnehmenden Muskelmasse den "kritischen Schwellenwert" früher unterschreiten als Männer. Frauen haben im Allgemeinen auch geringere Einkünfte und Ersparnisse als Männer. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich im nächsten Jahrzehnt fortsetzen, mit entsprechenden Folgen für die Ausgaben der öffentlichen Hand und die Gesundheit und Lebensqualität der Frauen. Eine besondere Bedeutung im Alter ist der Ko-Morbidität einzuräumen. Darunter versteht man eine Vielzahl von Erkrankungen, die auf ein und dieselbe Person zutreffen. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Krankheiten pro Person und damit das Risiko, kein selbständiges Leben führen zu können. Laut Ergebnissen der Mikrozensusbefragung zu Körperlichen Beeinträchtigungen im Jahr 1995 geben in der Altersgruppe der 70- bis 74-jährigen Steirerinnen und Steirer noch über

50 Prozent an, durch keine Krankheit beeinträchtigt zu sein (Abb.6). Jeder Fünfte der Befragten der gleichen Altersgruppe beschreibt eine Einschränkung durch eine Krankheit, jeder Sechste durch zwei Krankheiten und etwa jeder Elfte durch drei chronische Erkrankungen. Gut zwei Prozent in dieser Altersgruppe geben an, durch mindestens vier chronische Krankheiten in der Bewältigung des Alltags eingeschränkt zu sein. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen wird in der gleichen Befragung in Erfahrung gebracht, dass nur mehr etwa ein Drittel nicht und rund zwei Drittel durch Krankheit in ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. Mehr als jeder Vierte gibt wesentliche Beeinträchtigungen infolge einer Krankheit an, gut jeder Fünfte infolge von zwei Krankheiten, mehr als jeder Zehnte infolge von drei Krankheiten und über 2,5 Prozent der Befragten sind durch mindestens vier chronische Krankheiten im täglichen Leben wesentlich eingeschränkt. Insbesondere Unfälle, wie zum Beispiel ein einfacher Sturz, bringen dann nur allzu oft das Boot der Mehrfacherkrankungen alter Menschen zum Kippen. Der bis dahin gerade noch kompensierte Gesundheits- bzw. Krankheitszustand wird vom einen Augenblick auf den anderen von Gebrechlichkeit und Abhängigkeit abgelöst, ein selbständiges Leben im häuslichen Umfeld ist oft nicht mehr möglich. Im Jahr 1998 wurden in der Steiermark etwa 9.500 Krankhausentlassungen infolge von Verletzungen älterer Menschen ab dem 65. Lebensjahr gezählt. Frauen waren etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (Abb.7), im Unterschied zu jüngeren Lebensjahren, in denen Männer wesentlich häufiger einen Unfall erleiden. Eine ausreichende Versorgung mit Seh- und Hörhilfen kann das Unfallgeschehen älterer Menschen erheblich reduzieren, adäquate Rehabilitationsmaßnahmen für alte Menschen sind wünschenswerter und wirtschaftlicher als der Verbleib in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Chronische Erkrankungen im Alter im Geschlechtervergleich



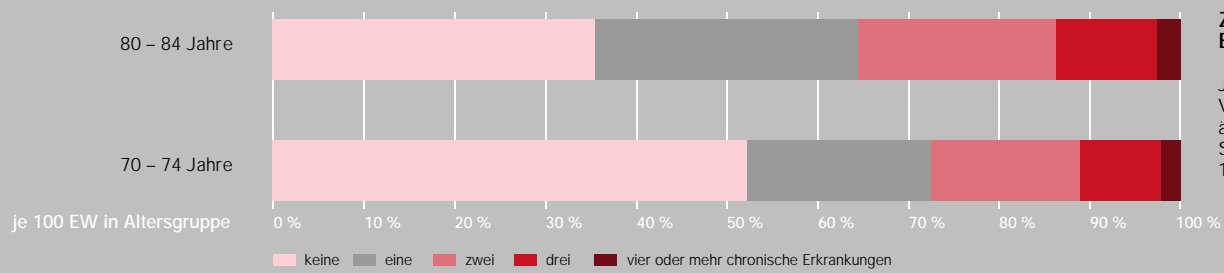
n Abbildung 5

Ausgewählte chronische Erkrankungen

Jahresprävalenz nach Geschlecht Steiermark 1998

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995

Anteil der älteren Bevölkerung nach Anzahl der chronischen Erkrankungen



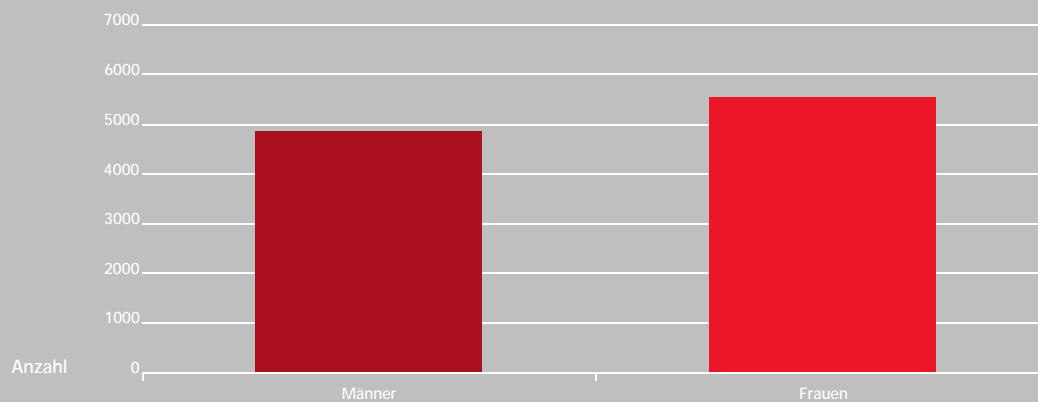
n Abbildung 6

Zahl der chronischen Erkrankungen

Jahresprävalenz Ko-Morbidität Verteilung in der älteren Bevölkerung Steiermark 1995

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995

Krankenhausaufenthalte infolge von Verletzungen ab dem 65. Lebensjahr



n Abbildung 7

Verletzungen

Krankenhausesentlassungen ab dem 65. Lebensjahr nach Geschlecht Steiermark 1998

Quelle: Statistik Österreich, Krankenhausesentlassungen (ICD-9: XVII, 800 – 999)

## Lebensqualität im Alter

Ziel ist es, das dem Altern anhaftende negative Image zu verändern. Die körperliche Befindlichkeit der älteren Generation in der Steiermark ist etwas besser als die der Bevölkerung in der BRD. Ziel ist es, bis ins hohe Alter gute Punktwerte auf der Körperlichen Summenskala (SF-12) zu erreichen. Vitalität, soziale und emotionale Funktionsfähigkeit und psychisches Wohlbefinden sollten zu lebenslang konstanter psychischer Befindlichkeit beitragen. Die Werte auf der Psychischen Summenskala (SF-12) fallen für die steirische Bevölkerung bereits ab dem 45. Lebensjahr kontinuierlich ab. Die psychische Befindlichkeit der Steirerinnen und Steirer ab dem 65. Lebensjahr ist deutlich schlechter als die der Vergleichsbevölkerung in der BRD. 50 % der steirischen Frauen ab dem 65. Lebensjahr beurteilen im Herbst 1999 ihren Gesundheitszustand positiv.

Auch wenn ältere Menschen den oben genannten gesundheitlichen Bedrohungen ausgesetzt sind, heißt das nicht unbedingt, dass jeder im Alter davon betroffen sein muss. Neben der Gewichtung von Beeinträchtigungen der Funktionen gilt es auch zu betonen, dass ältere Menschen noch viele Möglichkeiten haben, um aktiv zu bleiben. Den gesundheitlichen Folgen durch die im Alter geringere werdende Einbeziehung ins gesellschaftliche Leben wird zu wenig Beachtung geschenkt. In der Erwachsenenphase müssen Menschen eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben in Familie, Gesellschaft und Wirtschaft auf sich nehmen. Vielfach sind sie aber nur mangelhaft darauf vorbereitet, nach dem Ende ihres regulären Arbeitslebens ein sozial erfülltes Leben zu führen. Auch gilt es, politische Anstrengungen zu unternehmen, um den sich wandelnden Bedürfnissen und Erwartungen älterer Menschen Rechnung zu tragen und das dem Altern anhaftende negative Image zu verändern.

Das im Herbst 1999 durchgeführte Gesundheits-Survey in der Steiermark liefert international vergleichbare Ergebnisse zu Fragen der Lebensqualität. Die in der Körperlichen Summenskala zusammengefassten Informationen über die körperlichen Funktionsfähigkeit, über Schmerz und über die allgemeine Gesundheitswahrnehmung zeigen über die Lebensspanne hinweg mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß abnehmende Punktwerte. Werden im Alter von 18 bis 24 Jahren noch durchschnittlich 54,4 Punkte erreicht, fallen die Vergleichswerte für die Altersgruppe der 74-Jährigen und älter auf nur mehr 37,4 Punkte ab (Abb.8). Der Punkteabfall mit zunehmendem Alter entspricht dem der Vergleichsergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland, die körperliche Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung wird jedoch in allen Alterstufen etwas besser bemessen als die der Bevölkerung Deutschlands.

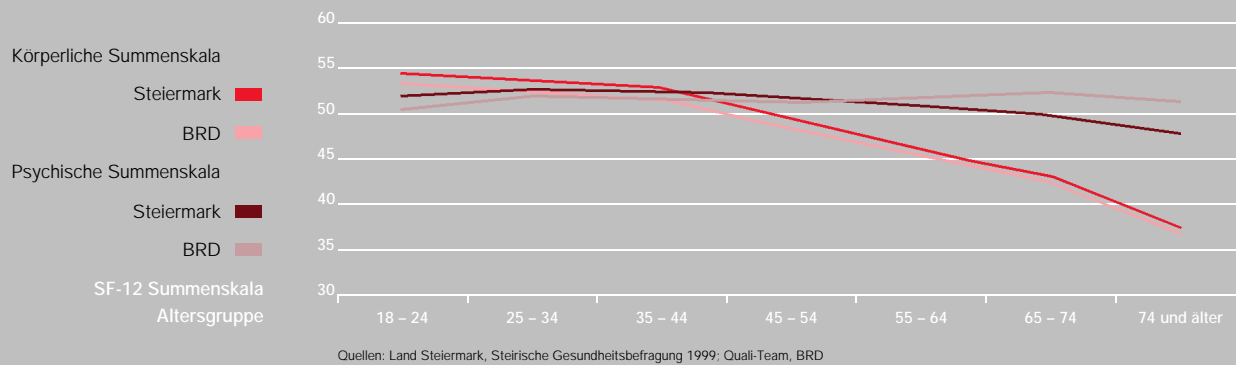
Ziel der nächsten Jahre sollte es sein, die körperliche Befindlichkeit der älteren Generation zu verbessern. Als Erfolg von zielgerichteten Interventionen sollte ein Anstieg der Punktwerte für ältere Menschen an der Körperlichen Summenskala gewertet werden, der Abfall über die Lebensspanne sollte nicht so stark ausgeprägt sein.

Anders stellen sich die Ergebnisse der psychischen Befindlichkeit der älteren steirischen Bevölkerung dar. Die in der Psychischen Summenskala zusammengefassten Fragen nach Vitalität, sozialer und emotionaler Funktionsfähigkeit und psychischem Wohlbefinden geben Auskunft darüber. Ziel ist es, gute Punktwerte von 50 und mehr über die ganze Lebensspanne aufrecht zu erhalten. Die psychische Befindlichkeit der Steirerinnen und Steirer nimmt bereits ab dem 45. Lebensjahr kontinuierlich ab (Abb.8). In den Altersgruppen der Über-65-jährigen liegen die Punktwerte statistisch signifikant unter den Vergleichswerten der Bundesrepublik Deutschland, wo die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung den gewünschten gleichbleibenden Verlauf auch für höhere Lebensalter zeigt.

Allgemein gefragt nach der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, geben im Herbst 1999 nur 53 Prozent der steirischen Frauen über 65 Jahre ein positives Urteil, nämlich "ausgezeichnet", "sehr gut" oder "gut", ab. Nur 2 Prozent in dieser Altersklasse beurteilen ihre Gesundheit als "ausgezeichnet" und nur 6 Prozent als "sehr gut". Der Anteil der steirischen Männer, die ihren Gesundheitszustand als "ausgezeichnet", "sehr gut" oder "gut" beurteilen, liegt wesentlich höher, nämlich bei 61 Prozent, aber nur 1 Prozent der befragten Männer bezeichnen ihre Gesundheit als "ausgezeichnet" und 10 Prozent als "sehr gut" (Abb.9).



Die körperliche und psychische Befindlichkeit der Bevölkerung in der Steiermark und der BRD

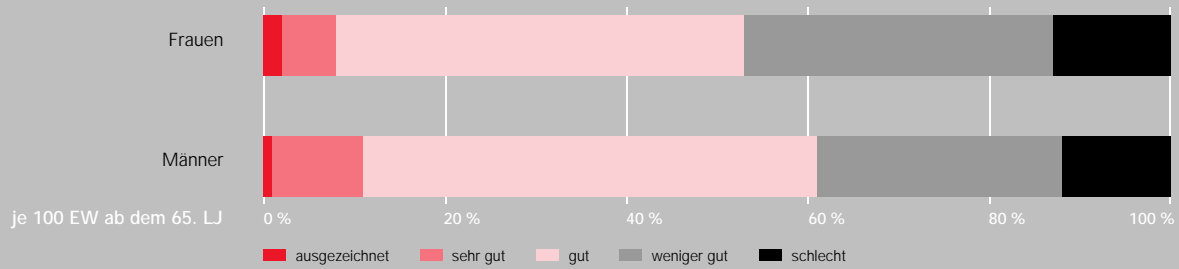


n Abbildung 8

Die körperliche und psychische Befindlichkeit

Punktwerte auf der SF-12 Summenskala  
Vergleich Steiermark – BRD  
1999

Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung



n Abbildung 9

Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Bevölkerung ab dem 65. Lebensjahr  
nach Geschlecht  
Steiermark  
1999

Bei den steirischen Männern liegt der Anteil bei gut 60 %. Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand generell schlechter als Männer, die Diskrepanz wird mit zunehmendem Alter größer.

In der direkten Befragung schneidet die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes besser ab als in der Befragung durch Angehörige. In der Befragung der Gesunden Gemeinden sind fast 20 Prozent der Befragten über 65 Jahre "gar nicht zufrieden" mit ihrer gesundheitlichen Verfassung und körperlichen Leistungsfähigkeit.

Auch in der Mikrozensusbefragung der Älteren Menschen im Sommer 1998 beurteilen Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand generell schlechter als Männer (Abb.10). Die Diskrepanz wird mit zunehmendem Alter größer. Während 60 Prozent der steirischen Frauen in der Altersklasse zwischen 65 und 69 Jahren ihren Gesundheitszustand als "sehr gut" oder "gut" bezeichnen, liegt der Anteil für gleichaltrige Männer bei 63 Prozent. Nur knapp 15 Prozent der befragten Frauen im Alter von 85 und mehr Jahren beurteilen ihren Gesundheitszustand als "sehr gut" oder "gut", bei den Männern der gleichen Altersgruppe sind es noch immerhin über 40 Prozent, die ein positives Urteil über ihren Gesundheitszustand abgeben. Regionale Ergebnisse in der Beurteilung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung in der Steiermark sind aufgrund der vorliegenden Datenqualität nicht verlässlich. Entsprechend der Befragungsart im Steirischen Gesundheits-Survey kann zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung unterschieden werden, je nachdem ob die betreffende Person selbst oder eine andere im Haushalt lebende Person Auskunft gibt.

Interessant dabei ist, dass die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes der direkt befragten Bevölkerung ab dem 65 Lebensjahr eine bessere ist als die der Angehörigen. Im Herbst 1999 beträgt der Anteil der positiven Bewertungen des Gesundheitszustandes, nämlich "ausgezeichnet", "sehr gut" oder "gut", in der Selbstbeurteilung 60 Prozent, in der Fremdbeurteilung hingegen nur 44 Prozent (Abb.11).

In der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 wurde die Bevölkerung nach der Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens befragt. Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Verfassung gaben nur 10 Prozent der Seniorinnen und Senioren ab dem 65. Lebensjahr die Bestnote 1 von 5 möglichen. Mit der körperlichen Leistungsfähigkeit zeigten sich 14 Prozent der Befragten "sehr zufrieden". In beiden Kategorien geben aber immerhin gut 42 Prozent die Note "gut". Der Anteil der "Gar-nicht-zufriedenen" liegt für die körperliche Leistungsfähigkeit höher, nämlich bei 7 Prozent, als für die gesundheitliche Verfassung mit 5 Prozent (Abb.12).

### Abhängigkeit im Alter

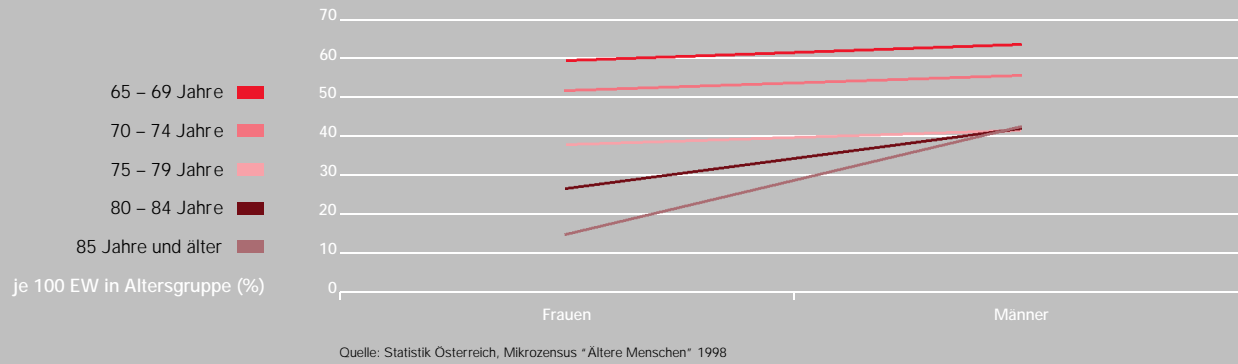
Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, soll um 50 % steigen.

Zur Abhängigkeit gehören physische, wirtschaftliche, psychologische und soziale Dimensionen, die sich auf die Lebensqualität älterer Menschen äußerst negativ auswirken. Das Umfeld, in dem ältere Menschen leben, ist mit ausschlaggebend dafür, ob sie in ihrer Wohnung und außerhalb ohne Hilfe anderer zurechtkommen. Wohnungs- und Verkehrsverhältnisse und die Organisation kommunaler Dienstleistungen hindern derzeit viele ältere Menschen daran, ihre Funktionsfähigkeit und ihre sozialen Beziehungsgeflechte aufrecht zu erhalten. Entsprechend den Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation soll bis zum Jahr

2020 der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, um mindestens 50 Prozent steigen.

Die Abhängigkeit von Hilfe in Tätigkeiten des täglichen Lebens ist ein Indikator dafür, inwieweit ältere Menschen ein selbständiges Leben in ihrer eigenen Umgebung führen können. Im engeren Sinne handelt es sich dabei um Aktivitäten des täglichen Lebens, welche die Selbstversorgung des Menschen aufrechterhalten, wie Essen und Trinken,

## Positive Beurteilung des Gesundheitszustandes im Alter nach Geschlecht

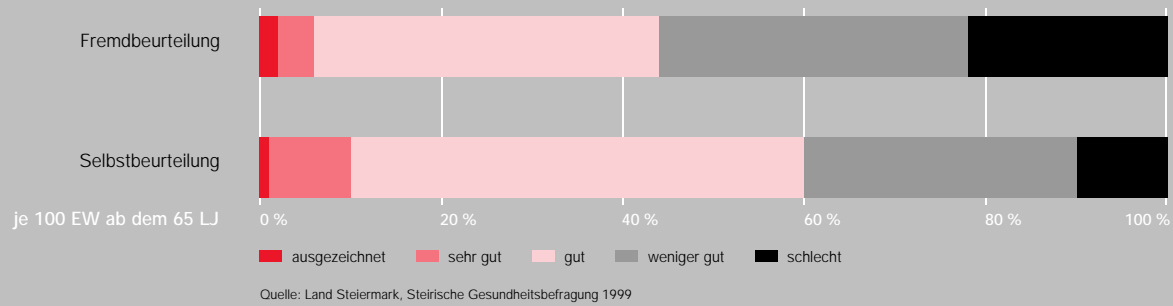


n Abbildung 10

Beurteilung des Gesundheitszustandes als "sehr gut" oder "gut"

nach Altersgruppen ab dem 65. Lebensjahr nach Geschlecht Steiermark 1998

## Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in der Selbst- und Fremdbeurteilung

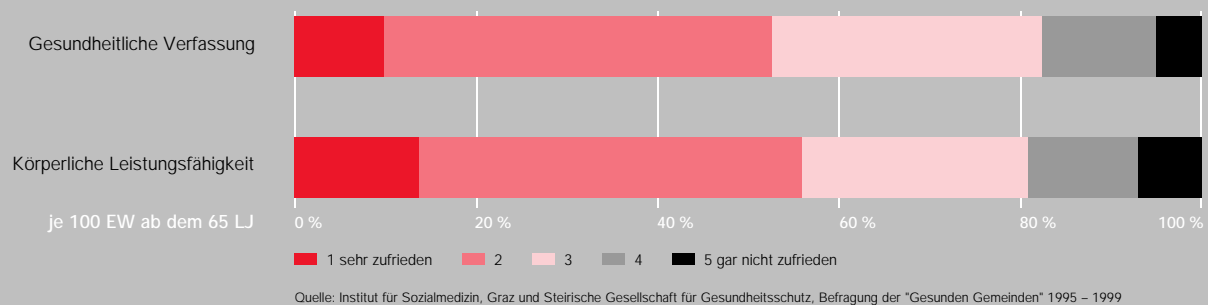


n Abbildung 11

Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Altersgruppe ab dem 65. Lebensjahr nach Selbst- und Fremdbeurteilung Steiermark 1999

## Zufriedenheit der älteren Bevölkerung mit verschiedenen Bereichen des Lebens



n Abbildung 12

Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens

Altersgruppe ab dem 65. Lebensjahr "Gesunde Gemeinden" der Steiermark 1995 – 1999

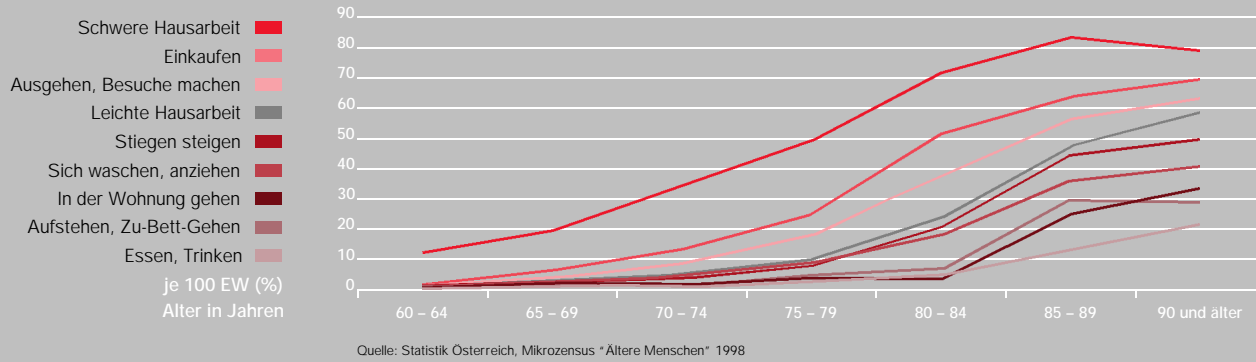
**Etwas 7 % der 1998 befragten Steirerinnen und Steirer, die älter als 60 Jahre sind und im häuslichen Umfeld leben, können sich nicht ohne Hilfe waschen und anziehen. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen sind es knapp 20 % und unter den 85- bis 89-jährigen über 40 %. Der Anteil der hilfsbedürftigen älteren Frauen ist höher als der der Männer.**

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, sich waschen und anziehen und sich in der Wohnung bewegen. Im weiteren Sinne sind auch Hausarbeit, einkaufen, ausgehen und Besuche machen sowie Stiegen steigen in diesem Indikator für ein unabhängiges Leben mitinbegriffen. Die Abhängigkeit in schwierigeren Tätigkeiten des täglichen Lebens bedeutet nicht eine unabdingbare Institutionalisierung, solange das soziale Umfeld die Defizite kompensieren kann. Benötigen alte Menschen jedoch Hilfe in einfachen Tätigkeiten des täglichen Lebens, die ihre Selbstversorgung gewährleisten, so werden sie zum Pflegefall. Auf die außerordentlichen Belastungen von Betroffenen und Angehörigen sowie die Probleme der institutionalisiert betreuten Personen, sei an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

Wie die Ergebnisse der Mikrozensusbefragung Älterer Menschen im Sommer 1998 zeigen, nimmt der Anteil der Personen, die abhängig von Hilfe in Aktivitäten des täglichen Lebens sind, erwartungsgemäß mit höherem Alter zu (Abb.13) Die Abhängigkeit in den erweiterten Tätigkeiten setzt in der Regel früher und ausgeprägter ein als die Hilfsbedürftigkeit in der unmittelbaren Selbstversorgung. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres geraten alte Menschen zunehmend in Abhängigkeit, die ihnen ein Leben im gewohnten häuslichen Umfeld unmöglich macht. Knapp

20 Prozent der 80- bis 84-jährigen geben an, Hilfe beim Waschen und Anziehen zu benötigen, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen ist der Anteil fast doppelt so hoch. Jeder Vierte in diesem Alter schafft es nicht mehr, alleine in der Wohnung zu gehen, in der Altersgruppe der Über-90-jährigen ist es gar jeder Dritte. Jeder Fünfte der ganz "Alten" kann nicht mehr ohne Hilfe essen und trinken. Frauen der älteren Generation machen nicht nur absolut sondern auch relativ einen wesentlich höheren Anteil der hilfsbedürftigen Bevölkerung aus. Die Rate der Abhängigkeit in schwerer Hausarbeit von fremder Hilfe ist für Frauen ab dem 60. Lebensjahr um gut ein Drittel höher als für Männer. Der Anteil an älteren Frauen, die nicht alleine einkaufen gehen, ausgehen oder Besuche machen können ist doppelt so hoch wie für Männer (Abb.14). Auch die zur Selbstversorgung unbedingt nötigen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen und Trinken, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen sind für Frauen häufiger eingeschränkt als für Männer. Entsprechend der Mikrozensusbefragung können knapp 3 Prozent der Frauen über 60 Jahre, die im häuslichen Umfeld leben, nicht ohne Hilfe essen und trinken, bei den Männern liegt der Anteil bei 2 Prozent. Der Anteil der gleichen Personengruppe, der sich nicht ohne Hilfe waschen und anziehen kann, liegt für beide Geschlechter bei etwa 7 Prozent.

## Abhängigkeit älterer Menschen von Hilfe in Tätigkeiten des Alltags

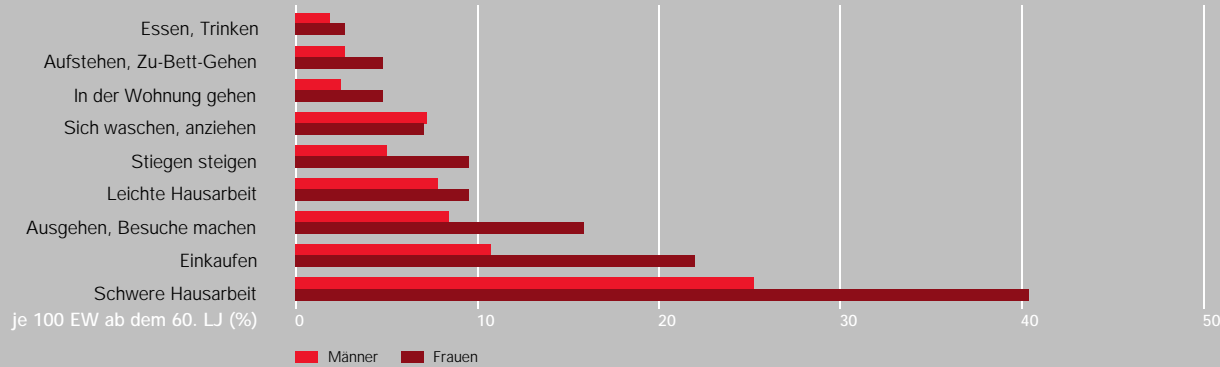


n Abbildung 13

## Abhängigkeit von Hilfe in Tätigkeiten des Alltags

Prävalenz nach Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr Steiermark 1998

## Abhängigkeit älterer Menschen von Hilfe im Geschlechtervergleich



n Abbildung 14

## Abhängigkeit von Hilfe in Tätigkeiten des Alltags

Prävalenz Altersgruppe ab dem 60. Lebensjahr nach Geschlecht Steiermark 1998



WHO-Ziel:  
Verbesserung der  
psychischen Gesundheit

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 07

## Verbesserung der psychischen Gesundheit

Seite

**076** Die psychische Befindlichkeit  
der steirischen Bevölkerung

**080** Selbstmord

**082** Depression und Schizophrenie

Zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bedarf es einer Enttabuisierung psychischer Störungen.

Die Verbesserung der psychischen Gesundheit setzt voraus, dass der Förderung und dem Schutz der psychischen Gesundheit während der gesamten Lebensspanne, vor allem in den sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen, Aufmerksamkeit gewidmet wird. Gut konzipierte Gesundheitsprogramme für das Lebens- und Arbeitsumfeld können der Bevölkerung ein Zusammengehörigkeitsgefühl vermitteln, zum Aufbau und zur Erhaltung gegenseitig stützender sozialer Beziehungen beitragen und helfen, mit belastenden Situationen und einschneidenden Ereignissen im Leben fertig zu werden.

Die Risikofaktoren für psychische Störungen nehmen zu. Dazu gehören Arbeitslosigkeit und unzufriedenstellende Arbeitsplatzbedingungen, Armut, Migration, politische Unruhen, stärkere Spannungen zwischen ethnischen und anderen Gruppen, zunehmender Substanzmissbrauch verschiedener Art, Einsamkeit und Zusammenbruch

des sozialen Netzes. Deprivation, im Sinne der sozioökonomischen Ungleichheit als Mangel, Verlust oder Entzug von etwas Erwünschtem verstanden, erhöht das Risiko für Krankheit allgemein und insbesondere für psychische Beeinträchtigungen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind weltweit 28 Prozent der durch Behinderung eingeschränkten Lebensjahre auf psychische und neurologische Erkrankungen zurückzuführen.

Der Leidensdruck von Betroffenen mit psychischen Erkrankungen bleibt nicht nur auf die Krankheit selbst beschränkt, sondern wird insbesondere infolge der gesellschaftlichen Stigmatisierung vergrößert. Erniedrigung, Isolation und Arbeitslosigkeit sind Teilaspekte davon. Der Umgang mit Menschenrechtsverletzungen, nämlich Diskriminierung und der Verlust von Freiheit für psychisch erkrankte Mitbürger, ist ein Maßstab für die Entwicklung einer Gesellschaft.

### Die psychische Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung

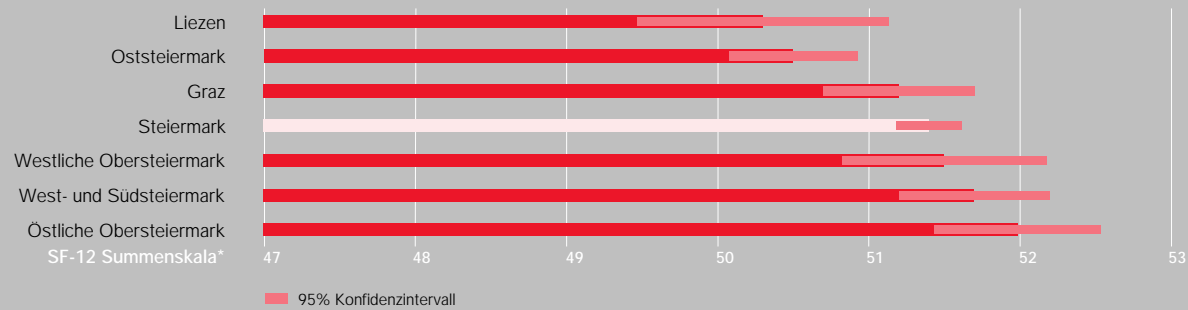
Innerhalb der Steiermark zeigt die Östliche Obersteiermark auf der Summenskala der psychischen Befindlichkeit Bestwerte. Die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung in und um Liezen ist signifikant schlechter als die der steirischen Durchschnittsbevölkerung.

Im Herbst 1999 wurde die steirische Bevölkerung mittels international normierter Fragestellungen zu ihrer psychischen Befindlichkeit befragt. Die Ergebnisse der Antworten zur Vitalität, zur sozialen Funktionsfähigkeit, zur emotionalen Rollenfunktion und zum psychischen Wohlbefinden zeigen deutliche regionale Unterschiede: Die Östliche Obersteiermark schneidet mit 52 Punkten auf der Psychischen Summenskala am besten ab. Deutlich schlechter sind die Ergebnisse für die Oststeiermark mit 50,7 Punkten und die Ergebnisse für Liezen mit einem Punktwert von 50,3. Die Liezenwerte liegen damit nicht nur statistisch signifikant unter dem Bestwert der Östlichen Obersteiermark, sondern auch unter dem steirischen Durchschnitt von 51,4 Punkten (Abb. 1).

In der Steiermark wie auch in Österreich gibt es kaum Daten, die über die Verbreitung von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung Auskunft geben können. In der Befragung von 27 steirischen Gesunden Gemeinden zwischen Februar 1995 und Jänner 1999 gaben 3,3 Prozent der 5.691 Befragten an, im der Befragung vorausgegangenen Jahr wegen psychiatrischer oder psychologischer Probleme in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Nach Geschlecht getrennt liegt der Anteil für Frauen bei 4,3 Prozent, für Männer bei 1,9 Prozent. Es muss angenommen werden, dass die Zahl der nicht in fachspezifischer Betreuung stehenden Personen mit psychischen Erkrankungen steiermarkweit um mindestens ein Fünffaches höher liegt.



Die psychische Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung



n Abbildung 1

Psychische Befindlichkeit der steirischen Bevölkerung

nach NUTS III-Regionen Steiermark 1999

\* Werte korrigiert für die Steiermark, Alter, Geschlecht, Selbst-/Fremdbeurteilung, Interviewer  
 Quelle: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

Entsprechend einer Hypothese leiden etwa 260.000 Steirerinnen und Steirer an einer psychischen Beeinträchtigung. Nur ein Teil davon steht in fachspezifischer Betreuung. 1998 sind in der Steiermark 16.000 Krankenhausaufenthalte mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von über 33 Tagen dokumentiert. Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark damit im Mittelfeld.

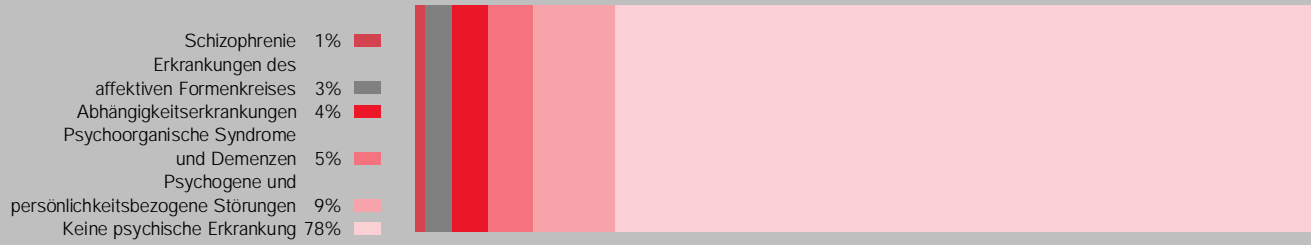
Der im Mai 2000 veröffentlichte Gesundheitsbericht "Bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung in der Steiermark" gibt Auskunft über eine hypothetische Prävalenz der psychischen Störungen in der Steiermark. Unabhängig davon, ob in Behandlung stehend oder nicht, muss demnach angenommen werden, dass zu einem Stichtag 22 Prozent der steirischen Bevölkerung an einer psychischen Beeinträchtigung leiden, das wären rund 260.000 Steirerinnen und Steirer. Von diesen sind vermutlich 107.000 von psychogenen oder persönlichkeitsbezogenen Problemen betroffen, geschätzte 59.000 leiden an Demenz oder einem psychoorganischen Syndrom und etwa 47.000 an einer Abhängigkeitserkrankung. Die Zahl der betroffenen Steirerinnen und Steirer mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird immerhin auf rund 12.000 geschätzt, das entspricht etwa 1 Prozent der steirischen Wohnbevölkerung (Abb.2).

Den geschätzten 260.000 Steirerinnen und Steirern, die professionelle Hilfe infolge einer psychischen Beeinträchtigung benötigen würden, stehen im Jahr 1998 knapp 16.000 Krankenhausaufenthalte mit psychiatrischen Hauptdiagnosen gegenüber. Betroffen davon sind wahrscheinlich deutlich weniger Personen, da es bei den chronischen psychischen Störungen oft zu wiederholten Aufnahmen pro Person innerhalb eines Jahres kommt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 33,6 Tagen wird nur von den Bundesländern Vorarlberg (37,4) und Tirol (43) übertroffen. Im Jahr 1998 sind es, bezogen auf die Wohnbevölkerung, 1.263 Krankenhausaufenthalte infolge psychiatri-

scher Krankheiten, die auf 100.000 Steirerinnen und Steirer gezählt werden. Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark damit im Mittelfeld und etwas unter dem österreichischen Gesamtdurchschnitt (Abb.3). Diese Angaben aus der Spitalsentlassungsstatistik spiegeln viel eher unser Gesundheitssystem wider als die Morbidität. Dies gilt ganz besonders für psychische Erkrankungen, wo eine vermehrte extramurale Betreuung nicht nur aus ethischer Sicht dringlich gefordert ist. Die sich daraus ergebenden Kosteneinsparungen sollen eine stärkere Gewichtung einer qualitativ hochwertigen, gemeindenahen psychosozialen Versorgung ermöglichen. In den letzten 10 Jahren sind eine Reihe von extramuralen Einrichtungen und Diensten entstanden, jedoch sind wichtige sozialpsychiatrische Achsen wie Wohnen – Arbeit – Tagesstruktur – Krisendienst in einigen Bezirken der Steiermark noch nicht ausreichend repräsentiert. Detaillierte Informationen sind dem Gesundheitsbericht "Bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung in der Steiermark", Mai 2000, zu entnehmen.

Entsprechend den Zielsetzungen der WHO-Mitgliedstaaten sollte bis zum Jahr 2020 die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein. Das psychischen Störungen anhaftende Stigma kann dadurch reduziert werden, dass die Gesundheitsprobleme nicht tabuisiert werden. Mitarbeiter der Gesundheits- und anderer Fürsorgeberufe müssen besser geschult werden.

Hypothetische Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Steiermark



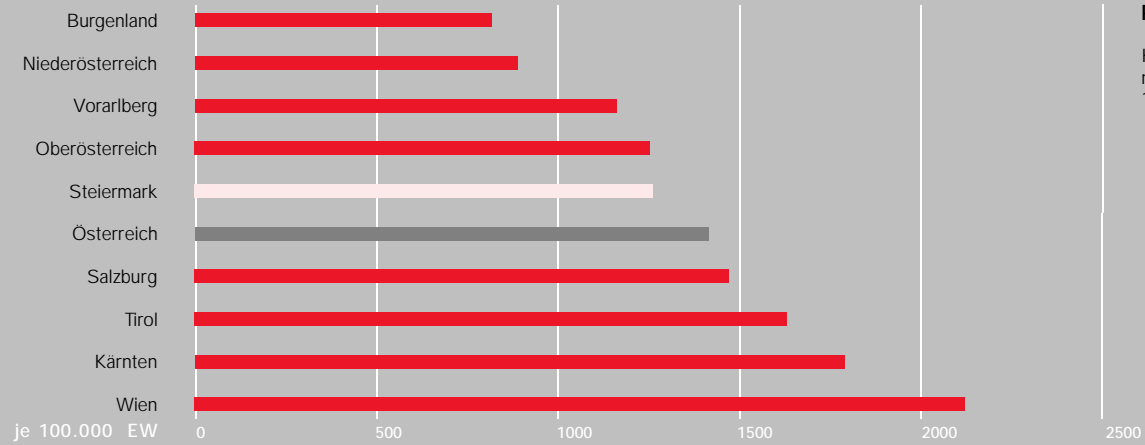
Quelle: Land Steiermark, Gesundheitsbericht "Bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung in der Steiermark", Mai 2000

n Abbildung 2

Psychische Erkrankungen

Hypothetische Prävalenz Steiermark 2000

Krankenhausaufenthalte infolge psychischer Erkrankungen im Bundesländervergleich



Quelle: BMSG/Statistik Österreich (ICD-9: V, 290 - 319)

n Abbildung 3

Psychische Erkrankungen

Krankenhausentlassungen nach Bundesland 1998

## Selbstmord

1998 wurden rund 23 Selbstmorde auf 100.000 Einwohner in der Steiermark gezählt. Die Selbstmordrate für die Steiermark ist bundesweit seit Jahren die höchste und übertrifft nahezu alle Vergleichswerte aus der Europäischen Union. Innerhalb der Steiermark sind zwischen 1994 und 1998 in der Westlichen Obersteiermark die höchsten, in und um Graz die niedrigsten Selbstmordraten zu beobachten. Mit Ausnahme von Hartberg zeigt sich zwischen 1978 und 1998 für alle steirischen Bezirke ein abnehmender Trend in der Selbstmordrate. WHO-Ziel ist es, die Suizidraten bis zum Jahr 2020 um mindestens ein Drittel zu reduzieren.

Während in den westlichen Ländern der Europäischen Region in den letzten Jahrzehnten ein Abwärtstrend der Suizidraten zu verzeichnen ist, steigt die Zahl der Todesfälle infolge von Selbstmord in den östlichen Nationen an. In Österreich liegt die standardisierte Sterbeziffer infolge von Selbstmord 1984 noch bei 26,7 je 100.000 Einwohner. Bis 1998 sinkt die vergleichbare Jahresrate kontinuierlich auf 18,4 Selbstmorde je 100.000 Österreicher ab. Dieser Trend ist auch in den meisten Bezirken der Steiermark zu beobachten. Die Selbstmordraten in der Steiermark liegen jedoch nicht nur viel höher als in allen anderen Bundesländern, sondern übertreffen auch mit Ausnahme von Finnland die Raten aller anderen Länder der Europäischen Union. Vergleichswerte liegen für 1995 vor, wo die standardisierte Rate für Selbstmord in der Steiermark mit 24 auf 100.000 Einwohner angegeben wird. Die Vergleichszahl der südlichen Länder Italien, Spanien und Portugal liegt bei 7, in Griechenland gar nur bei 3 je 100.000 Einwohner. Die Steiermarkrate beschreibt doppelt so viele Todesfälle infolge von Selbstmord je 100.000 Einwohner wie die Durchschnittsrate aller Länder der Europäischen Union; diese liegt 1995 bei 12 je 100.000 Einwohner (Abb.4). Vergleichsdaten aus anderen Jahren bestätigen diese Spitzenreiterposition der Steiermark gegenüber anderen westlichen Industrienationen. Mit den Durchschnittsraten der Europäischen Union kann in Österreich nur das Bundesland Vorarlberg mithalten. Die standardisierte Rate liegt im Jahr 1998 bei 12,4 Selbstmorden auf 100.000 Einwohner und ist seit Jahren die österreichweit niedrigste. Die Steiermarkrate ist im Vergleichsjahr 1998 etwa doppelt so hoch wie die Vorarlbergs und ist bundesweit gesehen die höchste (Abb.5).

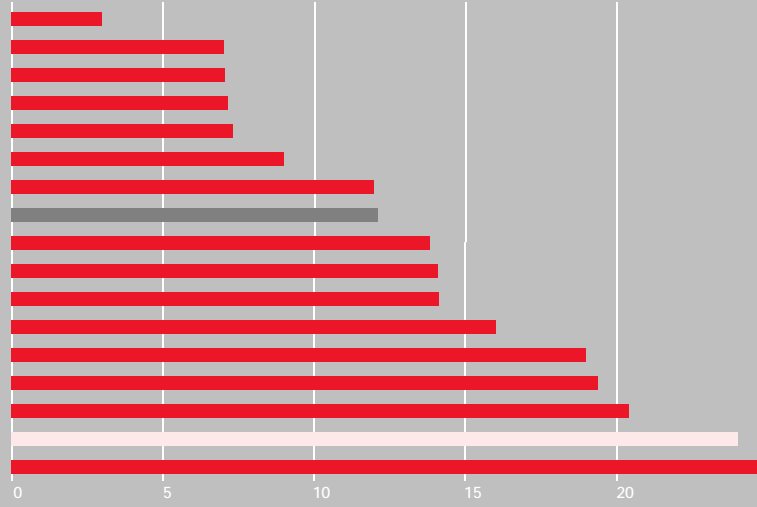
Diese unerfreuliche Spitzenreiterposition im Selbstmordgeschehen nimmt die Steiermark seit Jahren ein.

Auch regional gesehen bestehen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit von Selbstmorden. Die standardisierte und damit international vergleichbare jährliche Selbstmordrate der Westlichen Obersteiermark beträgt im Jahresdurchschnitt zwischen 1994 und 1998 30 je 100.000 Einwohner. Dieser Wert liegt über dem 1995 erhobenen Höchstwert der EU-Länder, nämlich Finnland mit 26 auf 100.000 Einwohner. Die steiermarkweit niedrigste Selbstmordrate ist im Vergleichszeitraum in der Region in und um Graz zu beobachten und beträgt standardisiert 20 Selbstmorde auf 100.000 Einwohner. Der Unterschied zum Höchstwert in der Westlichen Obersteiermark ist statistisch signifikant (Abb.6, Seite 83).

Entsprechend dem internationalen Trend der westlichen Industrienationen kann auch für die Steiermark zwischen 1978 und 1998 eine Abnahme der Suizidraten beobachtet werden. Beträgt die Jahresdurchschnittsrate zwischen 1978 und 1984 steiermarkweit noch 32,7 auf 100.000 Einwohner, so liegt der Vergleichswert zwischen 1994 und 1998 um etwa ein Viertel niedriger, nämlich bei 23,4 Selbstmorden auf 100.000 Einwohner. Mit Ausnahme von Hartberg zeigt sich der abnehmende Trend mehr oder weniger stark ausgeprägt für alle Bezirke der Steiermark. In Hartberg ist im Vergleichszeitraum ein Ratenzuwachs von über 9 Prozent zu beobachten, die mittleren Selbstmordraten zwischen 1994 und 1998 sind jedoch in den Bezirken Knittelfeld, Murau, Judenburg, Mürzzuschlag und Feldbach höher (Abb.7, Seite 83).

## Selbstmord im EU-Vergleich

Griechenland  
 Italien  
 England  
 Spanien  
 Portugal  
 Niederlande  
 Irland  
 EU gesamt  
 Deutschland  
 Luxemburg  
 Schweden  
 Dänemark  
 Frankreich  
 Belgien  
 Österreich  
 Steiermark  
 Finnland  
 je 100.000 EW (SDR)



Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachen (ICD-9: E950 – E959)

n Abbildung 4

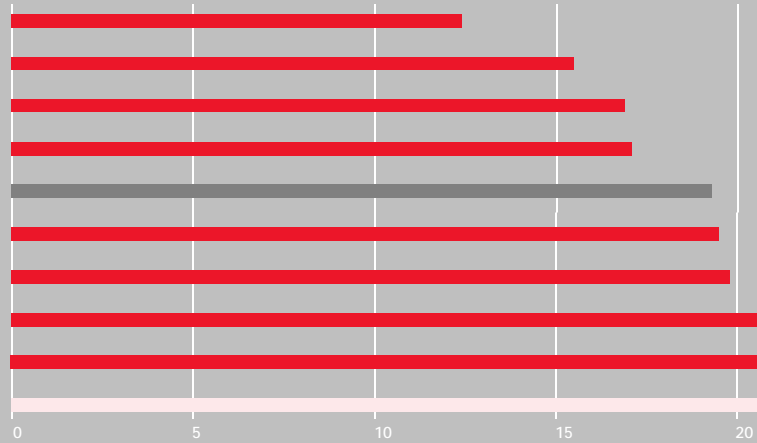
## Selbstmord

Mortalität  
 EU-Länder und Steiermark  
 1995

30

## Selbstmord im Bundesländervergleich

Vorarlberg  
 Burgenland  
 Tirol  
 Wien  
 Österreich  
 Oberösterreich  
 Niederösterreich  
 Kärnten  
 Salzburg  
 Steiermark  
 je 100.000 EW (SDR)



Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: E950 – E959)

n Abbildung 5

## Selbstmord

Mortalität  
 nach Bundesland  
 1998

25

## Depression und Schizophrenie

Bezogen auf die volkswirtschaftlichen Kosten nehmen Depressionen nach ischämischen Herzkrankheiten den 2. Platz in den krankheitsbedingten Belastungen ein.

Frühe Erkennung und eine angemessene Behandlung von Depressionen durch geschulte Gesundheitsfachkräfte können die Selbstmordraten drastisch verringern.

Es kann angenommen werden, dass etwa 1 % der Bevölkerung an Schizophrenie erkrankt ist. Stationäre Aufenthalte sind nur in akuten Phasen der Erkrankung angezeigt.

Depression stellt die häufigste Ursache einer psychischen Beeinträchtigung dar. Die Krankheit ist durch traurige Stimmung, Freudlosigkeit und fehlende Antriebskraft unterschiedlichen Ausmaßes charakterisiert. Nach Angaben der WHO werden Depressionen in naher Zukunft neben Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die weltweit am weitesten verbreiteten Krankheiten sein. Entsprechend der Ursache, dem Erscheinungsbild und der Dauer der Erkrankungen werden im Fachjargon viele Formen der Depression unterschieden. Allen gemeinsam ist, dass sie bei fehlender Krankheitseinsicht oft zu spät erkannt und einer adäquaten Therapie zugeführt werden. Die Daten zeigen, dass Selbstmord stark mit Depression zusammenhängt und dass das Versäumnis Depression zu behandeln ein wichtiger Grund für die hohen Selbstmordziffern ist.

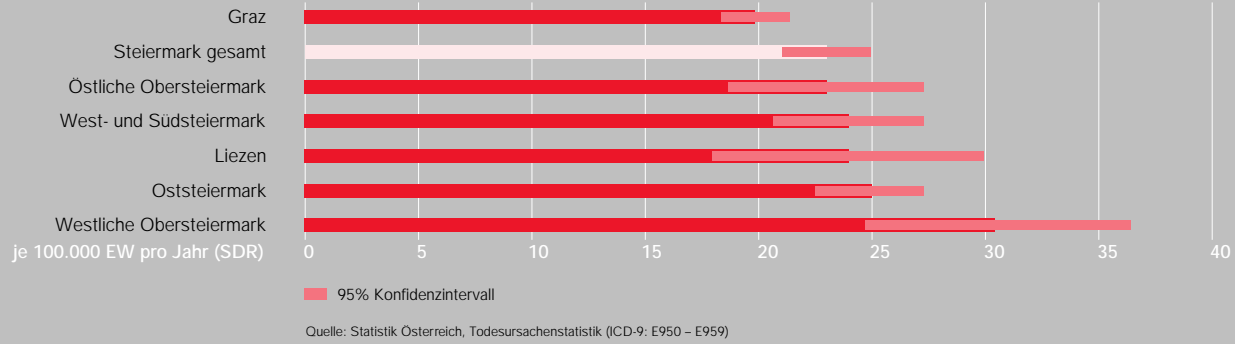
In einer groß angelegten Studie an der Harvard Universität in Boston, USA, die in Kooperation mit dem Team der neuen Generalsekretärin der WHO, Frau Dr. Brundtland, durchgeführt wird, sind die Krankheitslast für die Bevölkerung und die Betreuungskosten für marktwirtschaftlich organisierte Volkswirtschaften und ehemals sozialistische Wirtschaftssysteme errechnet worden. Die Depression nimmt in dieser Aufstellung hinter den ischämischen Herzkrankheiten den 2. Rang ein. Für das Jahr 1990 kann angenommen werden, dass die krankheitsbedingten Kosten infolge von Depression gut 6 Prozent der volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben ausmachen. Auch für das Jahr 2020 wird der gleiche Anteil vorausgesagt.

Weltweit werden nach Angaben der WHO 45 Millionen Menschen geschätzt, die an Schizophrenie leiden. Hypothetisch darf angenommen

werden, dass etwa 1 Prozent der steirischen Bevölkerung an Schizophrenie erkrankt ist. Das bedeutet etwa 12.000 direkt betroffene Menschen. Die für die Steiermark geschätzten Zahlen schwanken zwischen 3.000 und 23.000, exakte Zahlen können mangels entsprechender Erhebungen nicht angegeben werden. Aufgrund der vorliegenden Annahmen über die Prävalenz der Schizophrenie-Erkrankungen soll jedoch eine Abschätzung der Größenordnung des gesundheitlichen Problems möglich sein. Die Familienangehörigen mitgezählt, vergrößert sich die Zahl der durch die Krankheit Belasteten in jedem Fall um ein Vielfaches.

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine mehr oder weniger in Schüben verlaufende psychische Erkrankung, von der vornehmlich Erwachsene in jungen Lebensjahren erstmals heimgesucht werden. Neben erblichen Faktoren spielen auch umweltbedingte Einflüsse für den Ausbruch der Krankheit eine Rolle. Die epidemiologische Forschung arbeitet intensiv daran, die komplexen Zusammenhänge der Ursachen von Schizophrenie aufzuklären. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu fehlender Gedankenordnung, verzerrten Wahrnehmungen im Sinne von Halluzinationen, aber auch zu Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug. An Schizophrenie erkrankte Menschen sind in akuten Phasen der Krankheit gesellschaftlich oft auffallend und furchteinflößend, es konnte jedoch mehrfach bewiesen werden, dass Betroffene kein aggressiveres Verhalten an den Tag legen als der Rest der Durchschnittsbevölkerung. Und noch viel wichtiger: ein Großteil der Betroffenen ist entgegen der allgemeinen Auffassung über weite Strecken des Lebens frei von Symptomen und vermag am gesellschaftlichen Leben wie jeder andere Bürger teilzunehmen.

## Selbstmord im steirischen Regionenvergleich

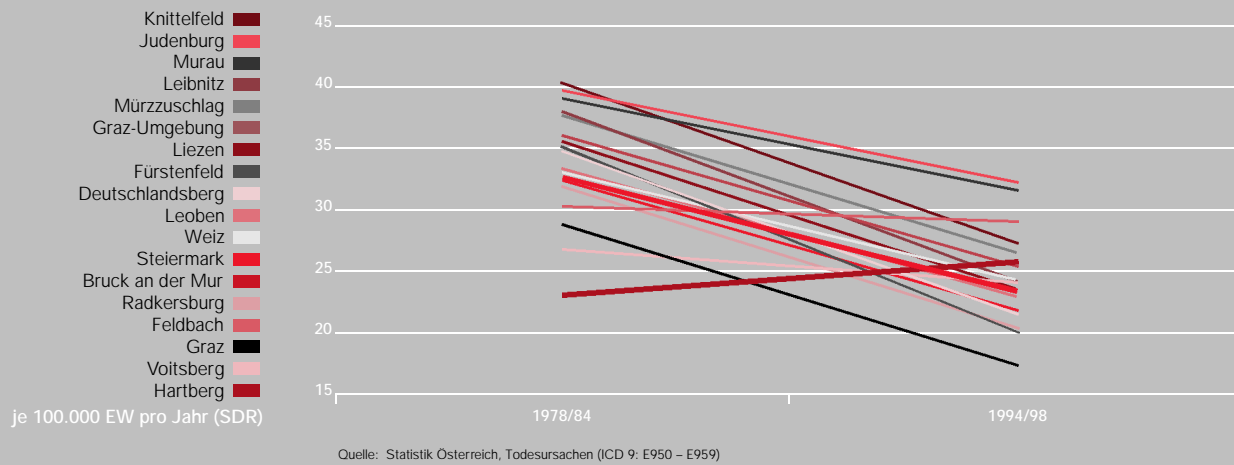


n Abbildung 6

### Selbstmord

Mortalität  
nach NUTS III-Regionen  
1994 – 1998

## Veränderung der Selbstmordraten in den steirischen Bezirken



n Abbildung 7

### Selbstmord

Mortalität  
nach steirischen Bezirken  
1987 – 1998

Spitalsaufenthalte infolge von Depression oder Schizophrenie sind für die Bevölkerung in und um Graz deutlich häufiger als für die Einwohner der anderen steirischen Regionen.

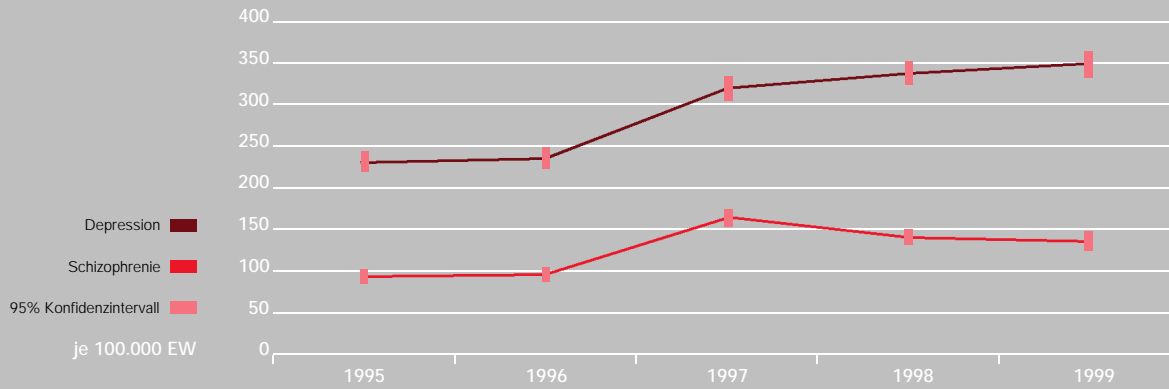
Die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen soll zunehmend vom Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie abgelöst werden.

Die Steiermark ist wie viele andere Länder Westeuropas darum bemüht, die Zahl der stationären Behandlungen infolge psychiatrischer Erkrankungen zu reduzieren und zum Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie überzugehen, das heißt Pflege dort, wo die Patienten leben und hoffentlich auch arbeiten. Allerdings erweist es sich aus verschiedenen organisatorischen und finanziellen Gründen noch als schwierig, diesen Plan in vollem Umfang zu realisieren. Idealerweise sollte eine gemeindenaher Psychiatrie vor Ort Dienste zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Krankheitsprävention umfassen und die wohnortzentrierte Behandlung des Patienten in enger Zusammenarbeit mit örtlichen Primärversorgungseinrichtungen ermöglichen. Trotz einer deutlichen Verbesserung der psychosozialen Versorgung in der Steiermark während der letzten Jahre, gibt es noch immer, wie auch in anderen Ländern, psychiatrische Großkrankenhäuser. Im Volksjargon auch als "Irrenhäuser" bezeichnet tragen sie wesentlich zur Stigmatisierung der Kranken bei. In den SKAFF-Krankenanstalten der Steiermark ist zwischen 1995 und 1999 eine Zunahme der

Krankenhausaufenthalte infolge von schwerer Depression und Schizophrenie zu verzeichnen (Abb.8). Die etwas ausgeprägtere Zunahme zwischen 1996 und 1997 dürfte sich zum Teil auf eine Umstellung in der Datenerhebung zurückführen lassen. 1995 waren steiermarkweit entsprechend der Datenlage 231 Krankenhausausschreibungen infolge schwerer Depression auf 100.000 Einwohner zu zählen, im Jahr 1999 lag die Vergleichszahl immerhin bei 347 Entlassungen auf 100.000 Einwohner. 95 Krankenhausaufenthalte je 100.000 Einwohner wurden im Jahr 1995 als Folge einer schizophrenen Erkrankung gezählt, im Jahr 1999 waren es immerhin 138. Im regionalen Vergleich weist die Bevölkerung in und um Graz die größten Raten der Krankenhausaufenthalte für die Hauptdiagnose Depression und Schizophrenie auf (Abb.9 und 10). Die Raten im Jahr 1999 unterscheiden sich statistisch signifikant von den Raten der anderen steirischen Regionen. Die wohnortbezogenen Ergebnisse stellen die Sicherstellung einer österreichweit qualitativ gleichwertigen stationären Versorgung psychisch Kranker in Frage.



Krankenhausaufenthalte infolge schwerer Depression und Schizophrenie



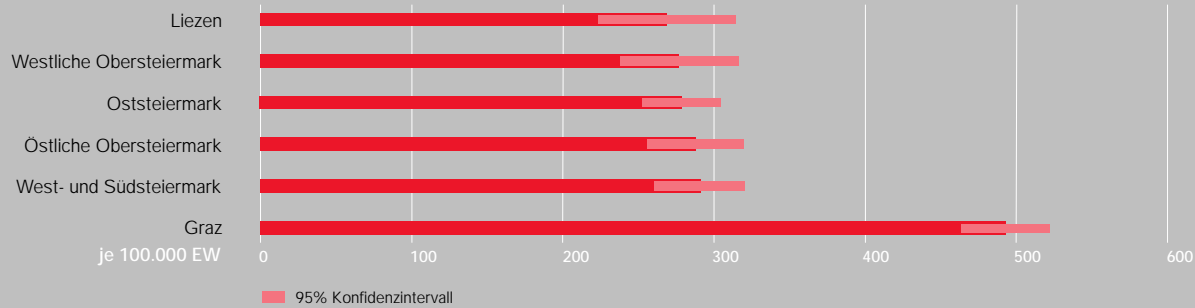
Quelle: SKAFF, Spitalsentlassungen ohne Tagespatienten (ICD-9: Depression 296.1, 296.3, 298.0, 300.4, 309.1, 311, Schizophrenie 295)

n Abbildung 8

Schwere Depression und Schizophrenie

Krankenhausesentlassungen  
SKAFF-Krankenanstalten  
Steiermark  
1995 - 1999

Krankenhausaufenthalte infolge schwerer Depression im Regionenvergleich



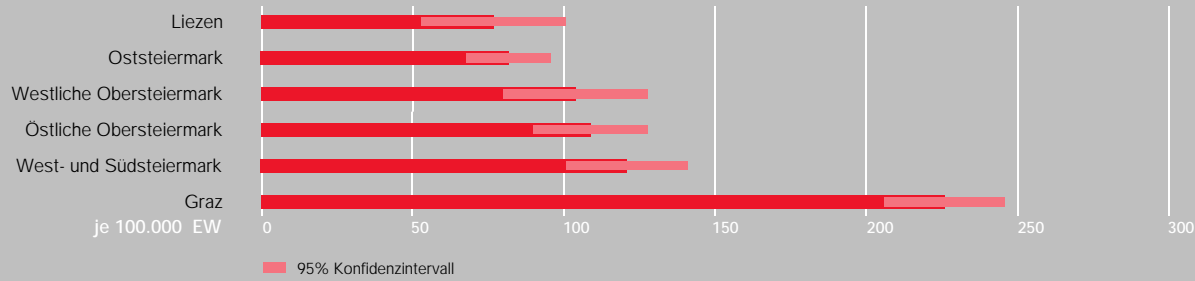
Quelle: SKAFF, Spitalsentlassungen ohne Tagespatienten (ICD-9: Depression 296.1, 293.3, 298.0, 300.4, 309.1, 311)

n Abbildung 9

Schwere Depression

Krankenhausesentlassungen  
SKAFF-Krankenanstalten  
Steiermark  
1999

Krankenhausaufenthalte infolge von Schizophrenie im Regionenvergleich



Quelle: SKAFF, Spitalsentlassungen ohne Tagespatienten (ICD-9: Schizophrenie 295)

n Abbildung 10

Schizophrenie

Krankenhausesentlassungen  
SKAFF-Krankenanstalten  
Steiermark  
1999



WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer Krankheiten

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 08

## Verringerung übertragbarer Krankheiten

Seite

**088** Krankenhausaufenthalte infolge von  
Infektionskrankheiten

**088** HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen

**094** Masernimpfung

**096** Keuchhusten, Hepatitis-B und Grippe

## Krankenhausaufenthalte infolge von Infektionskrankheiten

Zwischen 1995 und 1999 wurden in der Oststeiermark deutlich weniger Krankenhausaufenthalte infolge von Infektionserkrankungen verzeichnet als in den anderen Regionen der Steiermark.

Der abnehmende Trend der Infektionskrankheiten als Todesursache in Industriestaaten setzte sich auch im letzten Jahrzehnt in der Steiermark fort. Die Zahlen der Krankenhausentlassungen für diese Krankheitsgruppe sind zwischen 1995 und 1999 jedoch weitgehend konstant. Immerhin werden jährlich etwa 6000 Krankenhausaufenthalte infolge von übertragbaren Erkrankungen verzeichnet, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 8,6 Tage. Grund genug, um in erster Linie Strategien zur Vermeidung vieler Krankheitsfälle zu entwickeln

und andererseits kostengünstigere Behandlungen im ambulanten Bereich zu prüfen.

Während steiermarkweit zwischen 1995 und 1999 jährlich etwa 500 Krankenhausentlassungen auf 100.000 Einwohner infolge von Infektionskrankheiten fallen, zeichnet sich während dieses Zeitraumes ein regionaler Unterschied ab: 409 stationäre Aufenthalte auf 100.000 Einwohner in der Oststeiermark sind deutlich weniger als die entsprechenden Raten in allen anderen Regionen der Steiermark (zwischen 490 und 539) (Abb.1).

## HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen

Mit Jahresende 1999 wurden weltweit 34,3 Millionen HIV-infizierte oder AIDS-erkrankte Menschen geschätzt. Seit Epidemiebeginn werden rund 16 Millionen AIDS-Todesfälle gezählt.

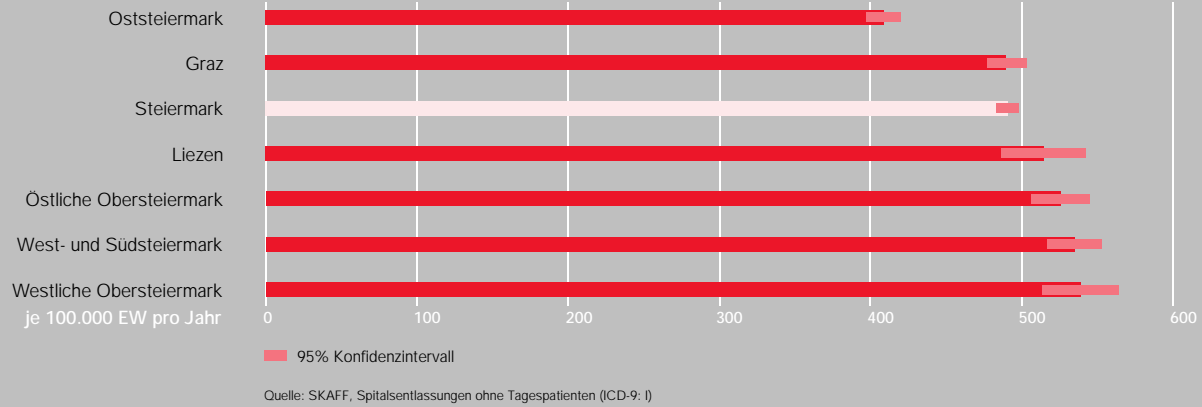
Über 70 % der weltweit Betroffenen leben in den subsaharischen Ländern Afrikas.

Das durch Körpersekrete, Blut und Blutprodukte übertragbare HIV-Virus stellt mit seiner nach wie vor tödlichen Folgeerkrankung AIDS seit den 80er Jahren eine der größten Herausforderungen bezüglich der menschlichen Gesundheit dar. Nach Angaben der WHO wurden mit Jahresende 1999 weltweit 34,3 Millionen HIV-infizierte und/oder AIDS-erkrankte Menschen geschätzt, davon 1,3 Millionen Kinder und 15,7 Millionen Frauen. Damit hat sich das Problem global seit 1990, als die Zahl der Betroffenen auf etwa 10 Millionen geschätzt war, mehr als verdreifacht. Seit Beginn der Epidemie starben insgesamt etwa 16 Millionen Menschen an AIDS. Mittlerweile ist weltweit keine Region vom HIV-Virus verschont geblieben, jedoch zeigt die Verbreitung der Krankheit globale und regionale Unterschiede (Abb.2). So sind laut Angaben der WHO über 80 Prozent der AIDS-Todesfälle in Afrika regionalisiert. In besonders hohem Ausmaß sind Länder des subsaharischen Afrika von der Seuche heimgesucht, wo etwa 71 Prozent der weltweit Betroffenen leben. Der mittlere Schätzwert für diese Region beträgt 4,1 % der Bevölkerung, die

HIV-infiziert oder an AIDS erkrankt ist (Abb.3).

Die Erwachsenenrate, welche sich nur auf die Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen, also die sexuell aktivste Population, bezieht, beträgt sogar 8,6 Prozent. Allerdings sind Schätzungen besonders in Afrika infolge der unsicheren Datenlage in den Todesfallregistern nicht so sicher wie in den reichen Ländern der westlichen Welt. Besonders in den Ländern der Dritten Welt vergrößert sich das AIDS-Problem durch die drastische Zunahme der Infektionsrate unter jungen Frauen und Kindern. Die Reduzierung der produktiven Generation infolge von Krankheit einerseits und die Zunahme von verwaisten und kranken Kindern andererseits wird zu einer Vergrößerung der volkswirtschaftlichen Kluft zwischen den Industrie- und Entwicklungsländern beitragen. Die finanziellen Ressourcen der Dritten Welt reichen zur Zeit nicht für eine Mehrbelastung des Gesundheitssystems, ganz zu schweigen von den kostenintensiven Therapien, die es mittlerweile vermögen, den Krankheitsverlauf von AIDS maßgeblich positiv zu beeinflussen.

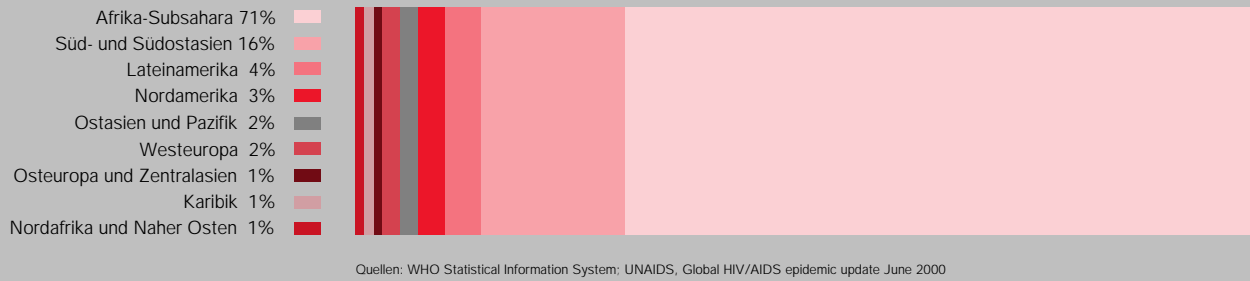
Krankenhausaufenthalte infolge von Infektionskrankheiten im Regionenvergleich



n Abbildung 1

**Infektionskrankheiten**  
Krankenhausesentlassungen  
SKAFF-Krankenanstalten  
nach NUTS III-Regionen  
1995 – 1999

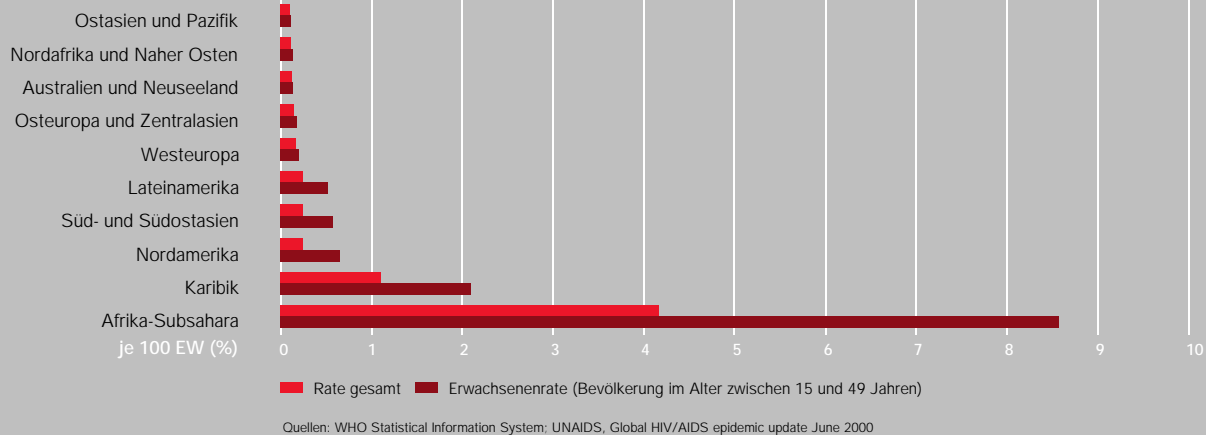
Weltweite Verteilung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen



n Abbildung 2

**HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen**  
Prozentuelle Verteilung  
nach Weltregionen  
1999

Häufigkeit von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen weltweit



n Abbildung 3

**HIV-Infektionen und AIDS- Erkrankungen**  
geschätzte Prävalenz  
nach Weltregionen  
1999

In den westeuropäischen Staaten zeigt sich ein Süd-Nord-Gefälle in der AIDS-Verbreitung.

Die HIV/AIDS-Epidemie zeigt auch innerhalb Westeuropas regionale Unterschiede im Sinne eines Süd-Nord-Gefälles. Während in den mittel- und nordeuropäischen Ländern die Neuinfektionen stetig bis rückläufig sind, erreichen die geschätzten Zahlen für Infizierte und Erkrankte in den Ländern des Südwestens wie Portugal, Spanien, Italien und Frankreich, wo sich die Epidemie im Vergleich zum Norden verzögert auszubreiten begann, 1999 Höchstwerte. In den Ländern Osteuropas ist in den kommenden Jahren mit einem vermehrten Anstieg der Neuinfektionen zu rechnen.

Seit Epidemiebeginn bis Ende 1999 wurden in Österreich 1969 Fälle von AIDS-Erkrankungen diagnostiziert. Etwa 8% davon fallen auf die Steiermark.

Österreich liegt mit einer geschätzten Prävalenz von 110 HIV-Infizierten und/oder AIDS-Erkrankten auf 100.000 Einwohner im Jahr 1999 nicht nur im geographischen Mittelfeld zwischen Norden und Süden. Der Spitzenreiter Portugal schreibt im gleichen Jahr eine geschätzte Quote von 365 Fällen auf 100.000 Einwohner. Die niedrigsten Prävalenzen Westeuropas sind mit Ende 1999 in den skandinavischen Ländern Finnland (21 je 100.000 EW) und Schweden (34 je 100.000 EW) zu finden (Abb.4).

In der Steiermark ist (wie in Österreich und anderen Industriestaaten) eine Abnahme der AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle zu verzeichnen, unter anderem bedingt durch neue Therapiemöglichkeiten. Die Zahl der Neuinfektionen ist etwas fallend. Eine anhaltende Rückläufigkeit bedarf jedoch einer Priorisierung adäquater Interventionsprogramme.

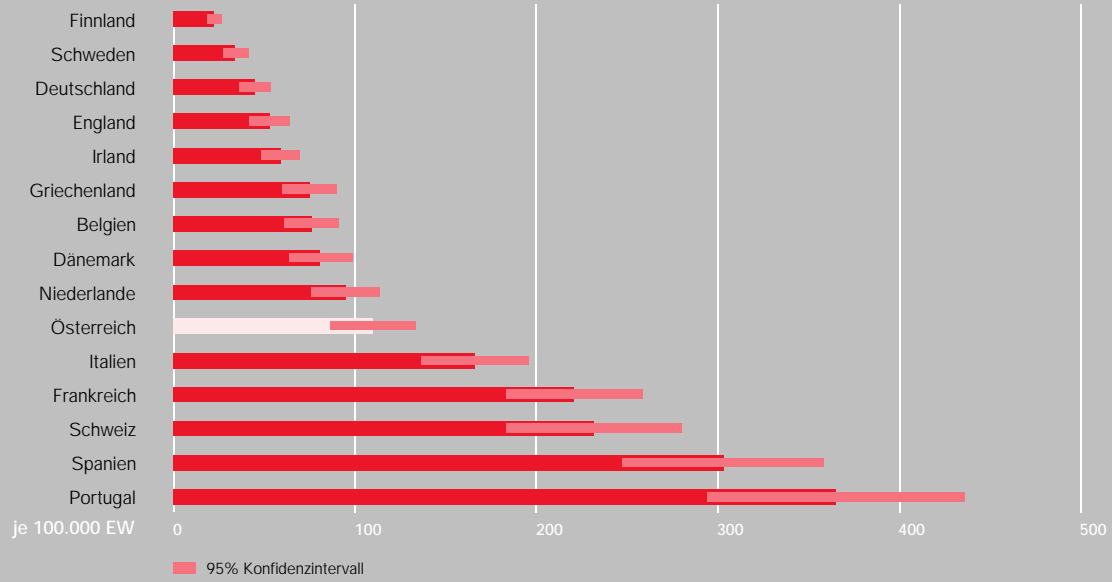
Infolge des Einsatzes neuer Kombinationstherapien mit Beginn der 90er Jahre ist in der Steiermark wie in Österreich und anderen Industriestaaten seit 1994/95 ein Abnahme der AIDS-Neuerkrankungen und -Todesfälle zu verzeichnen (Abb.5). Dieser Trend ist Ausdruck einer längeren symptomfreien Zeitspanne vor Krankheitsausbruch und einer besseren Lebenserwartung nach Ausbruch der AIDS-Erkrankung und somit als Teilerfolg in der Krankheitsbekämpfung zu bezeichnen. Die steigende Zahl der bisher unheilbaren Neuinfektionen kann jedoch nicht auf therapeutischem Wege sondern nur durch Präventionsmaßnahmen geschmälert werden. In den meisten Ländern wie auch in Österreich zählt die HIV-Infektion nicht zu den meldepflichtigen Krankheiten im engeren Sinn. Allerdings gibt es die Möglichkeit, zumindest die Anzahl der HIV-positiven Testergebnisse anonymisiert zu zählen.

Vier Testlabors sind in Österreich befugt, das Testergebnis eines peripheren Labors definitiv nochmals zu bestätigen. Nur bei einem solchermaßen "doppelt" abgesicherten HIV-Test darf eine Infektion mit dem Erreger der betroffenen Person mitgeteilt werden. Die Schätzungen über Infektions- bzw. Krankheitshäufigkeit anhand dieses anonymisierten Screenings und der klinisch diagnostizierten AIDS-Erkrankungen unterliegen stets dem Problem der zeitlichen Verzerrung, da zwischen Infektionszeitpunkt und Krankheitsausbruch zehn Jahre und mehr liegen können. Auch in den letzten Jahren verbesserte Methoden für die Hochrechnungen versprechen keine Exaktheit, erlauben jedoch eine Einschätzung des Größenproblems und des Epidemieverlaufes.

So dürften, wie österreichweite Schätzungen der HIV-Prävalenz zeigen, Aufklärungsprogramme ihre ersten Teilerfolge erzielt haben. Entsprechend der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation wurden 1999 in Österreich 9.000 HIV-Infizierte geschätzt. Dieser Wert unterbietet die Vergleichswerte von 1998 (14.000) und 1996 (10.000) (Abb.6). Auf die Bevölkerungsgröße bezogen liegt die geschätzte Prävalenz bei 0,11 Prozent; der westeuropäische Vergleichswert wird auf 0,13 Prozent geschätzt. Das Ziel, eine anhaltende Rückläufigkeit über adäquate Vorsorgemaßnahmen zu sichern, darf jedoch nicht aus den Augen verloren werden, zumal sich eine Verschiebung der Risikopopulation abzeichnet.

Während der Infektionsübertragung durch Bluttransfusionen in den letzten Jahren Einhalt geboten werden konnte und Präventionsprogramme das Risiko einer HIV-Infektion für homosexuelle Männer und i.v.-Drogenanwender senken konnten, ist ein Anstieg der bis dahin als "Nichtrisikopopulation" geltenden Heterosexuellen, insbesondere der Frauen zu verzeichnen. Im Jahr 1999 neu an AIDS Erkrankte, die der Infektionspopulation vor etwa 10 Jahren entsprechen, verteilen

Häufigkeit von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen im EU-Vergleich

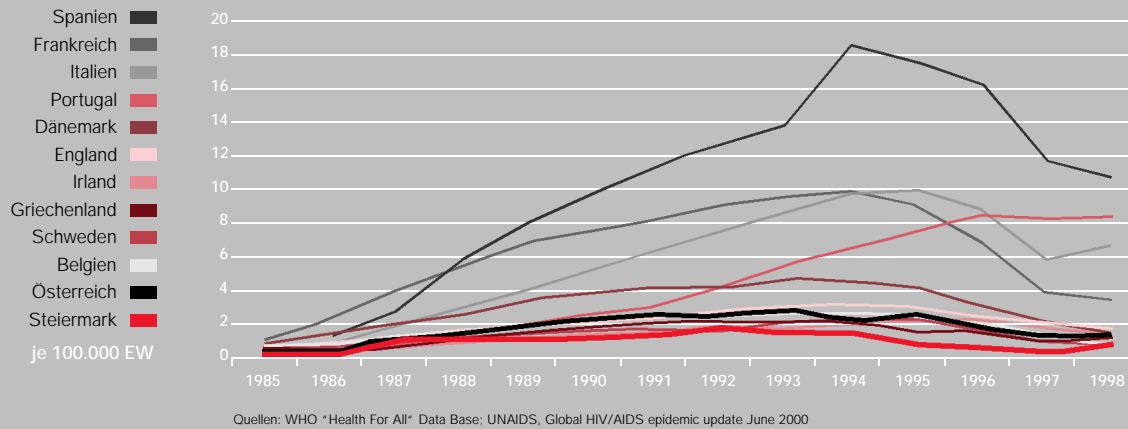


n Abbildung 4

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen

geschätzte Prävalenz  
EU-Länder  
1999

Klinisch diagnostizierte AIDS-Neuerkrankungen in der Europäischen Union

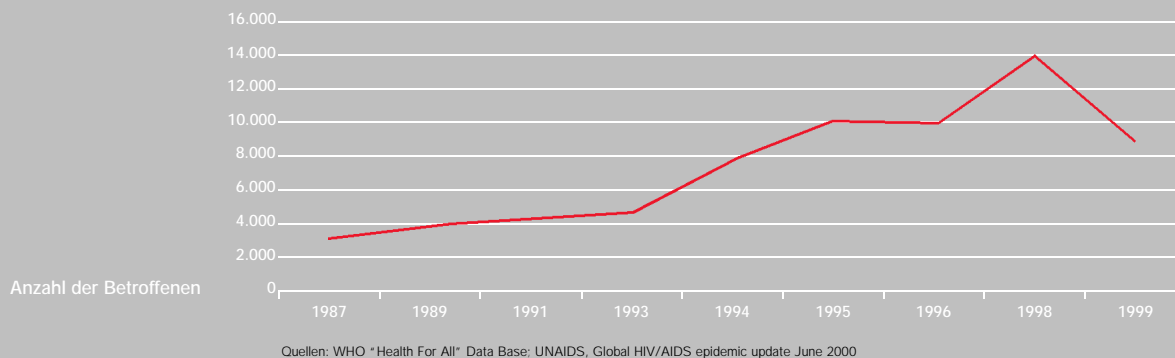


n Abbildung 5

AIDS-Neuerkrankungen

Inzidenz  
ausgewählte EU-Länder  
1985 - 1998

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Österreich



n Abbildung 6

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen

geschätzte Prävalenz  
Österreich  
1987 - 1999

Quellen: WHO "Health For All" Data Base; UNAIDS, Global HIV/AIDS epidemic update June 2000

Bei einem Drittel der im Jahr 1999 in Österreich an AIDS Erkrankten erfolgte die Übertragung des HIV-Virus über heterosexuellen Kontakt.

Zielsetzung der nächsten Jahre muss es sein, die Zahl der Neuinfektionen über intensiverte Aufklärungsprogramme einzudämmen, die Dynamik der HIV-Epidemie den Anforderungen der EU entsprechend besser zu verstehen, eine adäquate medizinische Betreuung für alle Erkrankten zu gewährleisten und Betroffene der gesellschaftlichen Stigmatisierung zu entziehen.

sich zu 28 Prozent auf Homo- bzw. Bisexuelle und zu 27 Prozent auf i.v.-Drogenanwender.

Die Gruppe der Heterosexuellen stellte erstmals seit Epidemieausbruch in Österreich mit 33 Prozent die am stärksten vertretene Gruppe unter den AIDS-Erkrankten dar (Abb.7). Allerdings spiegelt dieser Trend das Übertragungsgeschehen vor etwa 10 Jahren wider. Wo das Infektionsrisiko heute die größte Dynamik hat, kann nicht gesagt werden.

Seit Epidemiebeginn bis Ende 1999 wurden in Österreich 1969 Fälle von AIDS-Erkrankungen klinisch diagnostiziert. Die Poleposition in der österreichischen AIDS-Epidemie nahm stets Wien ein, wo etwa 50 Prozent der österreichischen AIDS-Erkrankungen lokalisiert sind; zwischen 1993 und 1998 gab es in Wien durchschnittlich 60 Fälle auf 100.000 Einwohner im Jahr. Zwischen 1986 und 1997 waren 7,7 Prozent der österreichweit an AIDS Erkrankten Steirerinnen und Steirer (Abb.8). Damit nimmt die Steiermark hinter Wien, Oberösterreich und Tirol den 4. Platz in der Verteilung der AIDS-Erkrankungen ein. Bezogen auf die Einwohnerzahl wird die kumulative Fall-Rate von etwa 12 Fällen auf 100.000 steirische Einwohner von Kärnten, Niederösterreich und dem Burgenland unterboten (alle unter 10 Fälle auf 100.000 Einwohner).

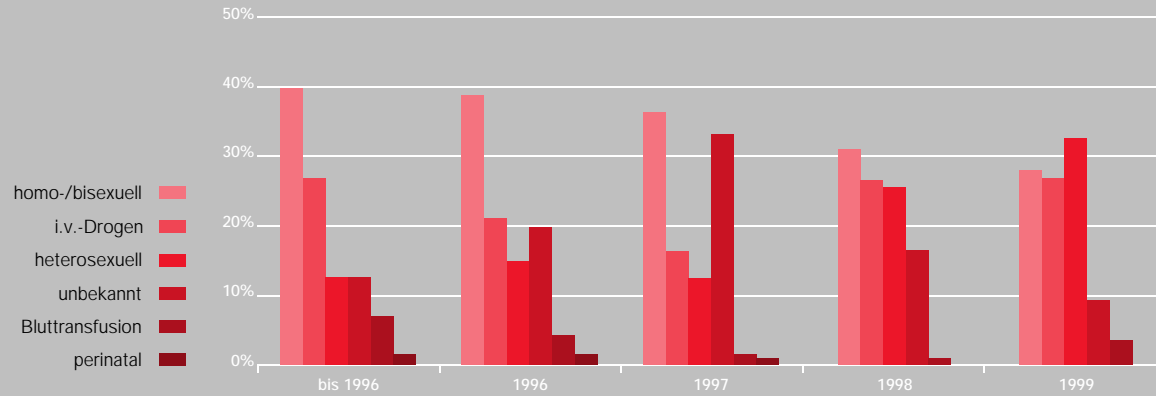
Seit 1985 wurden bis zum Ende des ersten Halbjahres 2000 156 neue Fälle von AIDS-Erkrankungen in der Steiermark gezählt, 107 der Betroffenen sind bereits verstorben (Abb.9). Die

jährlichen Inzidenz- und Sterberaten sind, entsprechend dem allgemeinen Trend der Industriestaaten, unter anderem als Folge therapeutischer Möglichkeiten seit 1994/95 fallend. Die jährlichen Neuinfektionen werden von der Weltgesundheitsorganisation, entsprechend der allgemeinen Entwicklung der mittel- und nordeuropäischen Staaten, seit 1999 als stetig bis gering fallend eingeschätzt, konkrete Schätzungen auf Bundesländerebene liegen jedoch nicht vor.

Zielsetzung der nächsten Jahre muss es sein, die Zahl der Neuinfektionen einzudämmen, adäquate medizinische Betreuung für alle Erkrankten zu gewährleisten und Betroffene der gesellschaftlichen Stigmatisierung zu entziehen. Aufklärungsarbeit für "safer sex" sollte insbesondere an alle Jugendlichen im Alter ihrer größten Unsicherheit und Verletzlichkeit gerichtet sein. Für Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben, und i.v.-Drogenanwender gilt es zusätzliche spezifische Aufklärungsarbeit zu leisten. Insbesondere gilt es, Kondome salonfähig zu machen. Auch die Behandlung anderer sexuell übertragbarer jedoch heilbarer Krankheiten, wie Infektionen durch Chlamydien und Trichomonaden, Gonorrhoe und Syphilis, dürfte für den AIDS-Epidemieverlauf eine gewisse Rolle spielen. So haben neue wissenschaftliche Erkenntnisse gezeigt, dass die Empfänglichkeit für eine HIV-Virusinfektion bei Vorliegen anderer Geschlechtskrankheiten zunimmt.



## AIDS-Erkrankte nach Übertragungsmodus in Österreich



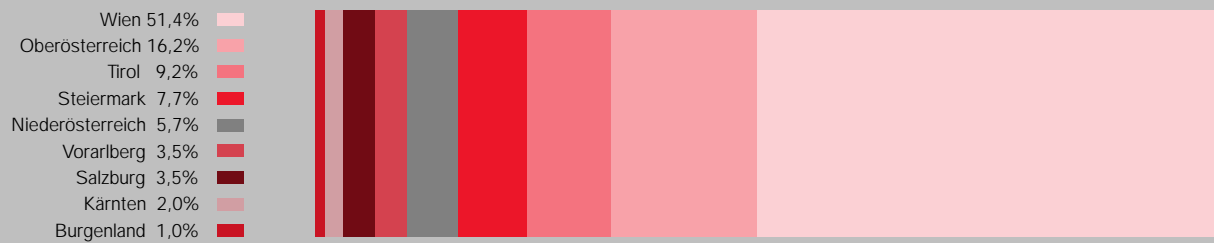
Quellen: WHO Statistical Information System; UNAIDS Country Information 1999

n Abbildung 7

### AIDS-Erkrankungen

nach Übertragungsmodus der HIV-Infektion Österreich 1983 – 1999

## Bundesländeranteil der in Österreich an AIDS Erkrankten



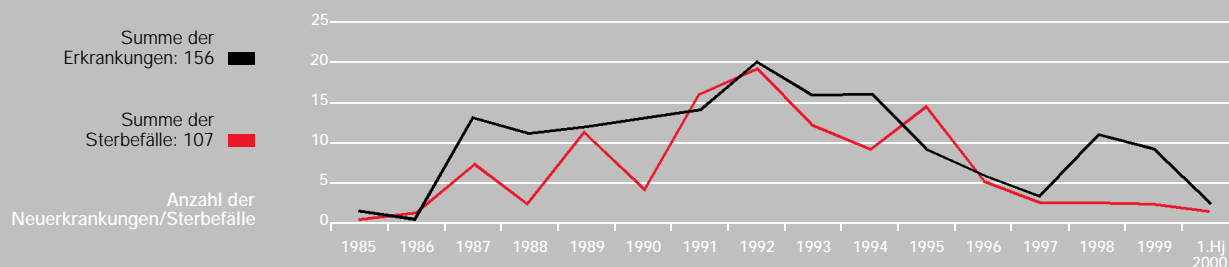
Quelle: Statistik Österreich

n Abbildung 8

### AIDS-Erkrankungen

Prozentuelle Verteilung nach Bundesland 1986 – 1997

## AIDS in der Steiermark



Quellen: Statistik Österreich; BMSG

n Abbildung 9

### AIDS-Zahlen

Inzidenz und Mortalität Steiermark 1985 – 2000

## Masernimpfung

Zwischen 1996 und 1998 konnten im Rahmen der steirischen Immunisierungskampagne "Masernschutz 100 %" die Masern-Impfquoten für "Erstklassler" bis auf nahezu 93 % angehoben werden. Für höhere Altersstufen und einige steirische Regionen bestehen noch Impflücken. Die von den Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation geforderte Durchimpfungsrate bis zum Jahr 2007 beträgt 95 %.

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation entsprechend sterben weltweit etwa 1 Million Kinder als Folge einer Maserninfektion. In den westlichen Industrienationen hat sich die Masernimpfung positiv auf die Häufigkeit von Maserninfektionen ausgewirkt und vor allem einen drastischen Rückgang der Todesfälle bewirkt. In Österreich besteht keine Meldepflicht für Masern, sodass es über die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen auch in der Steiermark keine Angaben gibt. Über Erkrankungen und deren Komplikationen infolge einer Maserninfektion wurde in den vergangenen Jahren immer wieder berichtet. Im Jahr 1995 wurden immerhin 114 Masernfälle in der Steiermark stationär behandelt, im darauffolgenden Jahr 3 Fälle von maserninduzierten Hirn- und Hirnhautentzündungen gemeldet. Abgesehen von vermeidbaren Einzelschicksalen verursacht die Krankheit noch immer beträchtliche Kosten für das Gesundheitswesen. Das 1984 von der WHO gesetzte Ziel, die Masern mittels erfolgreicher Impfstrategien bis zum Jahr 2000 auszurotten, konnte bislang noch nicht erreicht werden.

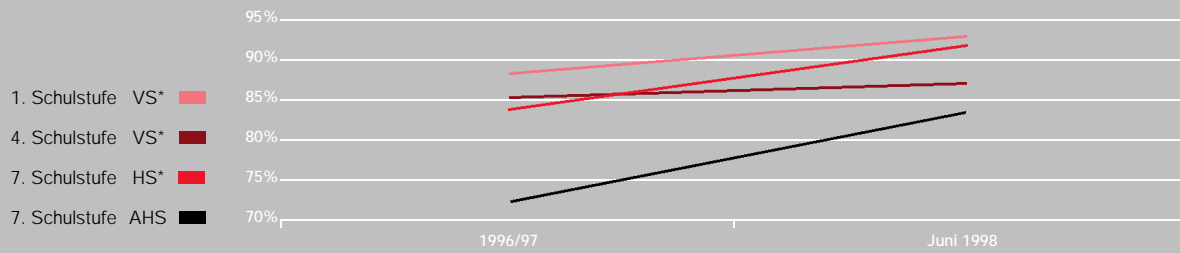
Laut Österreichischem Impfplan ist die erste Masern-Röteln-Mumps-Impfung im 14. Lebensmonat vorgesehen und eine zweite Impfung im 7. Lebensjahr, bei Schuleintritt, empfohlen. In den Jahren 1996 bis 1998 führte das Gesundheitsressort der Steiermärkischen Landesregierung die Kampagne "Immunisieren statt Riskieren – Masernschutz 100 %" durch. Vor und nach dem Interventionsprogramm wurde die Impfquote unter den Schulkindern gemessen. Die eigens in einem Bericht veröffentlichten Ergebnisse seien an dieser Stelle nochmals gekürzt zusammengefasst:

Im Dezember 1996 waren 88,4 Prozent der "Erstklassler" gegen Masern geimpft, jedoch nur etwa jedes dritte geimpfte Kind hatte bereits die zweite Masernimpfung erhalten. In der 4. Klasse Volksschule waren 84,0 Prozent der Kinder gegen Masern geimpft, jedoch nur jedes sechste Kind davon hatte auch eine Auffrischungsimpfung erhalten. Für Hauptschüler der 3. Klasse lag die Impfquote vor der Kampagne im Juni 1997 bei 72,5 Prozent, für Mittelschüler der gleichen Altersstufe bei 85,5 Prozent. Der Prozentanteil der zweifach geimpften war unter den Mittelschülern etwa doppelt so hoch wie unter den Hauptschülern. Nach der Kampagne wurde im Juni 1998 festgestellt, dass für alle untersuchten Schulstufen die Impfquote deutlich angehoben werden konnte. In der ersten Schulstufe waren nun 92,8 Prozent und in der vierten 91,7 Prozent der Kinder geimpft. Die 13-jährigen Hauptschüler waren zu 83,4 Prozent geimpft, Mittelschüler gleichen Alters zeigten eine Impfquote von 84,3 Prozent (Abb.10).

Um einen andauernden Erfolg in der Masernbekämpfung zu erzielen, gilt es, weiterhin Impflücken strategisch zu füllen.

Die 1998 in der Steiermark erreichten Impfquoten zeigen zumindest teilweise eine Annäherung an die Zielsetzungen der WHO-Mitgliedstaaten. Diese geben nämlich vor, bis zum Jahr 2000 eine Durchimpfungsrate von 95% bei der ersten Masernimpfung zu erreichen. Gemeinsam mit einem guten Überwachungssystem sollen schließlich bis zum Jahr 2007 die Masern eliminiert werden, das heißt durch gezielte Bemühungen soll es bis dahin in der Steiermark keine Masernerkrankungen mehr geben.

Masern-Impfquoten in der Steiermark



\* Unterschiede statistisch signifikant  
 Quelle: Institut für Sozialmedizin/Stronegger und Freidl

n Abbildung 10  
**Masern-Impfquote**  
 nach Schulstufe  
 Steiermark  
 1996/97 und 1998

## Keuchhusten, Hepatitis-B und Grippe

In der Steiermark werden jährlich etwa 2,4 Keuchhustenfälle auf 100.000 Einwohner gemeldet. Bis zum Jahr 2010 soll die Rate auf unter 1 gesenkt werden.

Die Verbreitung der Hepatitis-B steigt mit der zunehmenden Zahl der chronischen Virusträger. In den vergangenen 15 Jahren wurden in der Steiermark durchschnittlich 30 Hepatitis-B-Neuinfektionen pro Jahr gemeldet. Die Hepatitis-B-Impfung ist seit 1998 Bestandteil des Österreichischen Impfplanes. Damit soll, entsprechend der Zielsetzung der WHO-Mitgliedstaaten, die Zahl der Neuinfektionen um mindestens 80 % gesenkt werden.

Wenngleich sehr unterschiedliche Infektionskrankheiten, so ist dem Keuchhusten, der Hepatitis-B und der Grippe doch eines gemeinsam: ihnen kann durch gezielte Impfmaßnahmen größtenteils vorgebeugt werden. Während der Keuchhusten insbesondere für nichtgeimpfte Säuglinge zu lebensbedrohlichen Zuständen führen kann, ist das Infektionsrisiko für Hepatitis-B im jugendlichen Erwachsenenalter besonders hoch. Die Grippe bedeutet vor allem für alte Menschen eine Erkrankung, die auch zum Tode führen kann. Die dahinterstehenden Einzelschicksale und Kosten für das Gesundheitswesen erreichen in Anbetracht ihrer Vermeidbarkeit enorme Ausmaße.

Die jährlichen Fallzahlen für Keuchhusten, syn. Pertussis, in der Steiermark schwanken seit 1984 zwischen 10 und 59 um den Mittelwert von 29 (Abb.11). Zwischen 1984 und 1998 betrug die jährliche Durchschnittsrate der Neuerkrankungen 2,4 je 100.000 Einwohner. Im Vergleich mit Staaten der Europäischen Union liegt dieser Wert etwas über dem österreichischen (1,2), aber deutlich unter dem EU-Durchschnitt (6,6). Schweden zeigte im Vergleichsjahr mit Abstand die höchste Inzidenzrate, nämlich 95,8 Fälle auf 100.000 Einwohner, wenngleich nicht auszuschließen ist, dass die höheren Fallzahlen auf eine bessere Meldetradition zurückzuführen sind. Entsprechend den Zielen der WHO-Mitgliedstaaten sollten bis zum Jahr 2010 die jährlichen Neuerkrankungen unter 1 pro 100.000 Einwohner liegen. Seit 1999 werden im Rahmen des Österreichischen Impfkonzeptes Impfstoffe mit ausgezeichneter Verträglichkeit eingesetzt.

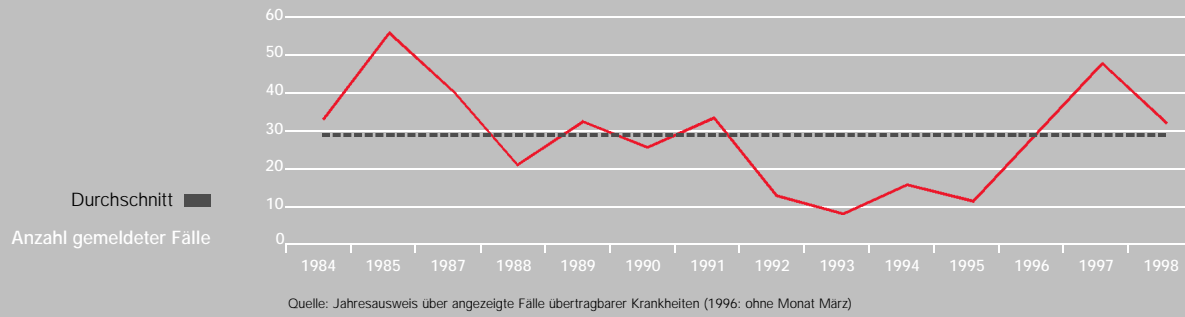
Hepatitis-B ist eine Viruserkrankung, die durch direkten Kontakt mit Blut und anderen virushaltigen Körperflüssigkeiten übertragen wird. Neben berufsbedingter Exposition (Gesundheitspersonal) besteht ein Übertragungsrisiko in erster Linie beim Geschlechtsverkehr, aber auch beim intravenösen

Drogenmissbrauch und bei der Geburt für den Säugling, wenn die Mutter Virusträgerin ist.

Beim größten Teil der Erwachsenen bleibt die Infektion symptomlos oder heilt spurlos aus, etwa 10 Prozent der Betroffenen bleiben chronisch infiziert und tragen zur Verbreitung der Krankheit bei. Hepatitis-B kommt besonders häufig in Südostasien, China und Afrika vor. Obwohl in Europa kaum große Krankheitsausbrüche verzeichnet werden, ist die Hepatitis-B auch bei uns ein ernstes Gesundheitsproblem. Laut Informationen des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen wird angenommen, dass in Österreich ca. 42.000 Menschen chronisch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert sind. Von diesen werden voraussichtlich 800 an Leberzirrhose und 400 an Leberkarzinom erkranken. In der Steiermark wurden seit 1984 durchschnittlich 29 Neuinfektionen im Jahr gemeldet (Abb.12). Die Raten der Einzeljahre bezogen auf die Bevölkerung liegen zwischen 0,6 und 4,4 Meldungen je 100.000 Einwohner. Zum Schutz gegen Hepatitis-B steht eine wirksame und gut verträgliche Impfung zur Verfügung, die neuerdings kostenlos als Standard für Kinder in den Österreichischen Impfplan mit einbezogen worden ist. Auf diesem Wege und durch Aufklärung über mögliche Infektionswege sollte das Ziel, die Zahl der neuen Virusträger um mindestens 80 % zu reduzieren, bis zum Jahr 2010 erreicht werden.

Grippe, syn. Influenza, ist eine schwere Atemwegserkrankung, die besonders bei alten Menschen zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen kann. Während in jungen Lebensjahren eine Grippe oder Lungenentzündung nur in seltenen Fällen zum Tode führt, steigen die Todesraten in dieser Krankheitsgruppe ab dem 60. Lebensjahr exponentiell mit zunehmendem Alter an. In der Altersgruppe der Über-85-jährigen sterben immerhin 444 von

## Keuchhusten in der Steiermark

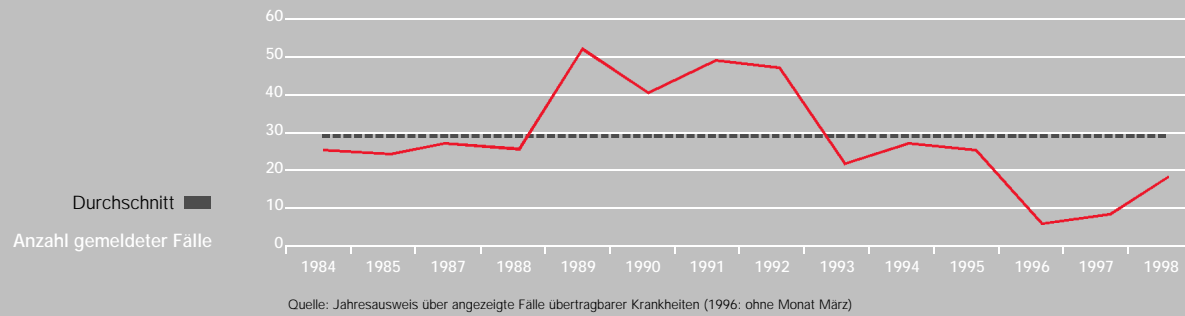


n Abbildung 11

### Keuchhusten

gemeldete Inzidenz  
Steiermark  
1984 - 1998

## Hepatitis-B in der Steiermark



n Abbildung 12

### Hepatitis-B-Infektion

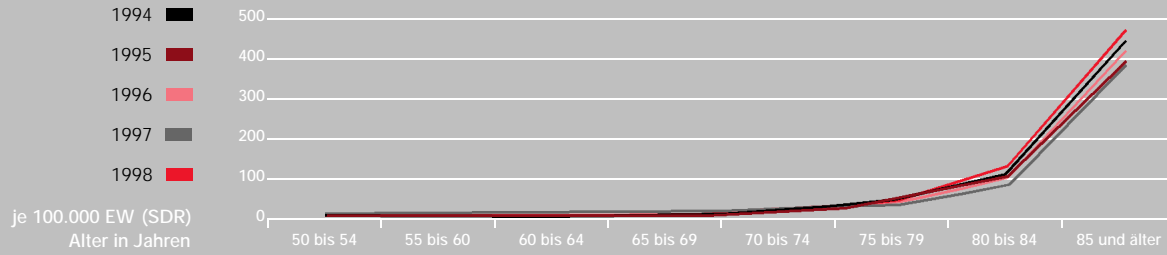
gemeldete Inzidenz  
Steiermark  
1984 - 1998

Grippe ist eine schwere Atemwegserkrankung, die besonders bei alten Menschen zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen kann. Die Durchimpfungsrate ist in der Steiermark noch zu gering.

100.000 an einer dieser Krankheiten (Abb.13). Bei der Mikrozensusbefragung *Zur Gesundheit* im Jahr 1991 berichten durchschnittlich 14 Prozent der in den Gemeinden lebenden steirischen Bevölkerung über eine erlittene Erkältungskrankheit im vorangegangenen Jahr. Nach einer Grippeerkrankung wird in dieser Umfrage nicht gesondert gefragt. Ab dem Alter von 50 Jahren wird zunehmend häufig das Auftreten einer Lungenentzündung, welche als Grippekomplikation gilt, angegeben (Abb.14). Für ältere Menschen im Krankenhaus oder Pflegeheim, welche in der Befragung nicht eingeschlossen sind, wird die Zahl der Atemwegserkrankungen ein-

schließlich der Grippe noch wesentlich höher eingeschätzt. Jährlich fallen die meisten Krankenstände auf Krankheiten der Atmungsorgane. Im Jahr 1997 waren es österreichweit 3.252 entfallene Arbeitstage auf 1.000 erwerbstätige Arbeiter und Angestellte. Ein beträchtlicher Teil davon ist auf durch Impfung vermeidbare Grippefälle zurückzuführen. Ein wirksamer Impfstoff gegen Influenza muss wegen der großen Wandlungsfähigkeit des Grippevirus jährlich neu hergestellt werden. Die Grippe-Impfquote ist in der Steiermark speziell im geriatrischen Bereich noch viel zu niedrig.

## Sterblichkeit infolge von Grippe oder Lungenentzündung



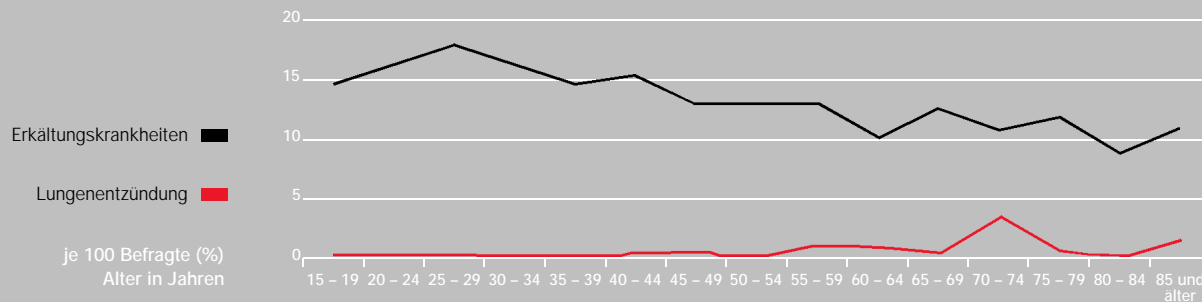
Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik

n Abbildung 13

## Grippe und Lungenentzündung

Mortalität nach Altersgruppen 1994 – 1998

## Erkältungskrankheiten und Lungenentzündungen in der steirischen Bevölkerung



Quelle: Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991

n Abbildung 14

## Erkältungskrankheiten und Lungenentzündung

Prävalenz nach Altersgruppen Steiermark 1991



WHO-Ziel:  
Verringerung  
nicht übertragbarer Krankheiten



Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 09

## Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten

Seite

**104** Herz-Kreislauf-Erkrankungen

**106** Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane

**108** Diabetes

**110** Erkrankungen der Bewegungsorgane

**112** Krebserkrankungen

**116** Lungenkrebs

**118** Gesundenuntersuchung,  
Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Herz-Kreislauf-  
Erkrankungen stellen die  
häufigste Todesursache,  
gefolgt von  
Krebserkrankungen,  
chronischen  
Atemwegserkrankungen,  
Erkrankungen der  
Verdauungsorgane und  
Unfällen.

Die Reduzierung umwelt-  
und verhaltensbedingter  
Risikofaktoren bleibt  
Dreh- und Angelpunkt von  
Maßnahmen zur  
Verringerung der  
Neuerkrankungen.

Vermeidung und  
Früherkennung von  
Krankheit, qualitäts-  
gesicherte, kostengünstige  
Krankenversorgung und  
Rehabilitation sollen die  
Krankheitslast der  
Bevölkerung reduzieren  
und finanzierbar machen.

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind in Österreich, wie in anderen westeuropäischen Ländern, die häufigsten Ursachen des Todes, gefolgt von Krebserkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und Unfällen (Abb.1).

Gemeinsam mit Diabetes und Erkrankungen der Bewegungsorgane fordern sie auch hinsichtlich der Krankheitslast unserer Bevölkerung den höchsten Tribut. Die Summe der Einzel-erkrankungen, bevor sie zum Tode führen, wirft sowohl aus ökonomischer Sicht der Gesundheitspolitik als auch aus emotionaler Sicht der Betroffenen Probleme auf, die es zu vermeiden gilt. Die meisten Krankenhausaufenthalte sind auf nicht übertragbare und großteils vermeidbare Krankheiten zurückzuführen. 1998 lag die Zahl der stationären Entlassungen der Steirerinnen und Steirer bei nahezu 320.000. Bezogen auf die Bevölkerungsgröße ergibt das eine Jahresrate von gut 26.000 Krankenhausaufenthalten je 100.000 Einwohner (Abb.2). Damit liegt die Steiermark zwar unter dem österreichischen Durchschnitt von etwa 27.000 Krankenhausaufenthalten auf 100.000 Einwohner, die Zahl der stationären Behandlungen ist jedoch im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern sehr hoch (vgl. Kapitel 4).

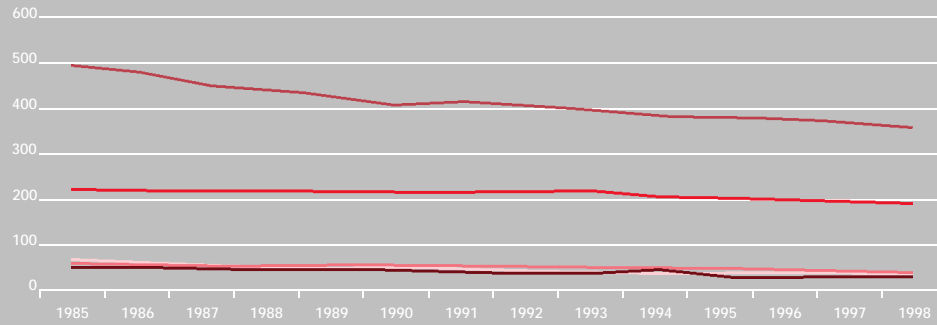
Die enorme Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in der Steiermark wirft die dringliche Forderung auf, Krankenbehandlungen nach Möglichkeit qualitätsgesichert und kostengünstiger in den Sektor der primären Gesundheitsversorgung zu verlagern. Genetische,

biologische, Verhaltens- und Umweltfaktoren beeinflussen die individuelle Prädisposition für nicht übertragbare Krankheiten. Den neuen Ergebnissen aus der Genforschung zufolge sind die Erbanlagen einer Person in Hinsicht auf die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, weitaus wichtiger als zuvor angenommen.

Dennoch bleibt die Reduzierung und Überwachung umwelt- und verhaltensbedingter Risikofaktoren Dreh- und Angelpunkt von Maßnahmen zur Verringerung der Neuerkrankungen. Integrierte Programme zur Reduzierung der Risikofaktoren für viele dieser Krankheiten können dazu beitragen, die kostenintensive und individuell belastende kurative Medizin hintanzuhalten. Zu diesen Risikofaktoren gehören allen voran Armut und jede Art der sozioökonomischen Benachteiligung, aber natürlich auch das Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, hoher Alkoholkonsum und verschiedenen Formen von Stress. Das zur Verhütung eines Großteils der nicht übertragbaren Krankheiten notwendige Wissen ist vorhanden. Außerdem erlauben Strategien für Screeningverfahren und für die Fallsuche die Früherkennung und Diagnose solcher Krankheiten in der Bevölkerung und beim Einzelnen. Darüber hinaus sind die Behandlungsmethoden bei einigen Krankheiten, wie zum Beispiel bei der Koronarerkrankung zunehmend effizienter geworden. Im übrigen bleibt die Rehabilitation eine wichtige Komponente des Krankheitsmanagements.

Die häufigsten Todesursachen in Österreich

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
  - Bösartige Neubildungen
  - Erkrankungen der Verdauungsorgane
  - Erkrankungen der Atmungsorgane
  - Unfälle und schädliche Wirkungen
- je 100.000 EW (SDR)



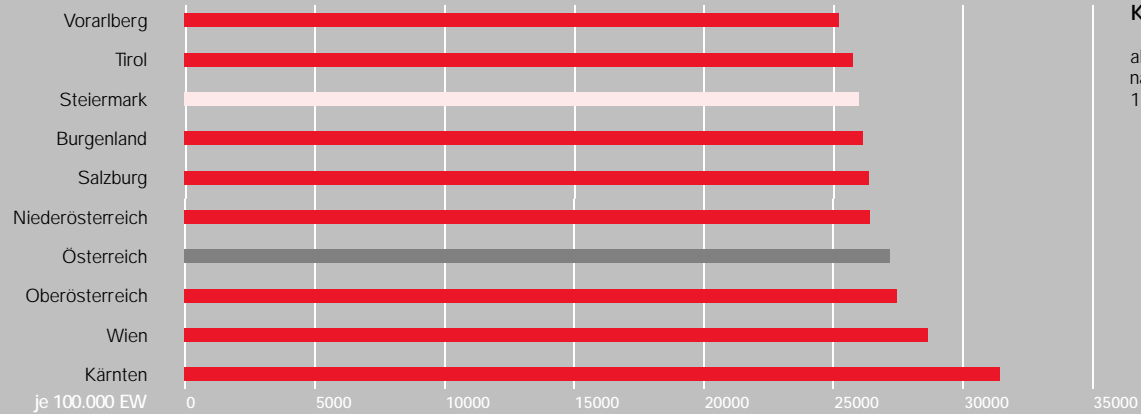
Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 390 – 459, 140 – 208, 520 – 579, 460 – 519, E800– 949)

n Abbildung 1

Mortalität

nach Diagnose-Hauptgruppen Österreich 1985 – 1998

Krankenhausentlassungen in den Bundesländern



Quelle: Statistik Österreich, Spitalsentlassungsfälle nach Wohnbundesland

n Abbildung 2

Krankenhausentlassungen

alle Diagnosegruppen nach Bundesland 1998

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der West- und Südsteiermark sterben deutlich mehr Menschen an Herzinfarkt als in den anderen steirischen Regionen. Der Schlaganfall ist in der Steiermark häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern.

Strategien auf der Bevölkerungsebene zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung sind ebenso wichtig wie Strategien in der Behandlung auf individueller klinischer Ebene. Voraussetzung für die Gestaltung von Gesundheitsprogrammen ist die Kenntnis des Gesundheitswissens und des Gesundheitszustandes der Menschen.

Die Analyse von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsdaten und die Berichterstattung darüber ermöglichen eine zielgerichtete Planung von Gesundheitsprogrammen und eine ergebnisorientierte Überwachung.

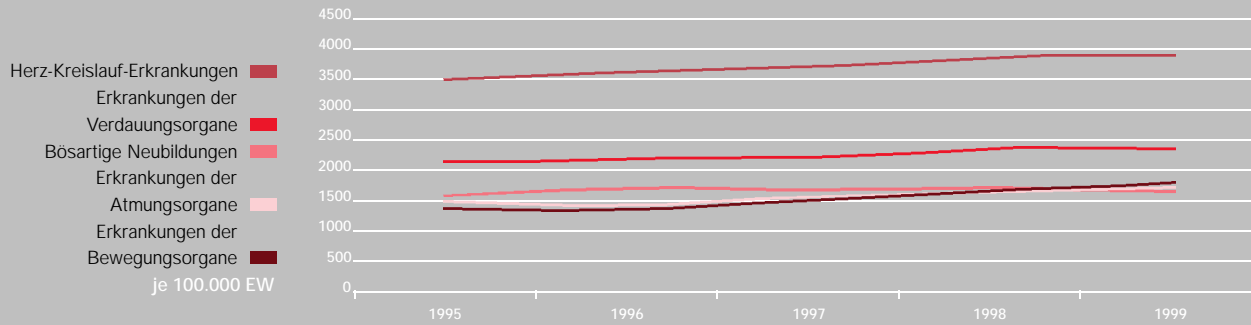
Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen der Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen infolge von Sauerstoffmangel, aber auch die Erkrankungen der Hirngefäße, allen voran der Schlaganfall. Ferner umfasst diese Krankheitsgruppe Durchblutungsstörungen der Extremitäten und den in der Bevölkerung weit verbreiteten Bluthochdruck. Wenngleich entsprechend der österreichischen Todesursachenstatistik Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen abnehmenden Trend aufweisen, so sind sie noch immer häufigste Ursache des Todes und veranlassen auch die meisten Krankenhausaufenthalte. In den steirischen Landeskrankenhäusern stieg die Zahl der stationären Aufenthalte infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen 1995 und 1999 kontinuierlich an (Abb.3). Wurden zu Beginn dieses Zeitraumes noch etwa 3.500 Entlassungen in dieser Diagnosegruppe auf 100.000 Einwohner pro Jahr gezählt, waren es fünf Jahre später über 3.900. Dieser zunehmende Trend der Krankenhausaufenthalte ist auch für andere Diagnosegruppen zu beobachten. Trotz umfangreicher stationärer Versorgung und zunehmend verbesserten Diagnose- und Therapieverfahren fehlt es oft an der Interaktion zwischen der Notfall-, Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung.

Der Herzinfarkt illustriert dieses Beispiel gut. Strategien zur Behandlung und Rehabilitation sind ebenso wie Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventions-Strategien zur Bekämpfung und zum Management von Risikofaktoren erforderlich. Diese Strategien müssen auf Bevölkerungsebene ansetzen, wobei die Notfallsdienste in akuten Fällen eine rasche Intervention sicherstellen, gefolgt von einer raschen Überführung ins Krankenhaus und wirkungsvoller Therapie (z.B. koronare Thrombolyse). Darüber hinaus kommt gut organisierten Rehabilitationsdiensten eine wesentliche Bedeutung zu.

Zwischen 1994 und 1998 lag die altersstandardisierte jährliche Sterberate infolge von Herzinfarkt steiermarkweit bei 65 auf 100.000 Einwohner. Die regionalen Unterschiede in der Sterblichkeit sind zum Teil beträchtlich. Mit 85 Todesfällen auf 100.000 Einwohner ist das Risiko der Bevölkerung in der West- und Südsteiermark, an Herzinfarkt zu sterben, statistisch signifikant höher als in den restlichen Regionen (Abb.4). Die Gesamtheit der nötigen Interventionen könnte in einem Gesundheitsprogramm zusammengefasst werden. Voraussetzung für die Gestaltung eines Programms ist die Kenntnis des Gesundheitswissens und des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Sodann könnten die wissenschaftlichen Nachweise für ein ausgewogenes Verhältnis von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in einer bevölkerungsorientierten gesundheitsfördernden Gesamtpolitik als auch im klinischen Management berücksichtigt werden. Auf Bevölkerungsebene wird dies die Bedeutung multisektoraler und interdisziplinärer Ansätze herausstellen; auf der individuellen klinischen Ebene wird dies eine Auswahl unter wissenschaftlich erhärteten Interventionsmethoden ermöglichen. Zielgerichtetes, ergebnisorientiertes Monitoring und Feedback unter Zugrundelegung abgestimmter Indikatoren wird auf beiden Ebenen von wesentlicher Bedeutung sein.

Weitere vorangestellte Ergebnisse aus der Gesundheitsstatistik sollen Veranlassung zu vergleichbaren Gesundheitsprogrammen sein. So stellen zum Beispiel der Schlaganfall und andere Hirngefäßerkrankungen in der Steiermark häufiger die Todesursache als in anderen Bundesländern. 1998 starben in der Steiermark 150 Menschen je 100.000 Einwohner als Folge eines Schlaganfalles oder einer Hirngefäßerkrankung. Der Vergleichswert für Österreich lag bei 120 und

Krankenhausentlassungen in der Steiermark



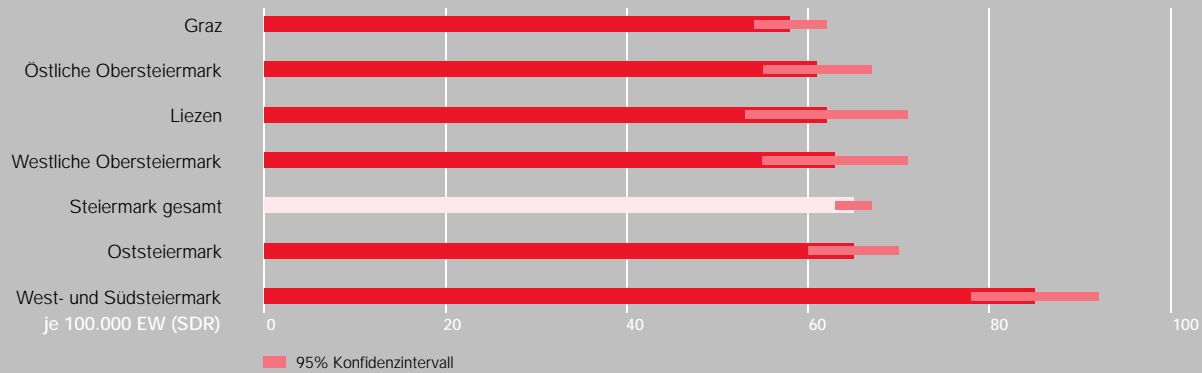
Quelle: SKAFF-Spitalsentlassungen ohne Tagespatienten (ICD-9: II, 140 – 208, VII, VIII, IX, XIII)

n Abbildung 3

Krankenhausentlassungen in der Steiermark

5 häufigste Diagnosegruppen (ohne Unfälle) SKAFF-Krankenanstalten 1995 – 1999

Todesursache Herzinfarkt im Regionenvergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 410)

n Abbildung 4

Herzinfarkt

Mortalität nach NUTS III-Regionen Steiermark 1994 – 1998

Es ist anzunehmen, dass 150.000 Steirerinnen und Steirer an Bluthochdruck erkrankt sind. Die Bedeutung des unbehandelten Bluthochdruckes liegt in seinem Stellenwert als Risikofaktor für eine Reihe von weiteren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

Qualitativ hochwertige und vollständige Datensammlungen stellen die solide Basis für die gesundheitspolitische Planung dar.

für Tirol, dem Bundesland mit der niedrigsten Sterblichkeit in dieser Krankheitsgruppe, bei 97 je 100.000 Einwohner (Abb.5).

Bluthochdruck bedeutet eine Krankheit für sich, die jedoch über weite Lebensspannen symptomlos und ohne Beeinträchtigung der Lebensqualität verläuft. Neben einzelnen akut und oft dramatisch verlaufenden Krankheitskrisen liegt die Bedeutung des Bluthochdrucks jedoch vor allem in seinem Stellenwert als Risikofaktor für eine Reihe von weiteren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Infolge der langzeitigen Beschwerdefreiheit fehlt vielen Betroffenen die Einsicht für eine nötige Therapie, andere wiederum wissen nicht Bescheid um ihre Erkrankung. Dementsprechend sind die Angaben über die Häufigkeit der Erkrankung in der steirischen Bevölkerung sehr unterschiedlich (Abb.6). Entsprechend der Befragung der Gesunden Gemeinden geben etwa 15 Prozent der Befragten an, im der Befragung vorangegangenen Jahr wegen Bluthochdruck in ärztlicher Behandlung gestanden

zu sein. Für Frauen liegt der Anteil mit 16,2 Prozent etwas höher als für Männer mit 13,5 Prozent. Übertragen auf die gesamte Steiermark würden diese Ergebnisse bedeuten, dass etwa 150.000 Steirerinnen und Steirer an Bluthochdruck erkrankt sind. Die Befragung nach der Erkrankung an Bluthochdruck durch den Mikrozensus liefert niedrigere und internationalen Angaben entsprechend unglaubwürdigere Ergebnisse: Der Anteil der an Bluthochdruck erkrankten Bevölkerung wird je nach Befragungsjahr zwischen 1 und 5 Prozent angegeben. Die Ergebnisse hätten jedoch entsprechend der repräsentativen Stichprobenauswahl im Gegensatz zur Befragung der Gesunden Gemeinden für die gesamte steirische Bevölkerung Gültigkeit. Wünschenswert wäre eine hochrangige Interviewqualität und vollständige Befragung der vorgegebenen Stichprobe in der amtlichen Statistik des Mikrozensus. Die Ergebnisse könnten damit steiermarkweit für die Planung, den Verlauf und die Evaluierung von Gesundheitsprogrammen herangezogen werden.

### Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane

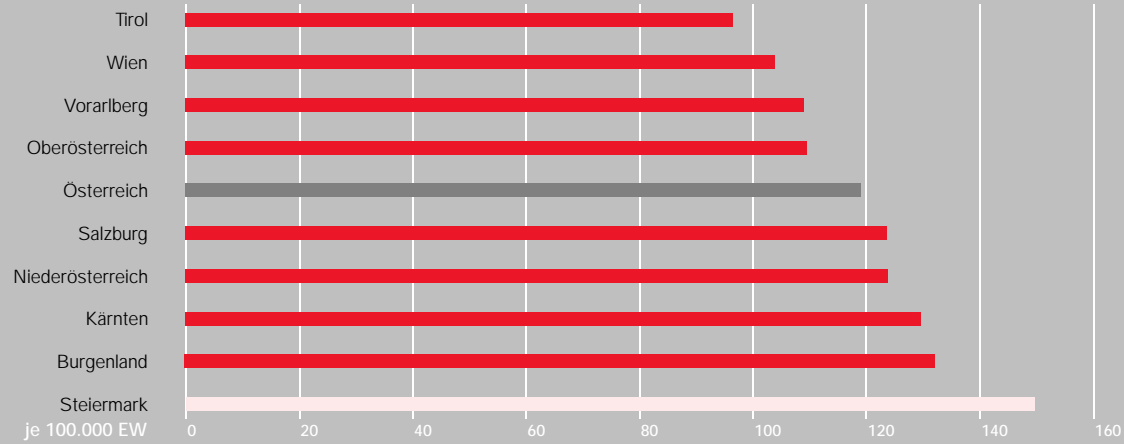
Unfälle sind in der Steiermark häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern. Unfälle (ohne KFZ) sind in Graz deutlich weniger oft Ursache des Todes als in den anderen steirischen Regionen.

Wenngleich Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane sehr unterschiedliche Krankheitsgruppen sind, so ist ihnen im Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsberichterstattung doch einiges gemeinsam: Die altersstandardisierten Sterbeziffern auf 100.000 Einwohner sind für beide Krankheitsgruppen in etwa gleich hoch (Abb.1, Seite 103) und höher als in den meisten Ländern der Europäischen Union (vgl. Kapitel 4).

In der Steiermark sind Unfälle häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern. 1998 waren 57 Todesfälle je 100.000 Einwohner darauf zurückzuführen (Abb.7). Unfälle ereignen sich unter ganz verschiedenen Rahmenbedingungen: am Arbeitsplatz, zu Hause, in der Schule, während der

Freizeit und vor allem im Straßenverkehr. Die jährliche Zahl der gemeldeten Straßenunfälle mit Verletzungsfolge beträgt in den Ländern der Europäischen Union ungefähr 340 pro 100.000 Einwohner. Finanziell ausgedrückt beziffern die jährlichen Verluste durch Straßenverkehrsunfälle mit Todes- und Verletzungsfolge etwa die doppelte Summe des Gesamtbudgets der Europäischen Union, entsprechen 97 Prozent der Kosten aller Transportmittelunfälle, übersteigen die Kosten durch Verkehrsstaus oder die Kosten der Umweltschäden durch den Straßenverkehr und verursachen sogar größere Produktivitätsverluste als Lungenkrebs. Verkehrsunfälle unter Beteiligung von Kraftfahrzeugen sind indessen die Verletzungs-

## Todesursache Schlaganfall im Bundesländervergleich



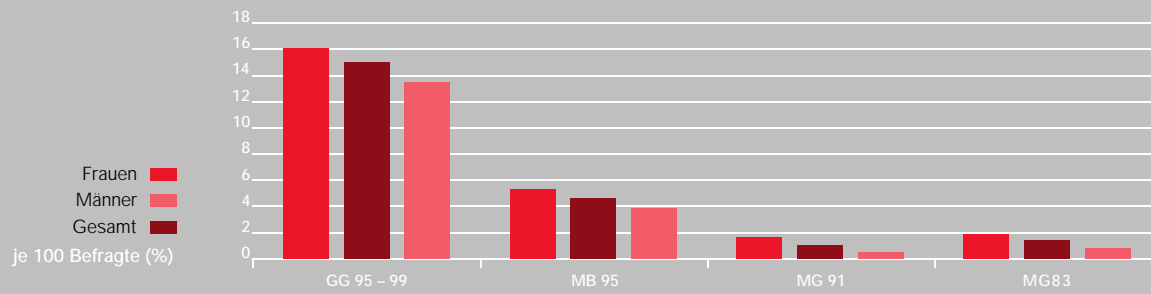
Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: E430 – E438)

n Abbildung 5

### Schlaganfall und andere Hirngefäßerkrankungen

Mortalität nach Bundesland 1998

## Häufigkeit des Bluthochdrucks im Quellenvergleich



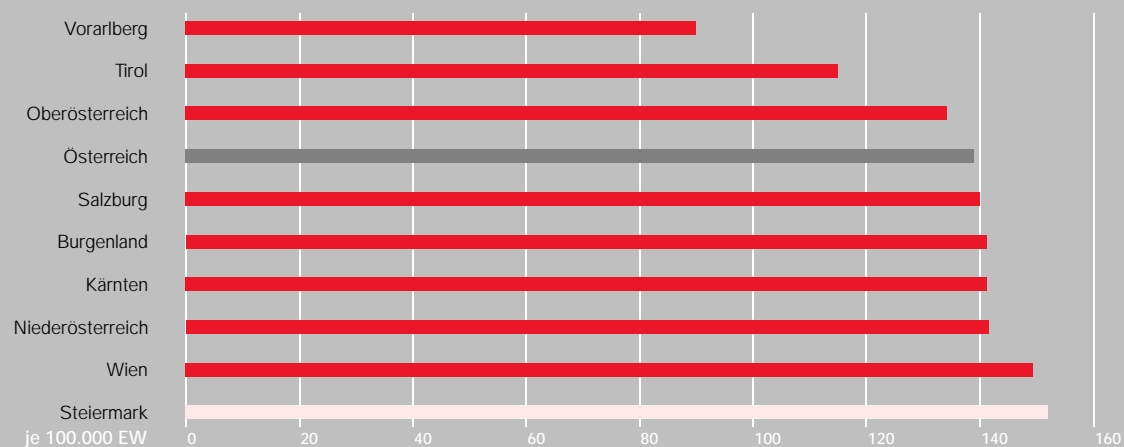
Quellen: GG 95 – 99: Institut für Sozialmedizin, Graz, Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999  
 MB 95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995  
 MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991  
 MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983

n Abbildung 6

### Bluthochdruck

Jahresprävalenz nach Quellenangabe Steiermark 1983 – 1999

## Unfälle als Todesursache im Bundesländervergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: E800 – E999)

n Abbildung 7

### Unfälle

Mortalität nach Bundesland 1998

Das Risiko an einer Erkrankung der Verdauungsorgane zu sterben ist in Liezen signifikant niedriger als für die restliche steirische Bevölkerung. Das Wissen um die Ursachen der Besserstellung einer Region soll in die Gestaltung von Gesundheitsprogrammen für benachteiligte Gebiete einfließen.

und Todesursache, die am wirkungsvollsten verhütet werden könnte, unter anderem durch Maßnahmen wie das Anlegen von Sicherheitsgurten, eine Verbesserung der Straßen und Fahrzeuge, angemessene Geschwindigkeitsbegrenzungen sowie konsequente Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer. Straßenverkehrsunfälle ausgenommen, sind Unfälle in und um Graz bedeutend weniger oft Ursache des Todes als in den anderen Regionen der Steiermark, wo sich die Mortalität infolge von Verletzungen nicht wesentlich unterscheidet (Abb.8). Ein ähnliches Szenarium ist für die Sterblichkeit infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane vorzufinden: In diesem Fall ist die Sterblichkeit der Bevölkerung in und um Liezen

deutlich geringer als für den Rest der steirischen Bevölkerung (Abb.9). Die Mortalität infolge von Unfällen und Erkrankungen der Verdauungsorgane zeigt für beide Krankheitsgruppen eine deutliche Besserstellung einer Region gegenüber der restlichen steirischen Bevölkerung. Diese Tatsache soll beispielhaft Anlass dafür geben, die Kenntnisse über die Besserstellung einer Region hinsichtlich einer Krankheits- oder Todesursache in die Gestaltung von Vorsorgeprogrammen miteinzu beziehen. Begünstigte Regionen können Vorbildcharakter haben und das Wissen um die Ursachen der Besserstellung kann auf andere benachteiligte Gebiete übertragen werden.

## Diabetes

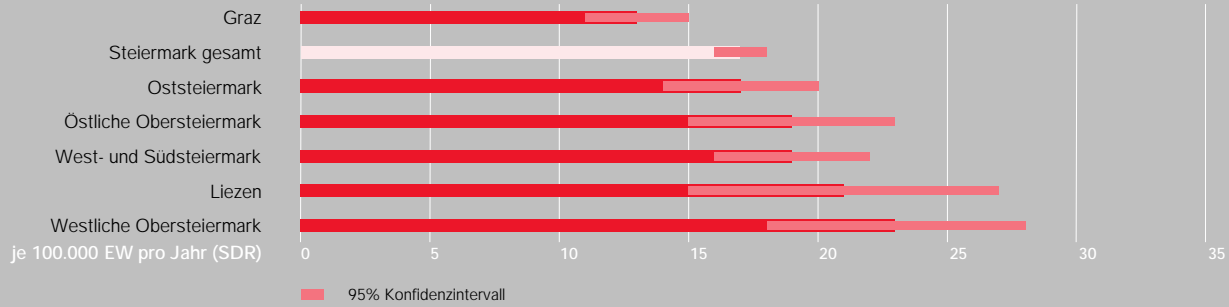
Es ist anzunehmen, dass etwa 50.000 Steirerinnen und Steirer zuckerkrank sind. Die Teilgruppe der an "Alterszucker" erkrankten Menschen ließe sich durch eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten erheblich verringern. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte infolge von Stoffwechselerkrankungen, allen voran Diabetes, ist steigend.

Europaweit werden zwischen 25 und 40 Millionen zuckerkrank Menschen geschätzt. Die Teilgruppe der an "Alterszucker" erkrankten Menschen ließe sich durch eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten erheblich verringern. Wird die Krankheit nicht angemessen behandelt, kann sie die Lebenszeit verkürzen und schwerwiegende Gesundheitsstörungen zur Folge haben, beispielsweise Blindheit, Nierenversagen, Amputationen, akute Blutzuckerkrisen und andere. Diabetes belastet das Gesundheitswesen ganz erheblich. Für die Steiermark liegen unterschiedliche Ergebnisse über die Häufigkeit der Zuckerkrankheit in der Bevölkerung vor. Nach Angaben der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 sind knapp 4 Prozent der Befragten davon betroffen (Abb.10). Die etwas weniger verlässlichen Angaben aus den Mikrozensusbefragungen der Jahre 1983, 1991 und 1995 schwanken zwischen 0,7 und 1,5 Prozent. In allen Befragungen zeigt sich ein größerer Anteil an Frauen, die an Diabetes erkrankt sind. Überträgt

man hypothetisch die Ergebnisse aus der Befragung der Gesunden Gemeinden auf die steirische Gesamtbevölkerung, so ist anzunehmen, dass etwa 50.000 Steirerinnen und Steirer zuckerkrank sind. Im Vergleich mit ausgewählten Ländern der Europäischen Union entspricht der Anteil von knapp 4 Prozent einem eher hohen Wert. Die Ergebnisse aus der Mikrozensusbefragung können einem seriösen internationalen Vergleich nicht standhalten. Die Angaben über die niederländische Bevölkerung, die an Diabetes leidet, belaufen sich auf etwa 2 Prozent, in Portugal sollen es etwa knapp 5 Prozent sein (Abb.11, Seite 111). An dieser Stelle sei jedoch bemerkt, dass die Datensammlung über die Häufigkeit und Beobachtung der Zuckerkrankheit in den einzelnen Ländern auf sehr unterschiedlichem Niveau betrieben wird. Während einige Länder, wie zum Beispiel Belgien, über ein eigenes Diabetes-Register verfügen, gibt es für die meisten Länder der Europäischen Union überhaupt keine von der WHO geforderten Angaben über die Diabetesprävalenz. In der



## Unfälle mit Todesfolge im Regionenvergleich (ohne KFZ)

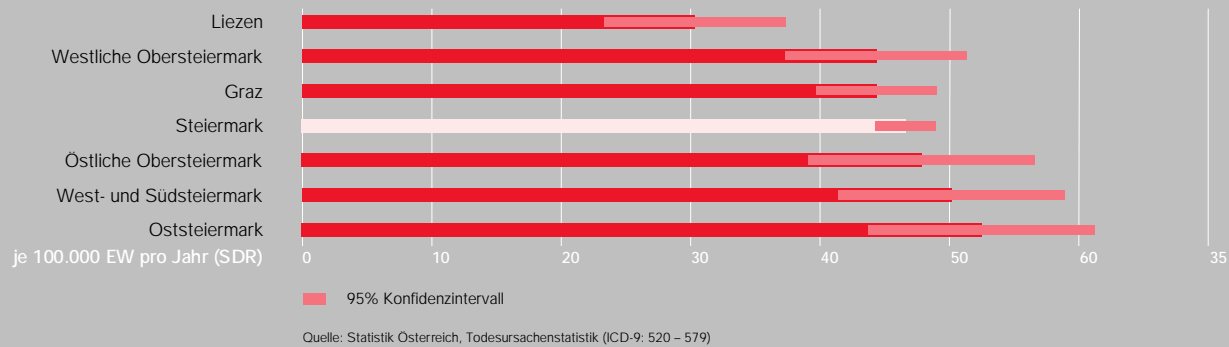


n Abbildung 8

### Unfälle

Mortalität  
nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1994 – 1998

## Sterblichkeit infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane im Regionenvergleich

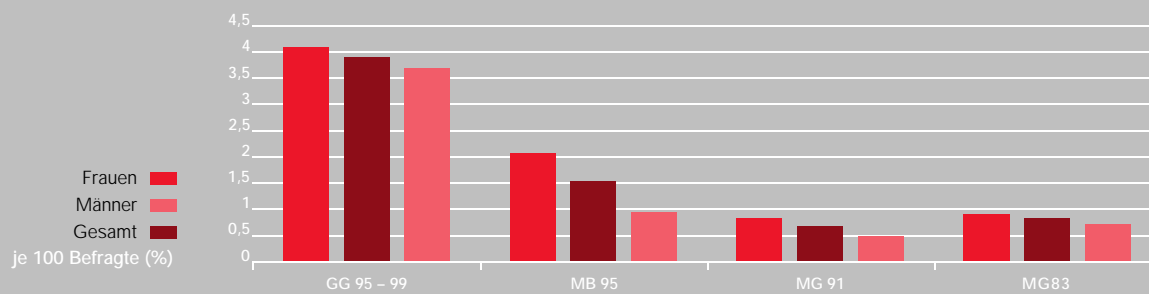


n Abbildung 9

### Erkrankungen der Verdauungsorgane

Mortalität  
nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1994 – 1998

## Häufigkeit der Zuckerkrankheit im Quellenvergleich



n Abbildung 10

### Diabetes

Jahresprävalenz  
nach Quellenangabe  
Steiermark  
1983 – 1999

Quellen: GG 95 – 99: Institut für Sozialmedizin, Graz, Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999  
MB95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995  
MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991  
MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983

In der Steiermark ist seit 1996 ein flächendeckendes Programm für die Qualitätssicherung in der Betreuung von Diabetikern in Entwicklung. Bis zum Jahr 2020 sollten diabetische Komplikationen um ein Drittel reduziert werden.

Steiermark ist die Entwicklung einer Datenbank im Gange.

Stoffwechselerkrankungen, allen voran die Zuckerkrankheit, steuern einen großen Teil der Krankenhausaufenthalte in Österreich bei und die Zahl ist steigend. Zwischen 1990 und 1998 stieg die Zahl der Krankenhausentlassungen in Gesamtösterreich mit der Hauptdiagnose "Stoffwechselerkrankung" von jährlich 770 auf gut 950 je 100.000 Einwohner an. Die Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von etwa 14 Tagen auf 11 Tage während des gleichen Zeitraumes kann daher nicht wirklich als Erfolg gesehen werden (Abb.12).

Umfassende Programme zur Erkennung und Bekämpfung von Diabetes und den damit verbundenen Komplikationen sind erforderlich. Sie können zu einer bemerkenswerten Verringerung der Komplikationsrate führen. Professionelle Anleitung zur Selbsthilfe und gemeindenahe Unterstützung sind dabei die wichtigsten Komponenten. Das heißt sowohl in der breiten Bevölkerung als auch in den Gesundheitsberufen muss das Problembewusst-

sein geschärft werden. Eine fachkundige und effektive Behandlung auf allen Ebenen der Versorgung muss unbedingt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und sowohl auf Bevölkerungsebene als auch auf der individuellen Ebene von ergebnisorientierten Zielvorgaben geleitet sein. Es hat sich gezeigt, dass derartige Ansätze zu bemerkenswerten Verringerungen der Komplikationsraten geführt haben. Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Einbeziehung der Patienten und Familienangehörigen in die Planung und Durchführung der Behandlung und in der Vermittlung der zur Selbstbehandlung erforderlichen Kompetenzen. In der Steiermark ist seit 1996 ein flächendeckendes Programm für die Qualitätssicherung in der Betreuung von Diabetikern unter Beachtung der WHO-Kriterien in Entwicklung. Eine umfassende elektronische Datendokumentation soll nicht nur die Evaluierung gesetzter Maßnahmen ermöglichen, sondern auch international vergleichbare Informationen über Diabetes in der steirischen Bevölkerung liefern.

### Erkrankungen der Bewegungsorgane

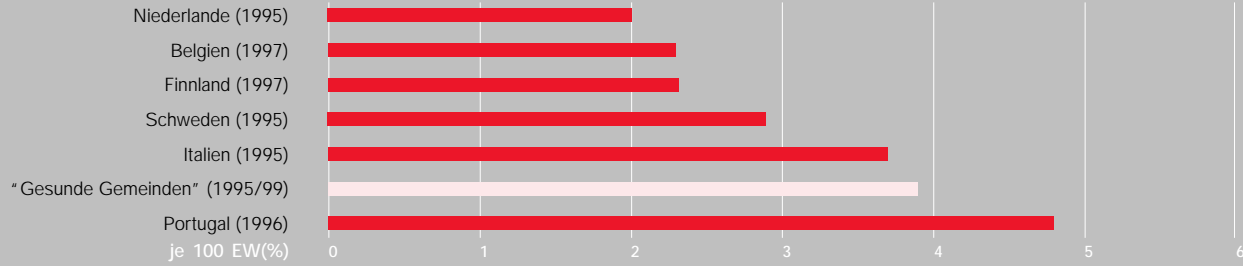
"Rheuma", Volkskrankheit Nummer 1: Gut jeder dritte Befragte in den Gesunden Gemeinden der Steiermark berichtet über Rücken-, Glieder- oder Gelenkschmerzen. Die Zahl der Wirbelsäulenschäden in der Bevölkerung ist stark steigend.

Erkrankungen der Bewegungsorgane sind zwar nur selten Ursache des Todes, steuern aber, da sie in den meisten Fällen chronisch fortschreitend verlaufen, maßgeblich zur Reduktion der Lebensqualität bei. Volkswirtschaftlich gesehen sind die Erkrankungen der Bewegungsorgane allein durch die große Anzahl von Krankenstandtagen, die sie bedingen, eine Belastung. Nach den Krankheiten der Atmungsorgane und Verletzungen stellen sie die dritthäufigste Ursache für den Krankenstand von Angestellten und Arbeitern dar. Österreichweit wurden für diesen Personenkreis knapp 2.900 Krankenstandtage auf 1.000 Erwerbstätige infolge von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes gezählt. 28 Prozent der

Bevölkerung der zwischen 1995 und 1999 befragten Gesunden Gemeinden in der Steiermark geben an, an Rücken-, Glieder- oder Gelenkschmerzen zu leiden.

Entsprechend den Mikrozensusbefragungen zwischen 1983 und 1995 ist allein die Zahl der angegebenen Wirbelsäulenschäden signifikant steigend (Abb.13). Waren es 1983 noch knapp über 1 Prozent der Befragten, die über Schäden an der Wirbelsäule berichteten, sind es in der vergleichbaren Befragung 12 Jahre später über 8 Prozent. Der tatsächliche Anteil in der Bevölkerung, der durch Rückenprobleme beeinträchtigt ist, darf als weitaus höher angenommen werden. Erkrankungen der Bewegungsorgane sind

Verbreitung der Zuckerkrankheit im internationalen Vergleich



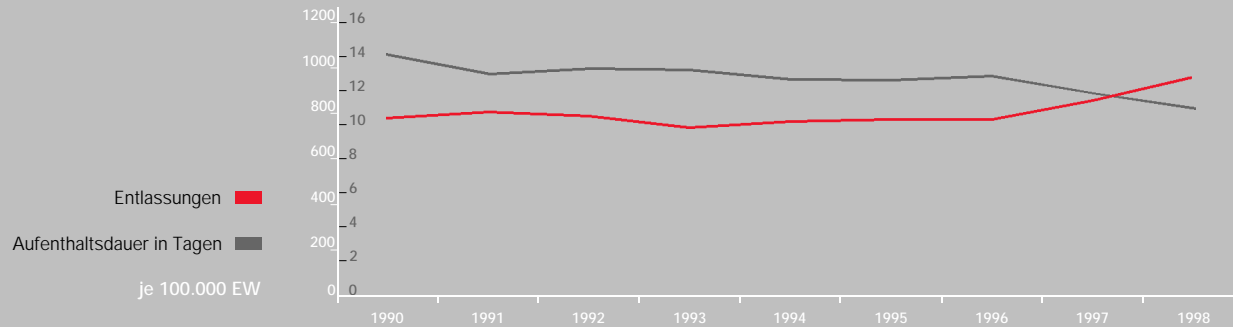
Quellen: WHO "HealthFor All" Data Base, update June 2000; Institut für Sozialmedizin, Graz; Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999

n Abbildung 11

Diabetes

Jahresprävalenz ausgewählte EU-Länder und "Gesunde Gemeinden" in der Steiermark 1995 – 1999

Krankenhausaufenthalte infolge von Stoffwechselerkrankungen



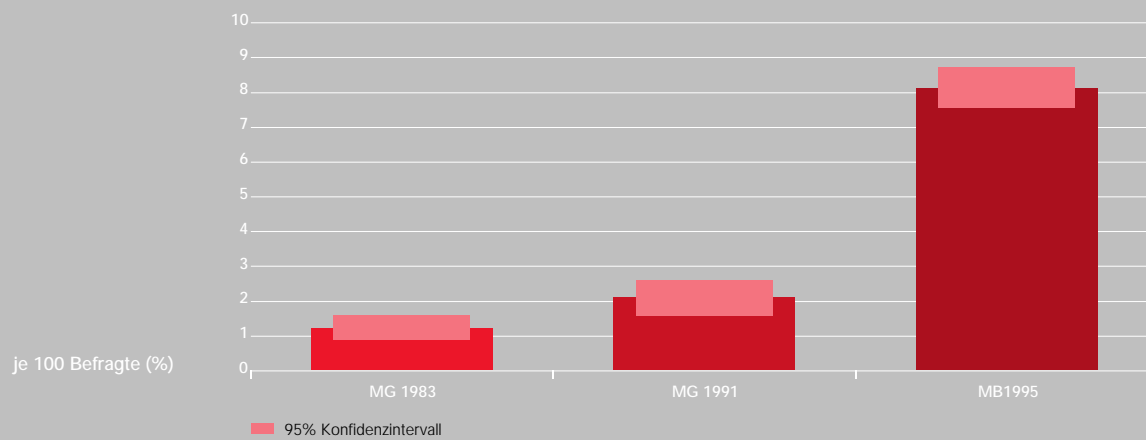
Quelle: Statistik Österreich, Krankenhausentlassungen (ICD-9: 240 – 279)

n Abbildung 12

Stoffwechselerkrankungen

Krankenhausentlassungen und durchschnittliche Aufenthaltsdauer Österreich 1990 – 1998

Häufigkeit von Schäden an der Wirbelsäule



Quelle: MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983  
 MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991  
 MB 95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995

n Abbildung 13

Schäden an der Wirbelsäule

Jahresprävalenz nach Quellenangabe 1983 – 1995

Erkrankungen der Bewegungsorgane sind zunehmend Grund eines stationären Aufenthaltes, für Frauen häufiger als für Männer. Krankenhausesentlassungen infolge von Erkrankungen der Bewegungsorgane sind für die Bevölkerung der Westlichen Obersteiermark doppelt so häufig wie für die Einwohner in und um Graz. Strategien zur Bekämpfung der zunehmenden Erkrankungen der Bewegungsorgane sollten durch ein bevölkerungszentriertes Gesundheitsinformationssystem unterstützt werden.

zunehmend Grund eines stationären Aufenthaltes, für Frauen häufiger als für Männer. Zwischen 1995 und 1999 stieg die Zahl der Krankenhausesentlassungen in den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten, bezogen auf die weibliche und männliche Bevölkerung, signifikant an (Abb.14).

Für die Bevölkerung der Westlichen Obersteiermark beträgt die Jahresdurchschnittsrate zwischen 1995 und 1999 2.300 gezählte Krankhausesentlassungen je 100.000 Einwohner in dieser Krankheitsgruppe. Damit liegt sie deutlich über dem steirischen Durchschnitt und ist mehr als doppelt so hoch wie der Vergleichswert für die Grazer Bevölkerung; dieser liegt bei 1.100 je 100.000 Einwohner (Abb.15).

Ein rein biomechanisches Verständnis dürfte in der Bekämpfung der Krankheiten der Bewegungsorgane nicht ausreichen. Wie für andere Erkrankungen gewinnt die Erforschung von psychosomatischen Komponenten auch in dieser Krankheitsgruppe zunehmend an Bedeutung. Alle Krankheitsbekämpfungsstrategien müssen jedoch wissenschaftlich erhärtet werden, und zwar durch Evidenzkriterien, die ihre Effektivität und Effizienz

ebenso wie die Zugänglichkeit und Qualität der angebotenen Dienste belegen. Strategien zur Bekämpfung der zunehmenden Erkrankungen der Bewegungsorgane sollten durch ein bevölkerungszentriertes Gesundheitsinformationssystem unterstützt werden. Dieses System sollte, den generellen Anforderungen entsprechend, folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Verlässliche Identifikation der Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung mittels Dokumentation ihrer Epidemiologie, das heißt Morbidität, Lebensweisen und Verhaltensmerkmale.
- 2) Planung und Management von Präventiv- und Interventionsstrategien für Erkrankungen der Bewegungsorgane.
- 3) Organisation der Einbeziehung des Einzelnen in derartige Strategien, das heißt Registrierung des Erstkontaktes, Dokumentation der Resultate von Screeningverfahren und Fallsuche-Interventionen, Monitoring der Anschlussmaßnahmen sowie Dokumentation der Ergebnisse.
- 4) Monitoring und Evaluation der Programme in Hinsicht auf ihre Qualität, mit Schwerpunkt auf den erzielten gesundheitlichen Ergebnissen.

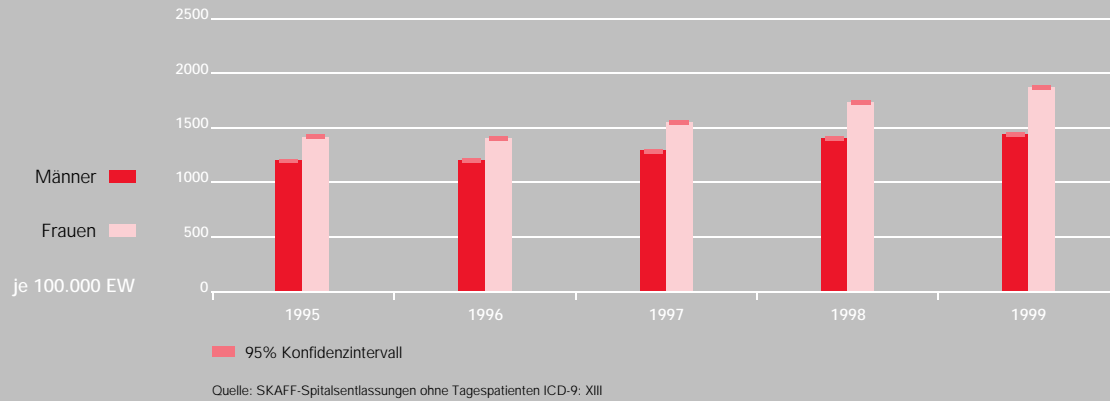
## Krebserkrankungen

Jährlich erkranken etwa 5.000 Steirerinnen und Steirer neu an Krebs. Es ist anzunehmen, dass mehr als 20.000 Menschen in der Steiermark leben, die an Krebs erkrankt sind.

In Westeuropa ist die Krebsmortalität seit 1980 zurückgegangen und war 1997 ungefähr 9 Prozent niedriger als 1980. Ein entsprechender, wenngleich nicht so ausgeprägter Trend ist auch für Österreich zu beobachten, insgesamt betrachtet stellen bösartige Neubildungen jedoch nach wie vor die zweithäufigste Todesursache dar (Abb.1, Seite 103). Der wichtigste alleinige Risikofaktor für Krebs ist das Rauchen, auf dessen Konto rund ein Drittel aller Krebserkrankungen in der Europäischen Region geht. Zu den weiteren beeinflussbaren Risikofaktoren gehören Infektionserreger (zum Beispiel Papillomavirus des Menschen im

Zusammenhang mit Zervixkarzinom), gefährliche Industriechemikalien und berufsbedingte Faktoren. In Österreich wird seit dem Jahr 1970 ein bundesweites Krebsregister geführt. Seit 1983 ist die Meldefrequenz über Krebs-Neuerkrankungen soweit zufriedenstellend, dass die statistischen Auswertungen einem Vollerfassungsgrad entsprechen. Demnach sind im Jahr 1997 etwa 4.800 Steirerinnen und Steirer neu an Krebs erkrankt. Die bevölkerungsbezogene Jahresrate liegt bei knapp unter 400 Fällen auf 100.000 Einwohner. Für Frauen in der Steiermark stellt, wie in den anderen Ländern Europas, während des gesamten

Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen der Bewegungsorgane

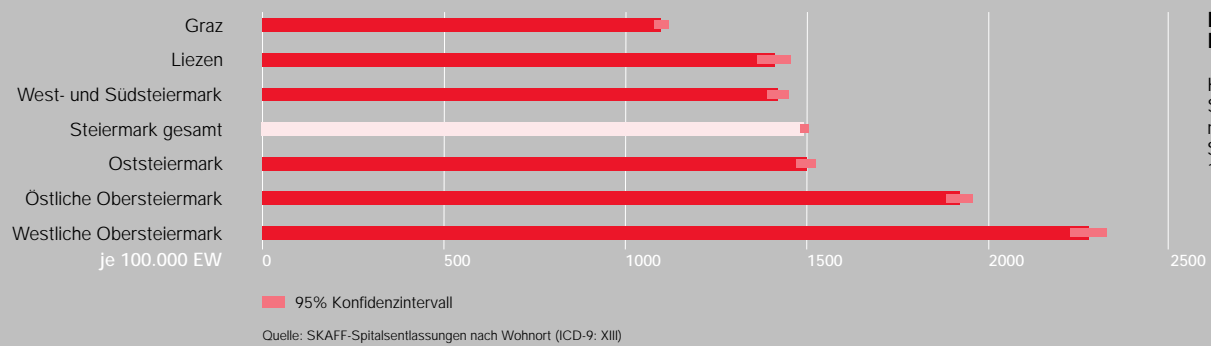


n Abbildung 14

Erkrankungen der Bewegungsorgane

Krankenhausesentlassungen SKAFF-Krankenanstalten nach Geschlecht Steiermark 1995 - 1999

Stationäre Behandlungen im Regionenvergleich



n Abbildung 15

Erkrankungen der Bewegungsorgane

Krankenhausesentlassungen SKAFF-Krankenanstalten nach NUTS III-Regionen Steiermark 1995 - 1999

Die therapeutischen Dienste spielen eine wichtige Rolle in der Lebensqualität der Betroffenen. Die Nachsorge und Schmerzbehandlung sind wesentliche Elemente der Patientenversorgung. Die inadäquate Schmerzbehandlung von Krebspatienten im Endstadium stellt ein ernsthaftes Problem dar. Das Management in der Betreuung von krebskranken Menschen sollte unter Zugrundelegung abgestimmter ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren erfolgen und durch ein umfassendes Informationssystem unterstützt werden.

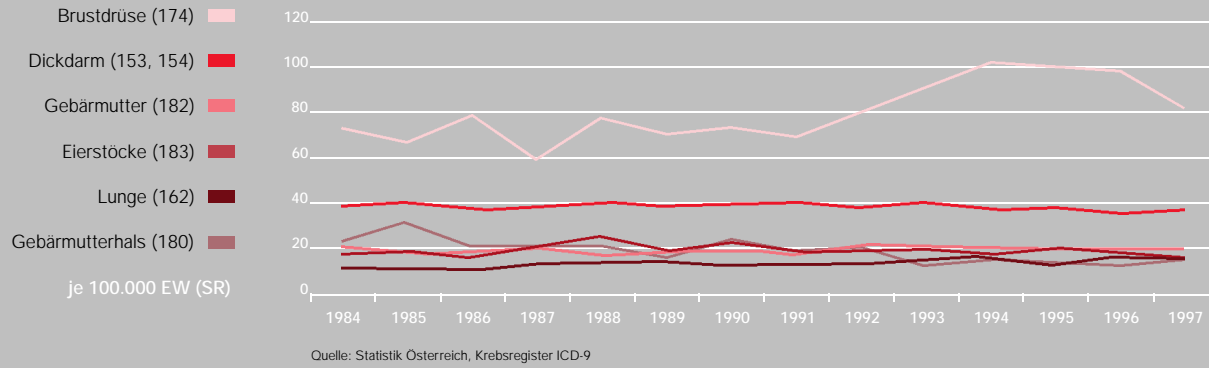
Beobachtungszeitraumes der Brustkrebs die häufigste und zunehmende Ursache einer bösartigen Neubildung dar, gefolgt von Darmkrebs und bösartigen Neubildungen der Gebärmutter und Eierstöcke. Während die Zahl der Neuerkrankungen für Gebärmutterhalskrebs während der letzten 20 Jahre kontinuierlich im Sinken begriffen ist, ist eine Zunahme der Lungenkrebsraten für Frauen zu verzeichnen (Abb.16).

Bei den Männern kann, dem westeuropäischen Trend entsprechend, in den letzten Jahren eine Abnahme der Neuerkrankungen an Lungenkrebs verzeichnet werden. Somit wurde der Prostatakrebs die häufigste und im Steigen begriffene Ursache einer bösartigen Neubildung bei Männern. An dritter Stelle rangiert der Dickdarmkrebs mit steigender Tendenz, gefolgt von Magenkrebs mit abnehmenden Raten der jährlichen Neuerkrankungen. Die Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und des Rachens ist etwa gleichermaßen steigend wie die jährlichen Neuerkrankungen an Nierenkrebs (Abb.17).

Zur Bestandsaufnahme aller von Krebs betroffenen Personen in der Steiermark gibt es nur wenig Datenmaterial. In den vorliegenden Gesundheits-Surveys konnten nur in der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 Informationen über Krebsleiden in der Bevölkerung in Erfahrung gebracht werden. Demnach geben 2,1 Prozent der in den 27 befragten Gesunden Gemeinden lebenden Bevölkerung an, im der Befragung vorausgegangen Jahr wegen Krebs

oder einer Geschwulst in ärztlicher Behandlung gestanden zu haben (Abb.18). Hochgerechnet auf die gesamte steirische Bevölkerung würde das bedeuten, dass in der Steiermark etwa 21.000 Menschen leben, die an Krebs erkrankt sind. Diese Zahl ist von erheblicher Bedeutung, da die therapeutischen Dienste eine wichtige Dimension in der Lebensqualität der Betroffenen darstellen. Auf dem Gebiet der Krebs-Diagnose und -Therapie kommt zunehmend Medizintechnik zum Einsatz, und immer kompliziertere Kombinationen von chirurgischen Eingriffen, Strahlentherapie, Chemotherapie und künftig wahrscheinlich Immunotherapie werden praktiziert. Wesentliche Elemente der Patientenversorgung sind die Nachsorge und Schmerzbehandlung. Die inadäquate Behandlung von Krebspatienten im Endstadium stellt ein ernsthaftes Problem dar. Viele Patienten erhalten keine ausreichende Schmerztherapie, so dass ihre Lebensqualität und Würde in der letzten Lebensphase durch unnötige Leiden beeinträchtigt wird. Des weiteren können auch neue Behandlungskonzepte vorgesehen werden. Krebsmanagement wird zunehmend als integriertes Versorgungsangebot der primären, sekundären und tertiären Versorgungsebene konzipiert und realisiert. Individuelle Elemente der Patientenversorgung erfolgen in Einklang mit wissenschaftlich erhärteten klinischen Leitlinien. Das Management in der Betreuung krebskranker Menschen sollte unter Zugrundelegung abgestimmter ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren erfolgen und durch ein umfassendes Informationssystem unterstützt werden.

## Krebsneuerkrankungen – Frauen in der Steiermark

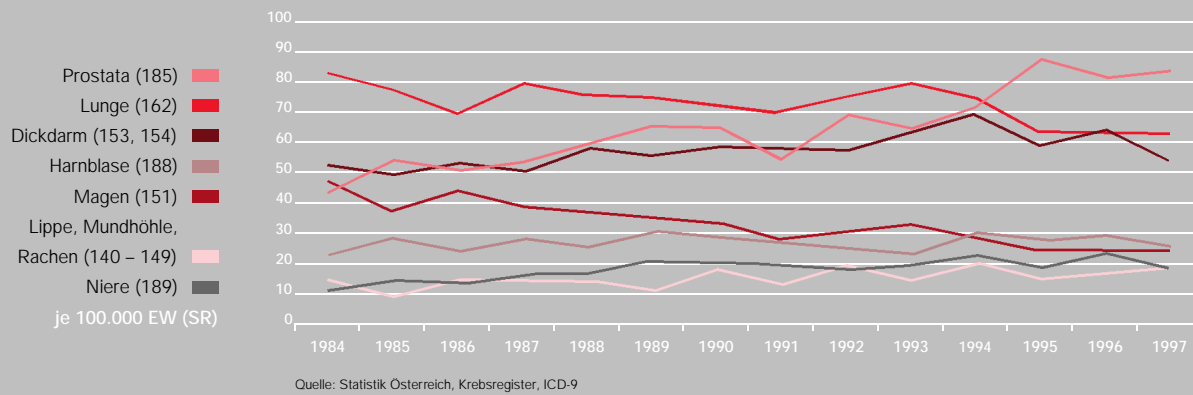


n Abbildung 16

### Häufigste Krebslokalisationen

Inzidenz für Frauen Steiermark 1984 – 1997

## Krebsneuerkrankungen – Männer in der Steiermark

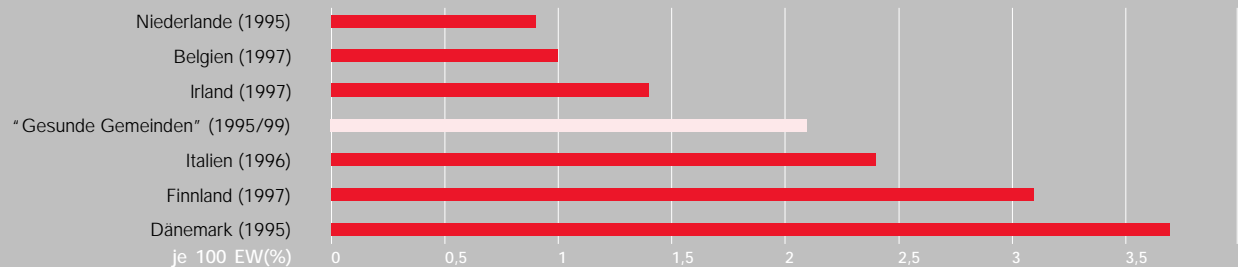


n Abbildung 17

### Häufigste Krebslokalisationen

Inzidenz für Männer Steiermark 1984 – 1997

## Häufigkeit der Krebserkrankung in der Bevölkerung



n Abbildung 18

### Krebs

Jahresprävalenz ausgewählte EU-Länder und "Gesunde Gemeinden" der Steiermark

## Lungenkrebs

Die Zahl der jährlichen Lungenkrebs-Neuerkrankungen ist dem internationalen Trend entsprechend für die steirischen Männer fallend, für die steirischen Frauen steigend. Die standardisierten Raten liegen jeweils unter den österreichischen Durchschnittswerten. Im Vergleich zu Staaten des östlichen Europas sind die jährlichen Neuerkrankungen an Lungenkrebs bei uns häufiger als dort. Österreich verfügt über ein qualitativ hochwertiges Krebsregister mit Vorbildcharakter für andere EU-Staaten. Die Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs liegt in Österreich im Vergleich zu anderen EU-Staaten weitgehend unverändert im Mittelfeld. Entsprechend den WHO-Zielen sollte bis zum Jahr 2020 die Lungenkrebssterblichkeit um 25 % zurückgehen.

Wie bereits angeführt ist die Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs für Männer in der Steiermark dem internationalen Trend entsprechend fallend. Nach jahrelanger Spitzenposition in der Krebsstatistik wird die Lungenkrebsinzidenz seit 1996 von den jährlichen Neuerkrankungen an Prostatakrebs übertroffen (Abb.17, Seite 115). Der lineare Trend wird österreichweit mit minus 12 Prozent angegeben.

Bei den Frauen rangierten die Neuerkrankungen an Lungenkrebs jahrelang an 6. Stelle in der Krebsstatistik. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen ist steigend und nimmt seit 1993 den 5. Platz unter den bösartigen Neubildungen ein (Abb.16, Seite 115). Der lineare Trend wird österreichweit mit plus 26 Prozent angegeben. Zwischen 1984 und 1997 lagen die standardisierten Krebsinzidenzziffern der Steiermark unter dem österreichischen Durchschnitt (Abb.19). Die altersstandardisierte Rate für Männer lag 1997 bei etwa 62 Lungenkrebs-Neuerkrankungen je 100.000 Steirer, der österreichische Vergleichswert wird mit 68 je 100.000 angegeben. Für Frauen liegt die Lungenkrebsinzidenz noch immer erheblich niedriger, die standardisierte Rate beträgt 1997 aber immerhin knapp 16 jährliche Fälle auf 100.000 Steirerinnen. Der Vergleichswert für die Österreicherinnen gesamt liegt bei 19 je 100.000. Vergleicht man die österreichischen und steirischen Zahlen mit anderen Ländern Europas, so erscheinen die Ergebnisse in einem anderen Bild. Insbesondere im Vergleich zu Staaten des östlichen Europas sind die Neuerkrankungen an Lungenkrebs bei uns wesentlich häufiger als dort

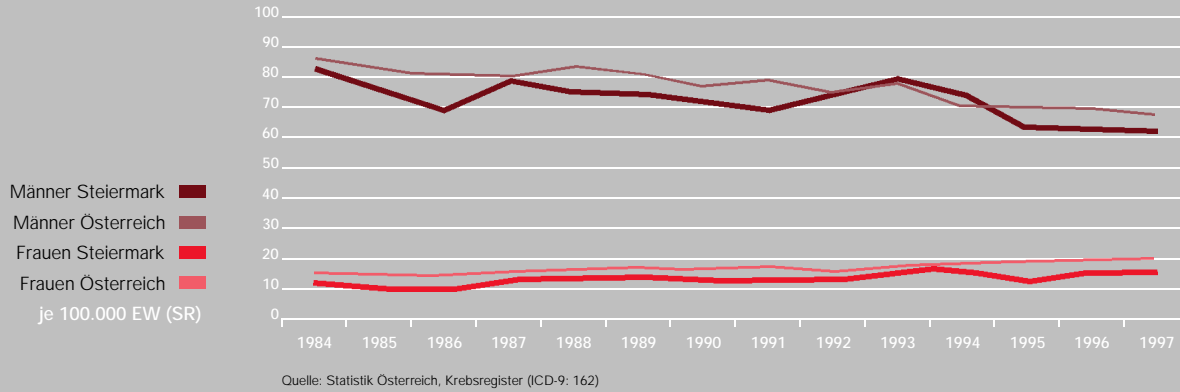
(Abb.20). Die jährlichen Neuerkrankungen an Lungenkrebs werden zum Beispiel in der Türkei auf unter 10 Fälle pro 100.000 Einwohner bemessen. Für die meisten Staaten der Europäischen Union liegen keine Vergleichswerte vor, da sie nicht über ein entsprechendes Krebsregister verfügen. Vergleichszahlen aus Norwegen, Island und Finnland sind niedriger als die österreichischen Durchschnittswerte.

Über die Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs liegen Daten auch aus den anderen Ländern der Europäischen Union vor. Die Mortalität liegt in diesem Vergleich zwischen 1972 und 1996 weitgehend konstant im Mittelfeld. 1972 beträgt die standardisierte Sterblichkeit 35 Todesfälle infolge von Lungenkrebs auf 100.000 Einwohner, 1996 sind es 34. Es hat sich in Österreich hinsichtlich der Mortalität nichts Wesentliches geändert. Ganz anders die Situation in England, wo die Sterbeziffern für Lungenkrebs zwar deutlich über dem österreichischen und EU-Durchschnitt liegen, aber in den letzten Jahren eine kontinuierliche Abnahme zeigen. Portugal hingegen zeigt mit einer EU-weit gesehen niedrigen Mortalität für Lungenkrebs einen steigenden Trend (Abb.21). Rauchen gilt nach wie vor als der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung von Lungenkrebs und sollte damit Zielpunkt von adäquaten Präventionsprogrammen in der Bekämpfung dieser Krankheit sein (vgl. Kapitel 12).

Entsprechend den Zielen der Weltgesundheitsorganisation sollte bis zum Jahr 2020 die Lungenkrebssterblichkeit um 25 Prozent zurückgehen.



Neuerkrankungen an Lungenkrebs in der Steiermark

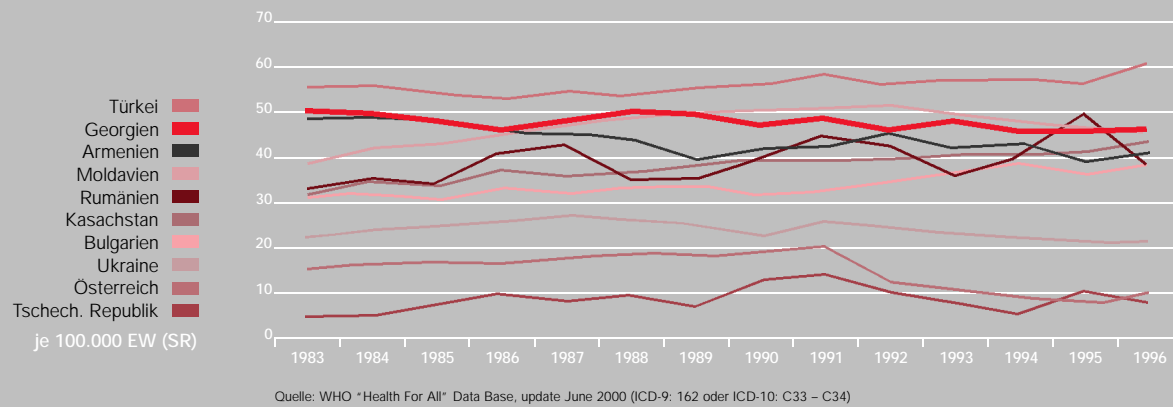


n Abbildung 19

Lungenkrebs

Inzidenz nach Geschlecht Steiermark – Österreich 1984 – 1997

Neuerkrankungen an Lungenkrebs im Osteuropa-Vergleich

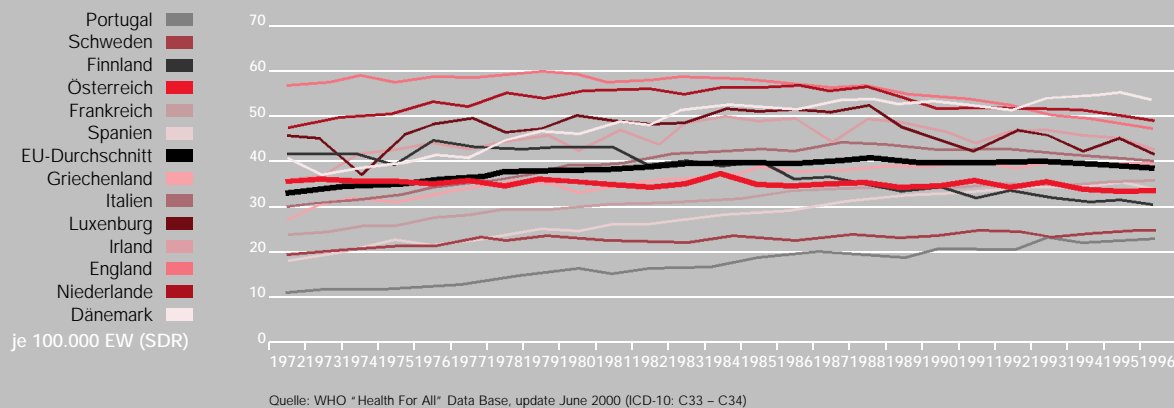


n Abbildung 20

Lungenkrebs

Inzidenz Osteuropa-Vergleich 1983 – 1996

Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs im EU-Vergleich



n Abbildung 21

Lungenkrebs

Mortalität EU-Länder 1972 – 1996

## Gesundenuntersuchung, Gebärmutterhals- und Brustkrebs

1998 unterzogen sich gut  
66.400 von 490.000  
Steirerinnen ab dem  
19. Lebensjahr einer  
Vorsorgeuntersuchung,  
bei den Männern waren es  
rund 50.000 von 450.000.  
Die Zahl der  
Gesundenuntersuchungen  
in der Steiermark  
ist steigend.  
Die Fallsuche auf  
Krankheiten ohne  
präventive oder  
therapeutische Konsequenz  
erhöht die gezählten  
Fallzahlen.  
Die Krankheitslast in der  
Bevölkerung wird allein  
durch Screening  
nicht reduziert.

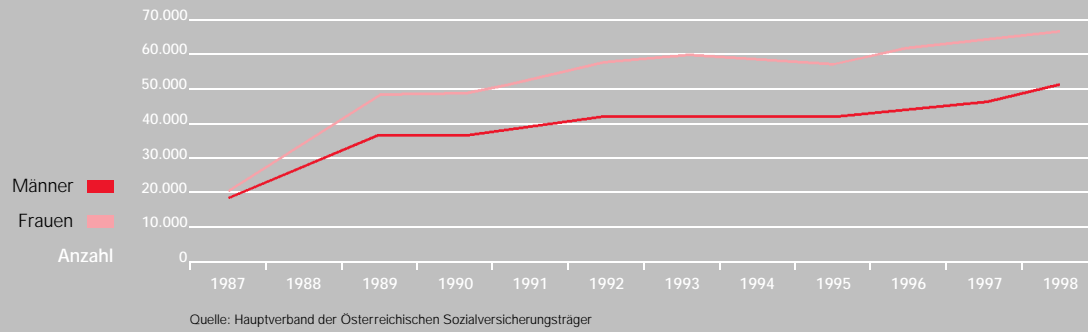
Jeder Staatsbürger ab dem 19. Lebensjahr hat das Recht, einmal pro Jahr kostenlos eine Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchungen werden von Vertragsärzten nach einem standardisierten Programm durchgeführt. Dieses besteht aus einem allgemeinen Untersuchungsprogramm und zusätzlich aus einer gynäkologischen Untersuchung für Frauen. Die Zahl der in der Steiermark in Anspruch genommenen Untersuchungen stieg zwischen 1987 und 1998 um das Dreifache, für Frauen mehr als für Männer (Abb.22). 1998 unterzogen sich gut 66.400 Frauen von etwa 490.000 der über-19-jährigen Steirerinnen einer Gesundenuntersuchung. Bei den Männern waren es gut 50.000 von 450.000. Der Trend ist steigend. Vorsorgeuntersuchungen und Screeningverfahren ermöglichen eine Früherkennung vieler nicht übertragbarer Erkrankungen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind in den Frühstadien vieler Erkrankungen effizienter. Eine adäquate Intervention kann so manche Krankheit zum Stillstand bringen. Wird ein Screening aber nur als Fallsuche ohne präventive oder therapeutische Konsequenz verstanden, wird dadurch die Krankheitslast in der Bevölkerung nicht reduziert, sondern werden nur die Fallzahlen erhöht.

Brustkrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. In den westeuropäischen Ländern kann jede 12. Frau im Laufe ihres Lebens davon betroffen sein, mit steigender Tendenz. Für die Steiermark liegt die altersstandardisierte Ziffer der Neuerkrankungen im Jahr 1997 bei knapp 82 auf 100.000 Steirerinnen. 1984 lag der Vergleichswert noch bei knapp 72 Fällen auf 100.000 Einwohnerinnen (Abb.23). Bereits in der Altersgruppe der 35- bis 39-jährigen Frauen beträgt die standardisierte Rate knapp 50 jährliche Neuerkrankungen auf 100.000 Frauen, im Alter um 70 erkranken rund

250 von 100.000 Frauen an Brustkrebs (Abb.24). Eine wichtige Möglichkeit, das Leiden und den Tod an dieser Krankheit zu vermindern, ist die regelmäßige und sorgfältige Brustuntersuchung. Während die manuelle Brustuntersuchung erst Geschwülste in größerem Tumorstadium erkennen kann, ist durch die Mammographie, eine Art von spezieller Röntgenuntersuchung der Brüste, das Erkennen von deutlich kleineren Gewebewucherungen möglich. Die Erkennbarkeit hängt stark von den allgemeinen Gewebeeigenschaften der Brust ab. Deswegen ist erklärlich, dass selbst durch Qualitätssicherung trainierte Röntgenfachärzte gewisse Tumore, vor allem bei jungen Frauen, nicht erkennen können, oder aber gutartig verändertes Gewebe für krebsverdächtig halten. Bewiesen ist jedenfalls in großen internationalen Studien, dass eine qualitätsgesicherte Mammographie für Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren, im Abstand von 2 Jahren einen Nutzen bringt. Für westeuropäische Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 50 Jahren ist die wissenschaftliche Diskussion noch im Gange. Für jüngere Frauen unter 40, die keine Veränderungen in der Brust und keine erbliche Belastung aufweisen, ist der Nutzen nicht durch Fakten gesichert. Deswegen empfahl die EU-Ärztelkommission bereits 1995, dass alle Frauen eines Landes zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr jedes zweite Jahr diese Vorsorgeuntersuchung machen lassen. Zusätzlich dazu wird die häufigere regelmäßige Selbst-Untersuchung der Brust empfohlen.

In der Steiermark wurde im März 2000 erhoben, wie viele Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren dieser Empfehlung zur Mammographie folgten. Es waren knapp 72 Prozent, die innerhalb der letzten 3 Jahre mindestens einmal bei der

## Vorsorgeuntersuchungen in der Steiermark

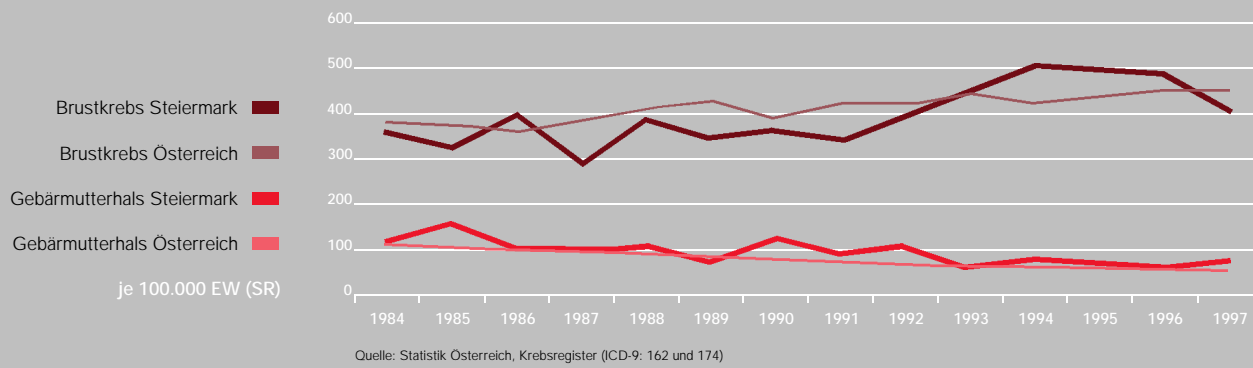


n Abbildung 22

## Vorsorgeuntersuchungen

Inanspruchnahme ab dem 19. Lebensjahr nach Geschlecht Steiermark 1987 – 1998

## Gebärmutterhals- und Brustkrebs in der Steiermark

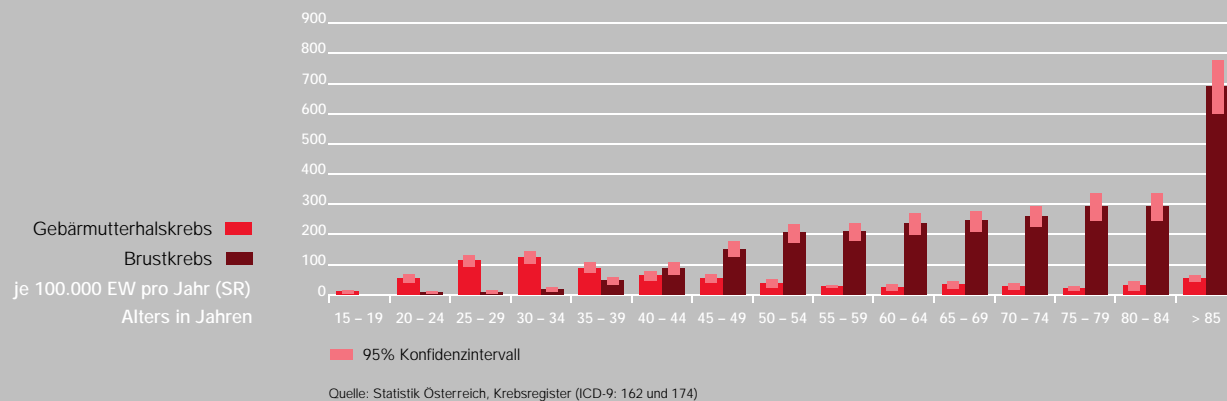


n Abbildung 23

## Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Inzidenz Steiermark – Österreich 1984 – 1997

## Altersverteilung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs



n Abbildung 24

## Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Inzidenz nach Alter Steiermark 1994 – 1997

72 % der steirischen Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr waren innerhalb der letzten 3 Jahre bei der Mammographie. Mindestens 33 Prozent mehr Frauen dieser Altersgruppe sollten die Mammographie alle 2 Jahre in Anspruch nehmen.

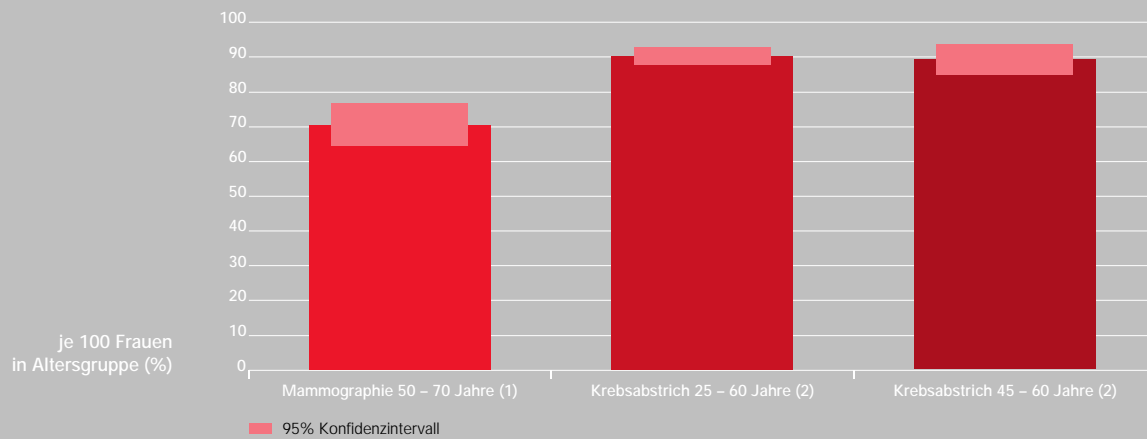
Die Vorsorgeuntersuchung "Krebsabstrich" nehmen erfreuliche 90 % der steirischen Frauen in der wichtigsten Altersgruppe zwischen 25 und 60 Jahren in Anspruch.

Mammographie waren (Abb.25). Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsdaten fand sich innerhalb der steirischen Regionen kein nachweisbarer Unterschied. In der Steiermark müssten zumindest 33 Prozent mehr Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 70 die von der Krankenkasse bezahlte Mammographie alle 2 Jahre in Anspruch nehmen. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr nehmen 50 Prozent der Steirerinnen eine Mammographieuntersuchung in Anspruch. Laut Empfehlung der EU-Ärztelkommission sollte in dieser Altersgruppe nur eine familiäre Belastung oder ein anderes verdächtiges Krankheitsgeschehen Anlass für eine gezielte Mammographie sein, was für etwa 10 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe der Fall ist. Für die restlichen 40 Prozent der 30- bis 40jährigen Frauen, die sich in der Steiermark einer Mammographie unterziehen, ist der Gesamtnutzen dieser Untersuchung nicht gesichert. Die finanziellen und zeitlichen Ressourcen sollten daher in erster Linie in ein qualitätsgesichertes und flächendeckendes Mammographie-Vorsorgeprogramm für Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr investiert werden. Die Inanspruchnahme für die Mammographie in der Steiermark liegt im österreichischen Vergleich im oberen Bereich.

Die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zeigt in der Steiermark, dem gesamtösterreichischen Trend entsprechend, erfreulicherweise eine fallende Tendenz (Abb.23, Seite 119). Trotzdem erkranken jährlich

allein in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen gut 120 pro 100.000 Steirerinnen an Gebärmutterhalskrebs (Abb.24, Seite 119). Mit der regelmäßigen Untersuchung des Muttermundes kann eine Krebsentwicklung an dieser Stelle in den Frühstadien erkannt und geheilt werden. Diese Vorsorgeuntersuchung hat, wie in großen internationalen Studien nachgewiesen wurde, einen sehr großen Nutzen für die Gesundheit der Frauen. In der Steiermark geben im März 2000 erfreulich viele Frauen an, diese Untersuchung in Anspruch zu nehmen. 90 Prozent der Frauen zwischen 25 und 60 geben an, zumindest einmal in den letzten 5 Jahren beim Krebsabstrich gewesen zu sein (Abb.25). 85 Prozent waren innerhalb der letzten 3 Jahre bei der Vorsorgeuntersuchung. Für die Altersgruppe der 20- bis 60-jährigen Frauen liegt der Anteil der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchung sogar bei knapp 94 Prozent. Bei den Frauen ab dem 60. Lebensjahr sind es noch immer 75 Prozent, die innerhalb der letzten 5 Jahre einen Krebsabstrich machen ließen. Es ist somit ein bedeutender Generationenwandel im Gesundheitsbewusstsein bezüglich Gebärmutterhalskrebs in der Steiermark zu beobachten. Erfreulich ist auch, dass über 89 Prozent der steirischen Frauen zwischen 45 und 60, also in der Zeit des Wechsels, die Untersuchung in Anspruch nehmen. Gerade in dieser Altersgruppe ist die Aufforderung zur Vorsorge besonders wichtig, zumal dem regelmäßigen Besuch beim Frauenarzt oft nicht nachgegangen wird.

Mammographie und Krebsabstrich in der Steiermark



n Abbildung 25

Mammographie und Krebsabstrich

Prävalenz der Inanspruchnahme nach Altersgruppen Steiermark 1999

je 100 Frauen in Altersgruppe (%)

Quelle: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

- (1) mindestens einmal innerhalb der letzten 3 Jahre
- (2) mindestens einmal innerhalb der letzte 5 Jahre

# 10

WHO-Ziele:  
Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol und  
Tabak verursachten Schäden

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:  
Solidarität für die Gesundheit  
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:  
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:  
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:  
Verbesserung der psychischen  
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:  
Verringerung übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:  
Verringerung nicht übertragbarer  
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und  
Verringerung der durch Alkohol  
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 10

## Gesünder leben und Verringerung der durch Alkohol und Tabak verursachten Schäden

Seite

**124** Gesünder leben

**124** Gesundheitsproblem Alkohol

**126** Alkoholkonsum in der Bevölkerung

**128** Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

**130** Alkohol am Steuer

**130** Gesundheitsproblem Rauchen

**132** Rauchgewohnheiten in der Steiermark

**136** Gesünder leben durch körperliche Betätigung

**138** Körperliche Aktivitäten der steirischen Bevölkerung

## Gesünder leben

Allen Risikofaktoren voran stehen Armut und sozioökonomische Benachteiligung. Viele der größten Krankheitsbelastungen sind jedoch auf übermäßigen Alkoholenuss, Rauchen, zu wenig Bewegung und falsche Ernährung zurückzuführen.

Gesundheit entsteht durch gesamtgesellschaftliches Handeln. Teils ist sie durch die biologische Veranlagung des einzelnen Menschen bestimmt, teils durch Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen unserer Gesellschaft. Gesundheit ist aber auch das Resultat individueller und kollektiver Entscheidungen und des individuellen und kollektiven Handelns der Bevölkerung insgesamt. Die Wahl, die Menschen für ihre Lebensform treffen, wird durch externe Faktoren gesteuert. Dazu zählen ihre biologische und genetische Struktur, die natürliche Umwelt, die sozioökonomischen Gegebenheiten

und Lebensbedingungen, aber auch verschiedene politische und kulturelle Umstände; außerdem aber wird ihre Wahl auch dadurch bestimmt, inwieweit sie zum selbstbestimmten Handeln befähigt worden sind und die Kompetenz entwickelt haben, individuelle, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Die wichtigsten Ursachen für Krankheit sind Armut und sozioökonomische Benachteiligung. Viele der größten Belastungen gehen jedoch auf Risikofaktoren wie Rauchen, übermäßigen Alkoholenuss, zu wenig Bewegung und falsche Ernährung zurück.

## Gesundheitsproblem Alkohol

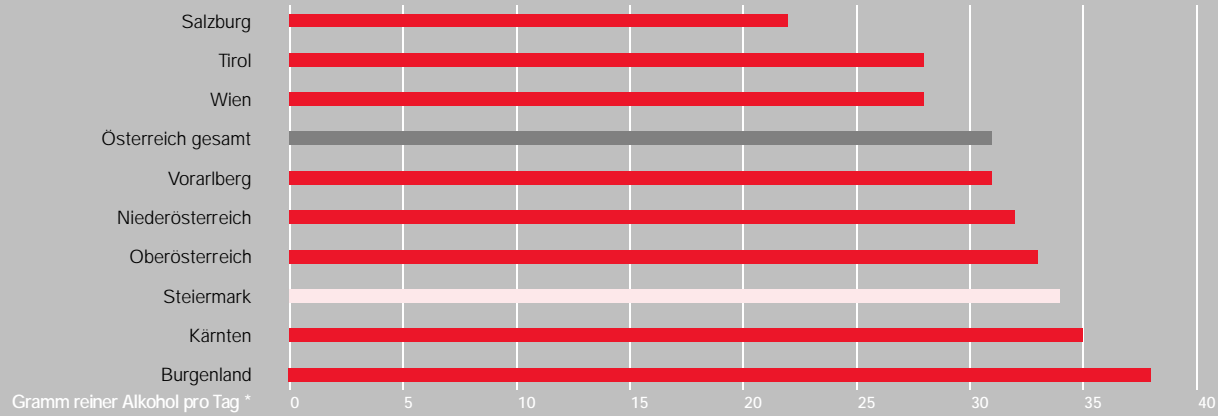
Nach Angaben der WHO sind Alkoholprodukte für rund 9 % der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Region verantwortlich.

Nach Angabe der Weltgesundheitsorganisation sind Alkoholprodukte für rund 9 Prozent der Gesamtmorbidität in der Europäischen Region verantwortlich. Alkohol, in kleinen Mengen konsumiert, verringert zwar das Risiko einer koronaren Herzerkrankung, dem gegenüber steht ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen tödlichen Herzinfarkt, Leberzirrhose, bestimmte Krebsarten, Bluthochdruck und Schlaganfälle sowie für angeborene Missbildungen infolge übermäßigen Alkoholenuss. Außerdem erhöht Alkoholabhängigkeit das Risiko für Probleme in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Zusammenhängen, für Unfälle, Kriminalität, Selbstmord und Verkehrsunfälle. Alkoholbedingte Folgeschäden stellen in Europa ein ungeheures gesundheitliches

Problem dar. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die der Gesellschaft durch direkte Ausgaben und verlorene Produktivität entstehen, belaufen sich schätzungsweise auf 2 bis 5 Prozent des Bruttosozialprodukts. In der Europäischen Alkoholcharta, die 1995 von allen WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region in Paris angenommen wurde, werden die wichtigsten Strategien zur Gesundheitsförderung dargelegt. Darin enthalten sind unter anderem die Schaffung und Durchsetzung wirksamer Gesetze, die Besteuerung alkoholischer Getränke, die Steuerung der direkten und indirekten Werbung für alkoholische Getränke sowie therapeutische Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch.



## Alkoholkonsum im Bundesländervergleich



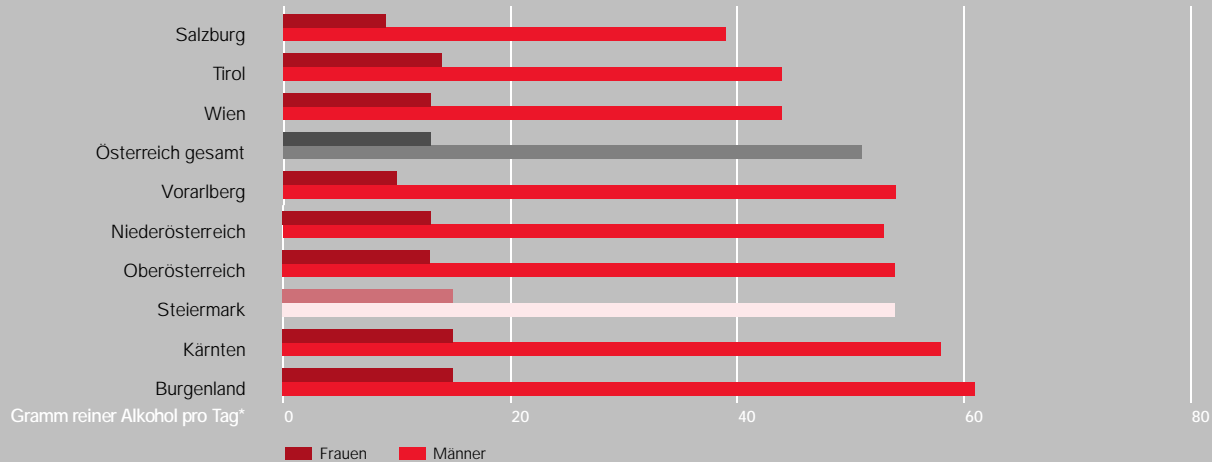
n Abbildung 1

## Täglicher Alkoholkonsum

nach Bundesland  
1993/1994

\* Werte korrigiert für Alter und Geschlecht  
Quelle: BMSG, Handbuch Alkohol-Österreich 1999

## Alkoholkonsum nach Bundesland und Geschlecht



n Abbildung 2

## Alkoholkonsum

nach Bundesland  
und Geschlecht  
1993/1994

\* Werte korrigiert für Alter und Geschlecht  
Quelle: BMSG, Handbuch Alkohol-Österreich 1999

## Alkoholkonsum in der Bevölkerung

Der tägliche Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol sollte entsprechend den WHO-Zielsetzungen 13 Gramm nicht überschreiten. Das entspricht einem gut gefüllten Achtel Wein oder einem Glas Bier pro Tag.

Die Alkoholkonsumgewohnheiten der steirischen Männer überschreiten die WHO-Zielvorgabe um das Vierfache, die der Frauen liegen knapp über der Zielvorgabe.

Gut jeder dritte 15-Jährige in Österreich konsumiert regelmäßig Alkohol. In vergleichbaren Erhebungen anderer Länder und Regionen ist der Anteil der jugendlichen Alkoholkonsumenten niedriger.

Um Alkoholkonsumgewohnheiten vergleichbar zu machen ist es üblich, die zugeführten Mengen an reinem Alkohol entweder in Liter pro Jahr oder Gramm pro Tag anzugeben. Zur besseren Vorstellung sei angeführt, dass 20 Gramm reiner Alkohol etwa einem Viertelliter Wein oder einer Flasche Bier oder drei kleinen Schnäpsen entsprechen (Tab.1). Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch von 2 Litern reinem Alkohol stellt die Menge dar, bei der man von dem geringsten Mortalitätsrisiko ausgeht. Entsprechend den Zielsetzungen der WHO sollte der Konsum von 6 Litern reinem Alkohol pro Kopf und Jahr bzw. 13 Gramm pro Tag nicht überschritten werden. Dieser Richtwert wird vom österreichischen Durchschnittskonsumenten mit etwa 14,3 Litern Alkohol pro Kopf und Jahr um mehr als das Zweifache übertroffen und entspricht dem mittleren Alkoholkonsum österreichischer Frauen.

Der Alkoholkonsum differiert unter den Bundesländern, unabhängig vom unterschiedlichen Altersaufbau und Geschlechteranteil. Da der Alkoholkonsum altersabhängig ist und für Männer wesentlich höher liegt als für Frauen, lässt diese Berücksichtigung der Bevölkerungszusammensetzung einen präziseren Schluss zu. Die Steiermark liegt demnach mit durchschnittlich 38 Gramm reinem Alkohol pro Kopf und Tag über dem österreichischen Durchschnitt von 31 Gramm. Die Alkoholkonsumgewohnheiten in der Steiermark übersteigen damit die WHO-Zielvorgabe um das Dreifache und werden nur von den Bundesländern

Kärnten und Burgenland übertroffen.

Im Bundesland Salzburg wird am wenigsten Alkohol konsumiert, die durchschnittliche Tagesmenge an reinem Alkohol beträgt dort 22 Gramm (Abb.1, Seite 125). Damit liegt aber selbst das beste Bundesland noch weit über den Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation von unter 13 Gramm reinem Alkohol pro Kopf und Tag; das entspricht einem gut gefüllten Achtel Wein oder einem Glas Bier (Tab.2). Im Geschlechtervergleich liegt der Alkoholkonsum in allen Bundesländern für Männer um grob ein Vierfaches höher als bei den Frauen (Abb.2, Seite 125).

Ein von der Weltgesundheitsorganisation angelegtes Projekt über das Gesundheitsverhalten von Schülern liefert eine internationale Vergleichsmöglichkeit der Alkoholkonsumgewohnheiten von Jugendlichen. Aufbauend auf diesen Ergebnissen kann man schlussfolgern, dass Österreich hinsichtlich des Anteils Jugendlicher mit regelmäßigem (mindestens wöchentlichem) Alkoholkonsum im europäischen Spitzenfeld liegt. So konsumieren in Österreich 7 von 100 Elfjährigen bereits mindestens einmal wöchentlich Alkohol, bei den 13-Jährigen sind es bereits 14 Prozent und bei den 15-Jährigen immerhin schon mehr als jeder Dritte, nämlich 35 Prozent. Nur in vier von fünfundzwanzig in die Studie einbezogenen Ländern liegt der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten unter den Jugendlichen höher als in Österreich (Abb.3). Vergleichswerte auf Bundesländerebene liegen nicht vor.

**Umrechnung von "Gramm reinem Alkohol" auf gebräuchliche Getränke**

Gramm reiner Alkohol	Wein 0,25 l	Bier 0,5 l	Schnaps 0,02 l
20g	1	1	3
40g	2	2	6
60g	3	3	9
80g	4	4	12
100g	5	5	15

n Tabelle 1

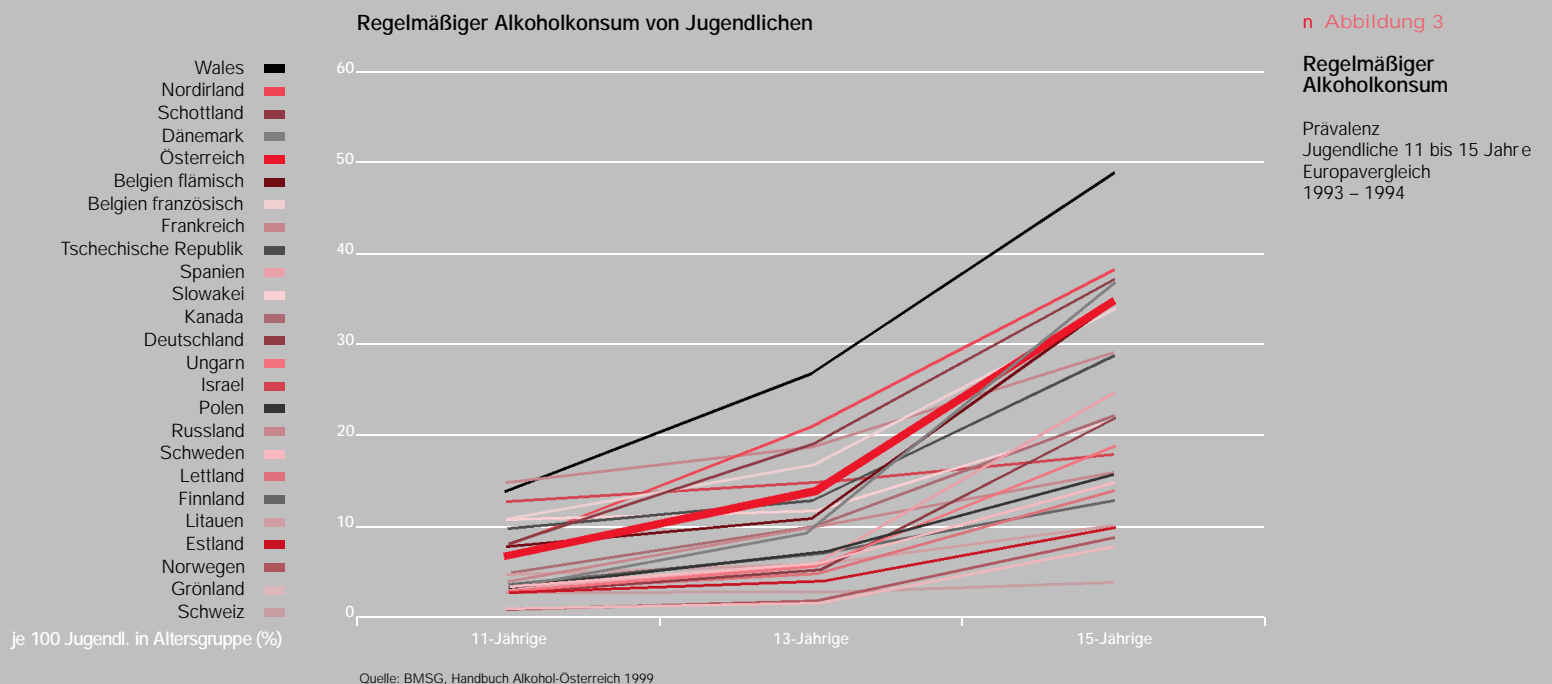
Umrechnung von Gramm reinem Alkohol auf gebräuchliche alkoholische Getränke

**WHO-Zielsetzung für Alkoholkonsum**

Gramm reiner Alkohol		entspricht
6 Liter Alkohol pro Jahr	13 Gramm Alkohol pro Tag	1 Glas Bier (0,33 l) pro Tag oder 1 Glas Wein (0,16 l) pro Tag

n Tabelle 2

WHO-Zielsetzung für Alkoholkonsum



n Abbildung 3

## Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Die Sterblichkeit infolge Leberzirrhose oder chronischer Lebererkrankung ist steiermarkweit höher als in allen Ländern der Europäischen Union.

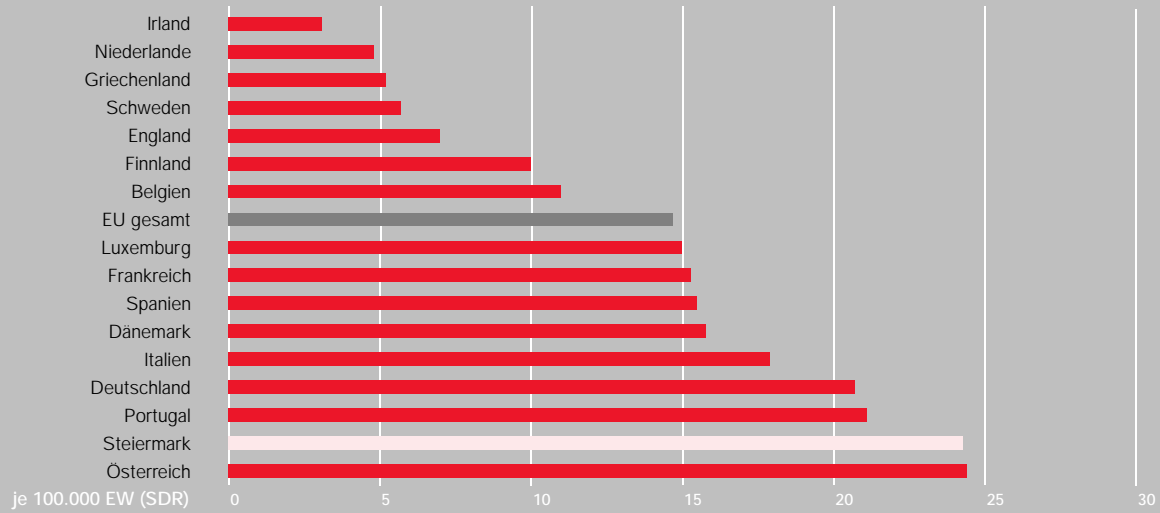
Leberzirrhose und chronische Lebererkrankung als Todesursache sind am häufigsten in den südlichen Regionen der Steiermark, deutlich geführt vom Bezirk Feldbach.

In den Mikrozensusbefragungen Zur Gesundheit des Jahres 1991 geben nur 0,2 Prozent der Männer und nur 0,1 Prozent der Frauen an, an einer Leberkrankheit zu leiden. Diese bei weitem unterschätzte Zahl von Lebererkrankungen im Zeitraum eines Jahres dürfte mehrerlei Gründe haben: in den Anfangsstadien der Krankheit sind die Patienten, da oft beschwerdefrei, nicht über ihre Erkrankung informiert und wissen sie davon, geben sie in einem Interview nicht gerne Auskunft darüber. Eine weitere Verzerrung der Ergebnisse ergibt sich daraus, dass stationäre Patienten in der Befragung nicht inkludiert sind und gerade die chronische Lebererkrankung oft den Grund eines stationären Aufenthaltes darstellt. In der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 geben immerhin 1,2 Prozent der Frauen und 1,7 Prozent der Männer an, im vergangenen Jahr wegen eines Leberleidens in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Die symptomfreien Erkrankungen sind mit dieser Fragestellung nicht beschrieben.

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass die Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen stark mit dem Alkoholkonsum einer Region korreliert. Im Jahr 1995 lag die standardisierte Sterblichkeitsrate der Steiermark bei 24 je 100.000 Einwohner. Dies entspricht dem österreichischen

Durchschnittswert, liegt aber höher als in allen anderen Ländern der Europäischen Union (Abb.4). Innerhalb der Steiermark bestehen beträchtliche Unterschiede insofern, als sich die NUTS III-Region Liezen mit ihren relativ niedrigen jährlichen Mortalitätsraten zwischen 1994 und 1998 beträchtlich von den anderen Regionen abhebt (Abb.5). Die Spitzenposition bezüglich der Mortalität infolge von Leberzirrhose oder anderen chronischen Lebererkrankungen nimmt während des genannten Zeitraumes die Oststeiermark mit 29 Sterbefällen auf 100.000 Einwohner ein, gefolgt von der West- und Südsteiermark, beide über dem steirischen Durchschnitt. Auf Bezirksebene führt Feldbach die unerfreuliche Rangliste der Mortalität infolge chronischer Lebererkrankungen mit einer Jahresrate von 35 je 100.000 Einwohner an. Die Werte liegen statistisch signifikant über dem steirischen Durchschnitt. Erfreulicher sind die Werte aus den Bezirken Murau und Liezen, welche mit 11 respektive 14 Todesfällen infolge chronischer Lebererkrankung je 100.000 Einwohner aufwarten. Beide unterscheiden sich statistisch signifikant nach unten hin vom steirischen Durchschnitt zwischen 1994 und 1998 und entsprechen in etwa dem Durchschnittswert der EU-Länder.

Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen im EU-Vergleich



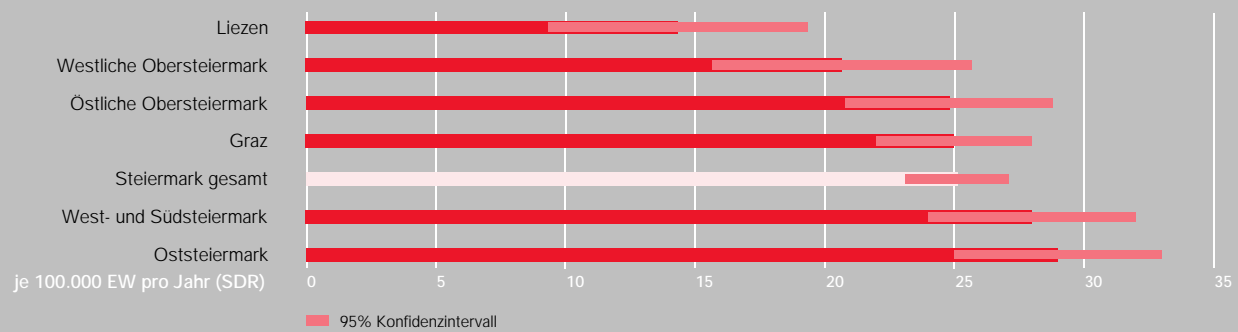
Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 571)

n Abbildung 4

### Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Mortalität  
EU-Länder und die Steiermark  
1995

Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen in der Steiermark



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 571)

n Abbildung 5

### Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Mortalität  
nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1994 – 1998

## Alkohol am Steuer

Zwischen 1994 und 1998 gab es in der Steiermark 2.265 Straßenverkehrsunfälle, 3.222 Verletzte und 105 Tote infolge von Trunkenheit am Steuer.

Alkoholbedingte Unfälle und insbesondere Verkehrsunfälle haben gewichtige Folgeschäden. Zwischen 1994 und 1998 sind für die Steiermark 2.265 Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung gemeldet, 3.222 Personen wurden dabei verletzt und 105 Personen starben infolge von Trunkenheit am Steuer. In mancher Hinsicht ist die Tendenz innerhalb des eher kurz gewählten Vergleichszeitraumes fallend. Waren es 1994 noch 678 Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung, sind es im Jahr 1998 doch immerhin etwas weniger, nämlich 625. Die Zahl der Verletzten sinkt zwischen

1994 und 1998 von 483 auf 412.

Alkoholassoziierte Tote im Straßenverkehr gab es 1998 nur halb so viele wie 1994, im Jahr 1997 waren es aber doch 27 vermeidbare Einzelschicksale (Abb.6).

Der Anteil der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung an allen Verkehrsunfällen ist im Bundesländervergleich eindeutig im Burgenland am höchsten. Die Steiermarkwerte schwanken zwischen 1994 und 1998 nur gering um die 6 Prozent und liegen damit im unteren Drittel der Vergleichswerte aus den anderen Bundesländern (Abb.7).

## Gesundheitsproblem Rauchen

Tabak stellt in Europa den wichtigsten Einzelrisikofaktor für Krankheit dar. Eine Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den wichtigsten Public-Health-Maßnahmen, mit denen man die Gesundheit der Menschen verbessern kann. Vorbeugende Maßnahmen, zielgerichtet auf die Jugend, und adäquate Raucherentwöhnungsprogramme sollen den Tabakkonsum hintanhalt.

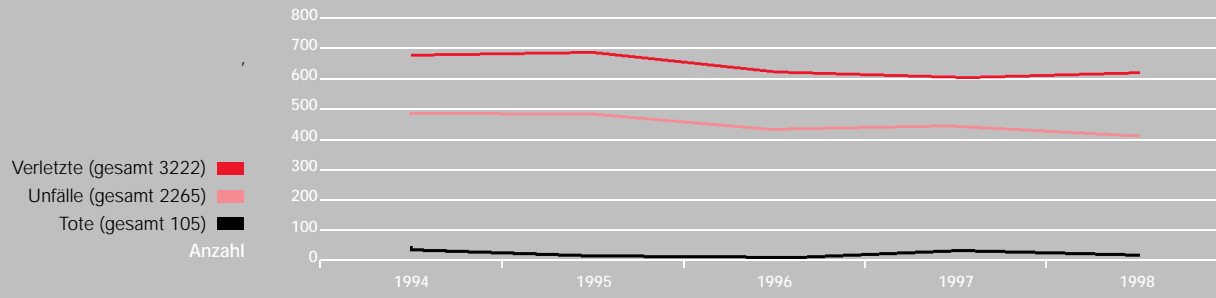
Tabakkonsum stellt in Europa den wichtigsten Einzelrisikofaktor für Krankheit dar. 50 % aller Menschen, die regelmäßig rauchen, werden an dadurch bedingten Krankheiten sterben, die Hälfte von ihnen im mittleren Alter, also der wirtschaftlich aktivsten Lebensphase, die andere Hälfte in späteren Lebensjahren. Tabakrauch hebt das Risiko für viele Krebsformen, koronare Herzkrankheit, niedriges Geburtsgewicht und verschiedene Allergien enorm. Viele weitere gesundheitliche Probleme sind mit dem Rauchen in Zusammenhang zu bringen. 1995 wurde das Zigarettenrauchen für 1,2 Millionen Todesfälle pro Jahr in der Europäischen Region verantwortlich gemacht.

Der Konsum von Tabakprodukten kostet die Welt jährlich mindestens 200 Milliarden US-Dollar, verursacht unerhörtes Leid für den einzelnen Menschen, für ganze Familien und deren Freundeskreis. Erhebliche wirtschaftliche Verluste entstehen in erster Linie durch die vorzeitige Beendigung des produktiven Lebens und die außerordentlich hohen Kosten der Behandlung von tabakbedingten Krankheiten.

Eine Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den wichtigsten Public-Health-Maßnahmen, mit denen man die Gesundheit der Menschen verbessern kann. Entsprechend der Tabakcharta von Madrid im Jahr 1988, der alle WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region, so auch Österreich, zustimmten, wurde ein Aktionsplan für ein rauchfreies Europa vorgelegt. Strategisch gilt es, das darin angeführte Recht auf eine rauchfreie Umwelt gesetzlich zu verankern, die Werbung für Tabakprodukte überhaupt und durch Markensponsoren zu verbieten, und die Einnahmen aus den Tabaksteuern für die Finanzierung von Tätigkeiten zur Bekämpfung des Tabakkonsums und für die Gesundheitsförderung einzusetzen. Durch Präventionsstrategien sollte man versuchen, in den gesellschaftlichen Standards einen grundlegenden Wandel zu bewirken, sodass Nicht-rauchen insbesondere für die Jugend zum akzeptierten Verhalten wird.

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, dass mindestens zwei Drittel der derzeitigen Raucher das Rauchen gerne aufgeben würden. Das

Trunkenheit am Steuer: Straßenverkehrsunfälle, Verletzte und Tote in der Steiermark



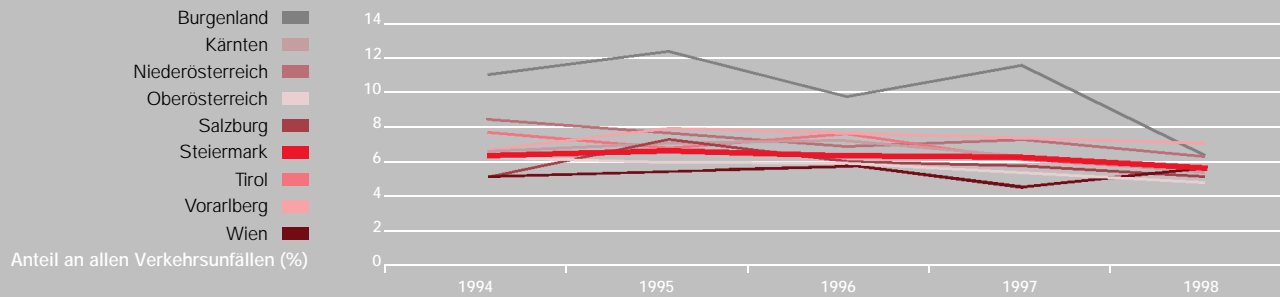
Quelle: Landesstatistik

n Abbildung 6

### Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung

Straßenverkehrsunfälle, Verletzte und Tote Steiermark 1994 – 1998

Trunkenheit am Steuer: Unfälle mit Personenschaden im Bundesländervergleich



Quellen: Statistik Österreich; Landesstatistik

n Abbildung 7

### Verkehrsunfälle mit Personenschaden

Anteil mit Alkoholbeteiligung nach Bundesland 1994 – 1998

Rauchen aufzugeben hat zwar jederzeit seinen Vorteil, vor Beginn der mittleren Lebensphase kann man dadurch jedoch fast alle überhöhten Risiken verringern.

Gezielte Interventionen durch Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung können die Raucherentwöhnung wirksam unterstützen. Es handelt sich um eine der kostenwirksamsten Interventionen in

der gesamten Gesundheitsversorgung. Dringend gefordert sind adäquate Schulungsprogramme für Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung. Eine wirksame Raucherentwöhnung verlangt, den komplexen Zusammenhängen einer Sucht entsprechend, nach Methoden, die über den "erhobenen Zeigefinger" hinausgehen.

### Rauchgewohnheiten in der Steiermark

**Etwa 16 % der Steirerinnen und 25 % der Steirer sind Raucher. Der Trend ist insgesamt fallend, der Geschlechterunterschied wird kleiner.**

Entsprechend den Mikrozensusserhebungen kann in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang des Raucheranteils an der steirischen Bevölkerung beobachtet werden. Gaben im Jahr 1991 noch 26 Prozent der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr an, täglich zu rauchen, waren es 1997 nur mehr 20 Prozent (Abb.8). Da in beiden Befragungen ein großer Teil der Antworten der für die Steiermark repräsentativ gewählten Stichprobe ungültig war, kann nicht sichergestellt werden, dass die Ergebnisse auf die gesamte steirische Population übertragen werden können. Der abnehmende Trend in den Rauchgewohnheiten der Steirerinnen und Steirer bleibt jedoch unabhängig davon ersichtlich und entspricht auch anderen internationalen Ergebnissen aus Westeuropa (Abb.9). Im europäischen Vergleich liegt der Raucheranteil der steirischen Bevölkerung mit den angeführten Werten eher niedrig. 1997 liegt die Prävalenz mit 19,7 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von 23,9 Prozent. Soweit aus den vorliegenden Daten ableitbar, gibt es in Schweden im Vergleichsjahr weniger Raucher, nämlich 19,5 auf 100 Einwohner, in Norwegen und den Niederlanden raucht gut ein Drittel der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr. Innerhalb der steirischen Regionen gibt es keine signifikanten Unterschiede im Raucheranteil an der Bevölkerung, wenngleich der Prozentsatz ohne Berücksichtigung der

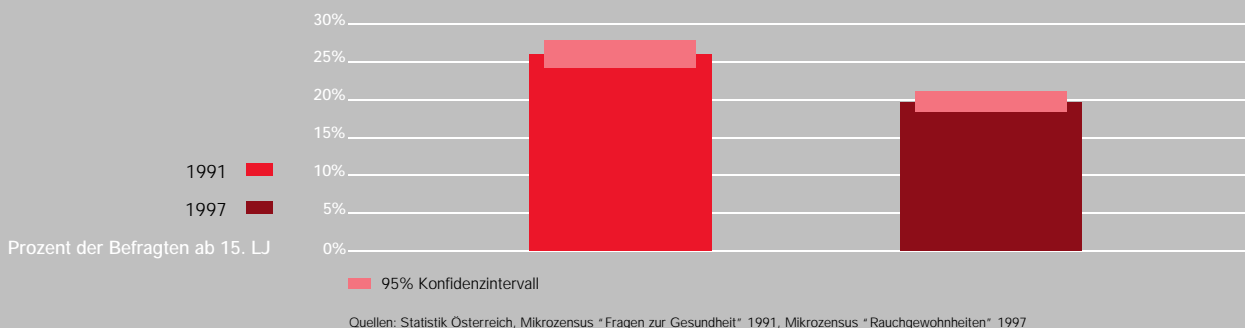
Streubreite in der Oststeiermark mit 17 Prozent der niedrigste und in Graz der Anteil an Rauchern mit 22 Prozent der höchste ist (Abb.10).

Der Raucheranteil liegt bei den Männern generell wesentlich höher. Ein unerfreulicher Aufholeffekt wird jedoch in der jüngeren und mittleren Generation der Frauen beobachtet, was sich auch in der Zunahme der Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Lungenkrebs widerspiegelt. Entsprechend unterschiedlicher Datenerhebungen in der Steiermark während des vergangenen Jahrzehntes liegt der Raucheranteil unter den Männern 1991 bei 34 Prozent. Demgegenüber stehen 18 von 100 Frauen, die angeben täglich zu rauchen. Einige Jahre später ist bei der Befragung der **Gesunden Gemeinden** (1995 bis 1999) der Raucheranteil in der Bezugsbevölkerung insgesamt zwar niedriger, der Geschlechterunterschied ist jedoch nicht mehr so ausgeprägt: 24 Prozent Männer versus 16 Prozent Frauen. Diese Ergebnisse stimmen mit der Mikrozensusserhebung im Jahr 1997 weitgehend überein. Dabei geben 25 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen an, täglich zu rauchen (Abb.11, Seite 135).

Das Geschlechterverhältnis unter den starken Rauchern, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, zeigt die gleiche Dynamik: 1991 sind 12 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen zu den starken Rauchern zu zählen. Die Ergebnisse



## Raucheranteil der steirischen Bevölkerung

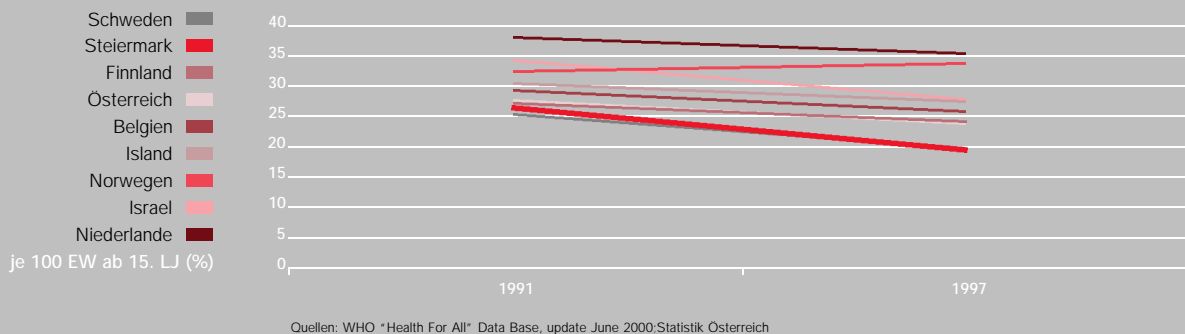


n Abbildung 8

### Regelmäßige Raucher

Prävalenz  
Steiermark  
1991 und 1997

## Raucheranteil im Europavergleich

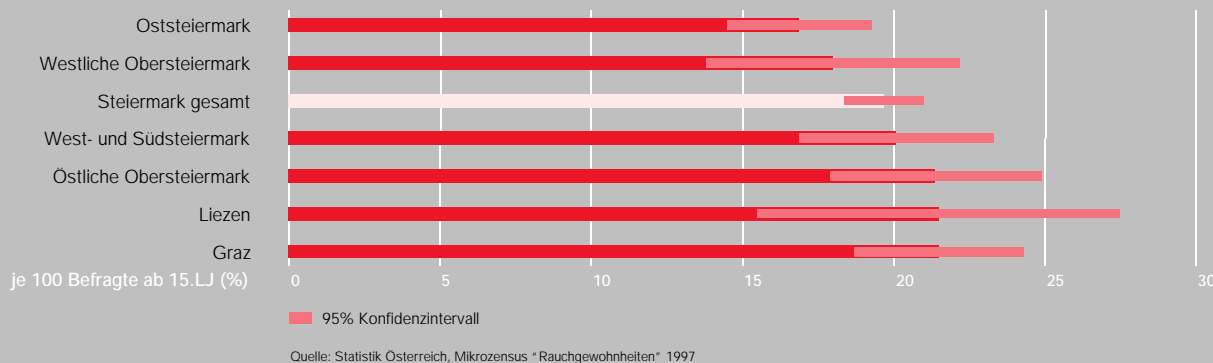


n Abbildung 9

### Regelmäßige Raucher

Prävalenz  
ausgewählte Länder  
Europa  
1991 und 1997

## Raucheranteil der steirischen Bevölkerung im Regionenvergleich



n Abbildung 10

### Regelmäßige Raucher

Prävalenz  
nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1997

In der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen liegt der Raucheranteil bei 30 %. Etwa 250.000 Steirerinnen und Steirer der mittleren Generation wünschen sich, mit dem Rauchen aufhören zu können.

2 % der 15-Jährigen geben an, täglich zu rauchen. 20 % der 18-Jährigen sind regelmäßige Raucher, das entspricht bereits dem steirischen Gesamtdurchschnitt.

der Mikrozensusbefragung 1997 und der Befragung der Gesunden Gemeinden (1995 bis 1999) sind diesbezüglich ident: 6 von 100 Männern und 2 von 100 Frauen geben an, täglich mehr als 20 Zigaretten zu rauchen. Die tatsächliche Zahl der starken Raucher muss höher angenommen werden, da die Befragten oft nicht bereit sind zuzugeben, mehr als ein "Packerl" täglich zu rauchen. Eine Befragung für interventionsgezielte Analysen des Suchtverhaltens bedarf daher hochqualifizierter Interviewer. Insgesamt kann man aber sagen, dass in der Steiermark die Zahl der starken Raucher im letzten Jahrzehnt abgenommen hat, dass mehr Männer unter den Rauchern sind als Frauen, dass aber der Geschlechterunterschied zunehmend kleiner wird (Abb.11).

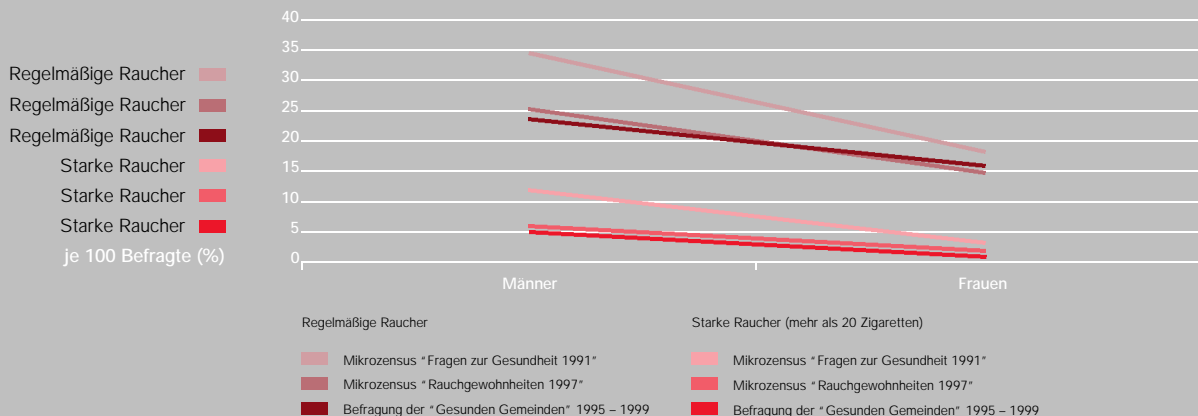
In der Altersverteilung der Raucher hat sich zwischen 1991 und 1997 nicht viel geändert. Der Raucheranteil ist unter den 20- bis 40-Jährigen in beiden Jahren der höchste; er liegt 1991 bei rund 40 Prozent und 1997 bei rund 30 Prozent. Das entspricht etwa 370.000 Steirerinnen und Steirern in mittleren Lebensjahren. Es darf angenommen werden, dass sich etwa 250.000 davon wünschen, mit dem Rauchen aufzuhören. Professionelle Entwöhnungsprogramme müssen in erster Linie an diese Zielpopulation gerichtet sein. Mit zunehmendem Alter ab dem 40. Lebensjahr nimmt der Raucheranteil an der Bevölkerung ab. Interessant sind die gegenläufigen Ergebnisse der Altersgruppe

zwischen 60 und 64 Jahren: 1991 unterbrechen sie den Trend nach oben hin, 1997 nach unten hin. Das heißt, in dieser Altersgruppe ist zwischen 1991 und 1997 die deutlichste Abnahme unter den Rauchern zu verzeichnen. Ein Hinweis zum Willen für ein "Altern in Gesundheit"? (Abb.12).

Die Gruppe der Jugendlichen stellt eine sensible Population in der Tabakproblematik dar. Entsprechend der Befragung der Gesunden Gemeinden lässt sich das Problem teilweise veranschaulichen: während unter den 15-, 16- und 17-Jährigen mehr Jugendliche angeben gelegentlich zu rauchen als regelmäßig zu rauchen, kehrt sich dies für die Altersgruppe der 18-Jährigen drastisch um. Die Folgerung ist, dass die Mehrheit der "Versuchsraucher" bereits um das 18. Lebensjahr zu Rauchern mit bleibendem Suchtverhalten wird (Abb.13).

Der Prozentsatz der täglichen Raucher steigt entsprechend den drei bereits erwähnten Befragungen ab dem 15. Lebensjahr kontinuierlich an. Der stärkste Zuwachs an Rauchern ist zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr zu verzeichnen, eine Zielgruppe, die nur mit viel Verständnis und Behutsamkeit für Interventionen erreichbar ist. Der Anteil der Raucher unter den 15-Jährigen ist zwischen 1991 und 1997 von 10 Prozent auf 2 Prozent gesunken. Für die 16-, 17- und 18-Jährigen ist er zwischen den Vergleichsjahren weitgehend unverändert (Abb.13).

## Raucheranteil der steirischen Bevölkerung im Quellenvergleich

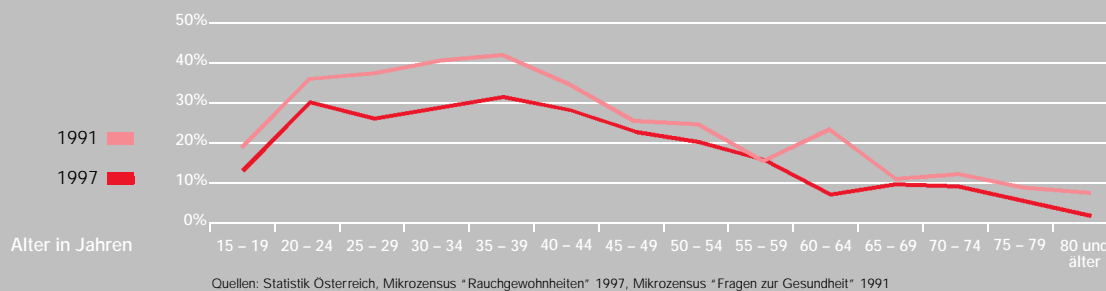


n Abbildung 11

### Regelmäßige und starke Raucher

Prävalenz nach Quellenangabe und Geschlecht Steiermark 1991 – 1999

## Altersverteilung der Raucher in der Steiermark

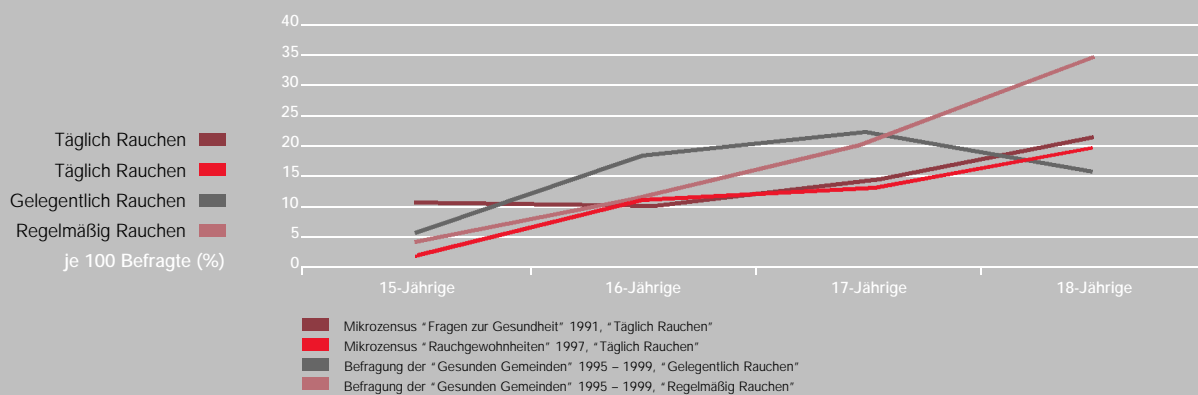


n Abbildung 12

### Regelmäßige Raucher

Prävalenz nach Altersgruppen Steiermark 1991 und 1997

## Raucheranteil unter den Jugendlichen



n Abbildung 13

### Raucher

Prävalenz nach Alter der Jugendlichen und nach Quellenangabe 1991 bis 1999

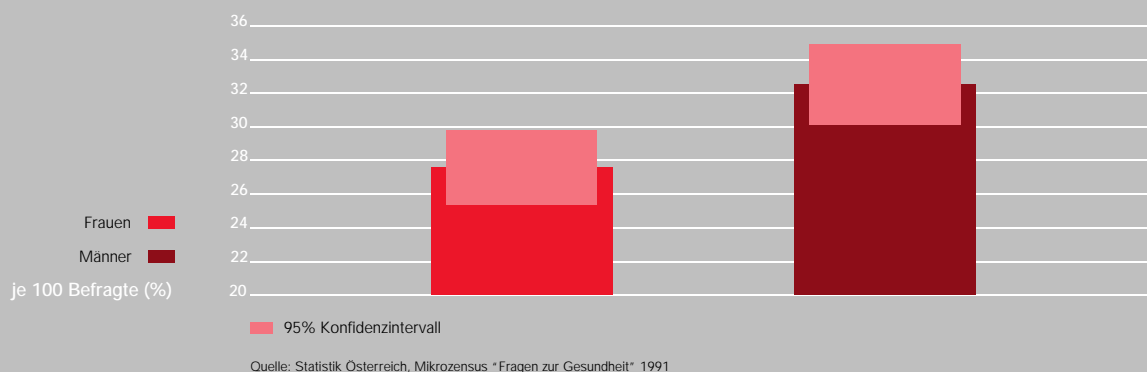
## Gesünder leben durch körperliche Betätigung

Täglich 30 Minuten rasches Gehen oder Radfahren verbessert den Gesundheitszustand erheblich. Das können z. B. zweimal 15 Minuten zu Fuß oder per Fahrrad zum und vom Arbeitsplatz sein.

Zu den gesundheitlichen Gewinnen einer moderaten sportlichen Betätigung gehören eine bessere Stimmungslage, höhere Selbstachtung, ein verbessertes Aussehen und eine bessere Haltung sowie eine wesentliche Verringerung von Frühsterblichkeit, Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Altersdiabetes und Osteoporose. Aus internationalen Studien geht hervor, dass nahezu ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung ein inaktives Leben lebt und dieser Anteil der Bevölkerung mit dem Alter zunimmt. Eine bedenkliche Tatsache, die bewirken kann, dass die älteren Menschen die Mindestschwelle der für ein unabhängiges Leben benötigten Muskelstärke früher unterschreiten. Das betrifft insbesondere Frauen, die in der Regel ein höheres Lebensalter erreichen. Mit dem Trend zu einer verstärkt sitzenden Lebensweise wird sich das Risiko der körperlichen Inaktivität wahrscheinlich noch erhöhen. In einigen

Ländern ist das Inaktivitätsniveau so hoch, dass man keine ausreichend Mikronährstoffe enthaltende Ernährung beibehalten kann, ohne dass dies gleichzeitig zu Übergewicht führt. Eine erhebliche Gesundheitsverbesserung ist zu erreichen, wenn man sicherstellt, dass sich die Menschen an mindestens 5 Tagen der Woche wenigstens 30 Minuten moderat intensiv bewegen, beispielsweise durch rasches Gehen oder Radfahren. Strategisch sollte man Verkehr, Erholung und Stadtentwicklung in Konzepte einbeziehen, mit denen man eine verstärkte körperliche Betätigung zu erreichen sucht. Ziel sollte eine ganze Bandbreite innovativer Ansätze sein, die zusammen alle Menschen veranlassen könnten, sich im Rahmen ihres Alltages zu bewegen. Gemeinsame sportliche Betätigung kann den Zusammenhalt in der Familie oder in anderen sozialen Gruppen stärken und die Achtung vor der Natur fördern.

## Körperliche Aktivität für die Gesundheit im Geschlechtervergleich

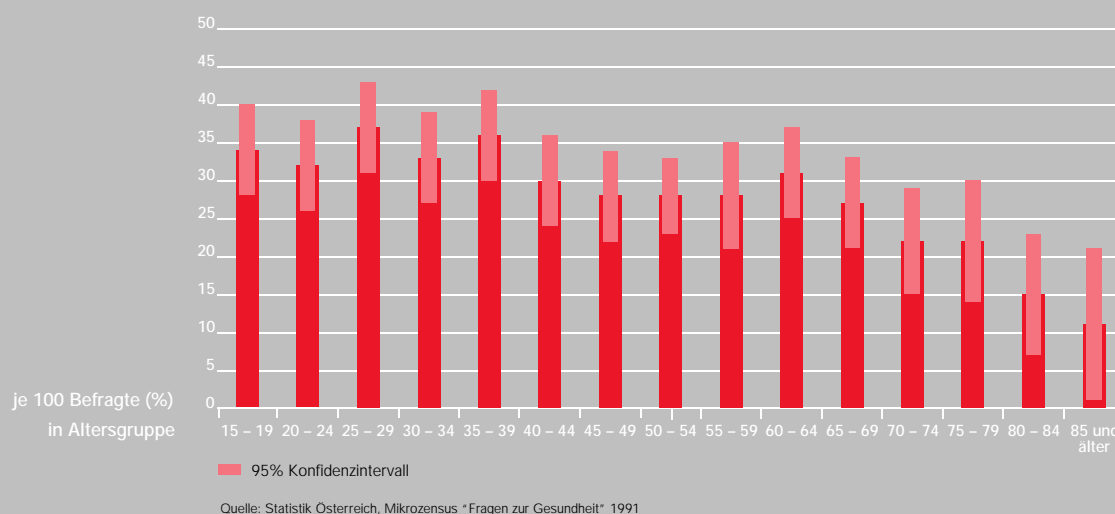


n Abbildung 14

## Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach Geschlecht  
Steiermark  
1991

## Körperliche Aktivität für die Gesundheit nach Altersgruppen

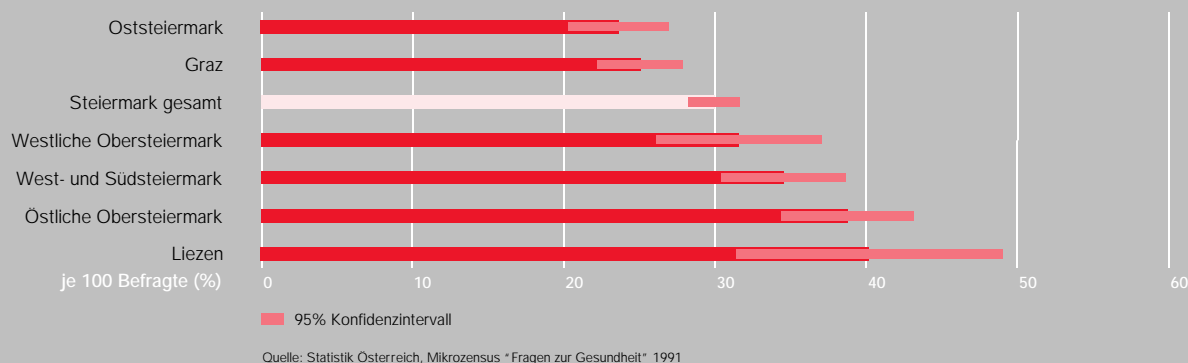


n Abbildung 15

## Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach Alter  
Steiermark  
1991

## Regionale Unterschiede in der körperlichen Aktivität für die Gesundheit



n Abbildung 16

## Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach NUTS III-Regionen  
Steiermark  
1991

## Körperliche Aktivitäten der steirischen Bevölkerung

30 Prozent der Steirerinnen und Steirer geben an körperlich aktiv zu sein, um gesund zu bleiben. Bei den Frauen liegt der Anteil mit 27 % signifikant unter dem der Männer, der bei 33 % liegt.

Von der oststeirischen Bevölkerung werden am wenigsten sportliche Aktivitäten gesetzt.

Auf die Frage nach Aktivitäten, um gesund zu bleiben bzw. um Krankheit vorzubeugen, geben in der Mikrozensusbefragung *Zur Gesundheit* im Jahre 1991 30 Prozent der Befragten an, sich körperlich zu betätigen. Bei den Frauen liegt der Anteil mit 27 Prozent signifikant unter dem der Männer, nämlich 33 Prozent (Abb.14, Seite 137). Aktuellere Ergebnisse aus der Befragung 1999 liegen zur Zeit noch nicht vor.

Zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr schwankt der Anteil der Bevölkerung, die körperliche Aktivität im Sinne der Gesundheitsvorsorge angeben, um die 35 Prozent und nimmt dann mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. In der Altersgruppe der Über-85-jährigen geben noch immerhin 11 Prozent der Befragten an, körperlichen Aktivitäten nachzugehen. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass die institutionell betreute Bevölkerung in dieser wie in den meisten Befragungen nicht eingeschlossen ist. Auch die Bandbreite der Ergebnisse in den höheren Altersgruppen ist beträchtlich, was darauf zurückzuführen ist, dass ältere Menschen für Interviews schwieriger zugänglich sind und die Gruppe der Befragten eher klein ist. Umso kleiner eine Stichprobe, umso weniger exakt sind die Ergebnisse. Übertragen auf die Bevölkerungsgruppe der 85-Jährigen, die in ihrer häuslichen Umgebung leben, liegt die Annahme für die körperlich Aktiven also nicht bei exakt 11 Prozent, sondern zwischen 1 und 20 Prozent (Abb.15, Seite 137).

Im regionalen Vergleich zeigt sich die Bevölkerung der Oststeiermark am wenigsten aktiv. Rund 24 Prozent der Oststeirerinnen und Oststeirer geben an, sportliche Aktivitäten zur Krankheitsvorbeugung zu setzen. Der Wert liegt ebenso wie der Grazer Wert signifikant unter

dem steirischen Durchschnitt. 40 Prozent der Bevölkerung in und um Liezen geben an, körperlich aktiv zu sein, statistisch signifikant über dem steirischen Durchschnitt liegt jedoch nur die Östliche Obersteiermark (Abb.16, Seite 137).

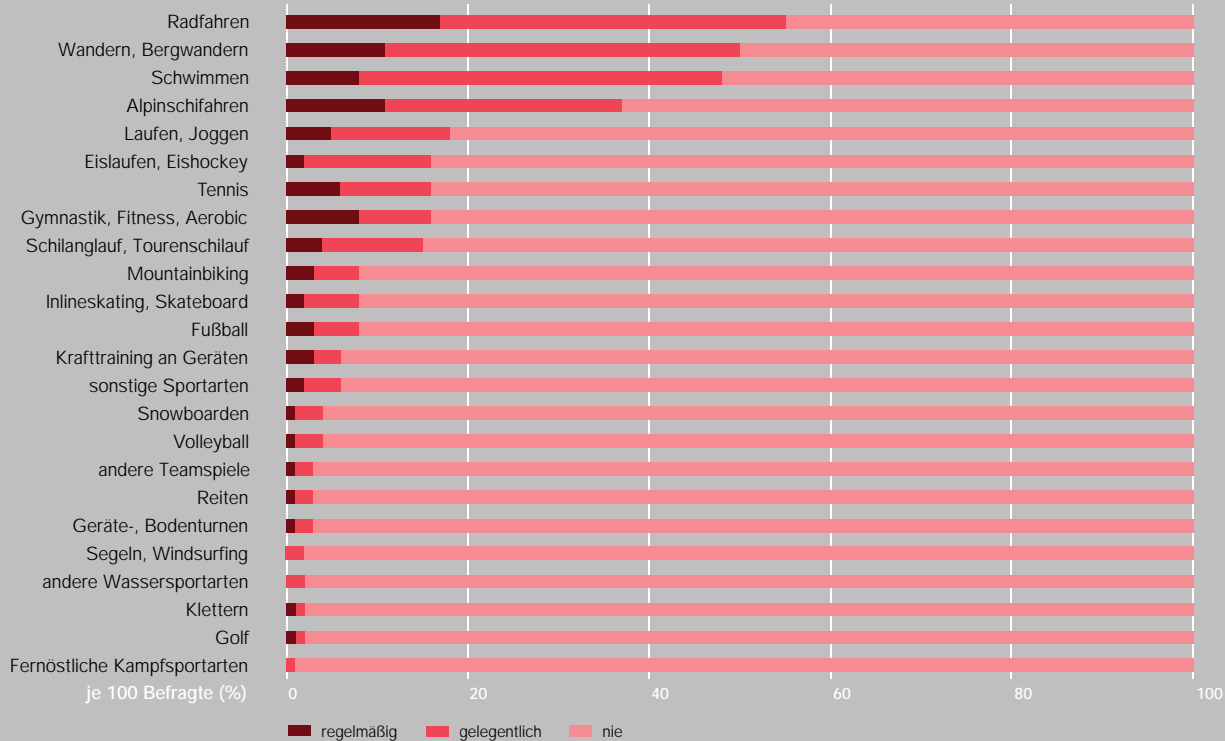
In der zeitlich aktuelleren Mikrozensusbefragung *Zur Freizeitkultur* im Jahr 1998 wurden die Steirerinnen und Steirer nach den Sportarten befragt, die sie regelmäßig, gelegentlich oder nie ausüben. An erster Stelle rangiert das Radfahren, gefolgt von Wandern, Schwimmen und Alpenschifahren. Joggen, Eislaufen, Tennis, Gymnastik und Schilanglauf rangieren in der Beliebtheit ungefähr gleich und werden jeweils von rund 16 Prozent der Bevölkerung regelmäßig oder gelegentlich betrieben. Andere Sportarten werden nur von einer Minderheit der Steirerinnen und Steirer betrieben (Abb.17).

55 Prozent der steirischen Bevölkerung gibt an mehr oder weniger regelmäßig Rad zu fahren. Der Anteil der regelmäßigen Radfahrer beläuft sich jedoch steiermarkweit nur auf 17 Prozent, und streut im regionalen Vergleich von knapp 13 Prozent in der Oststeiermark bis knapp 26 Prozent in der Westlichen Obersteiermark. Beide Regionen weichen signifikant vom steirischen Durchschnitt ab (Abb.18). Die Oststeiermark weist auch für andere untersuchte sportliche Aktivitäten stets die niedrigsten Werte auf.

In der Befragung der *Gesunden Gemeinden* zwischen 1995 und 1999 wurde nach der Häufigkeit der Sportausübung gefragt. Insgesamt gesehen stehen 12 Prozent Befragten, die fast täglich Sport betreiben, 20 Prozent Befragte, die nie Sport betreiben, gegenüber (Abb.19). Nach Alter geschichtet fällt auf, dass der Prozentsatz der "täglichen Sportler" zwar der niedrigste ist,

## Sportausübung in der Steiermark nach Sportarten

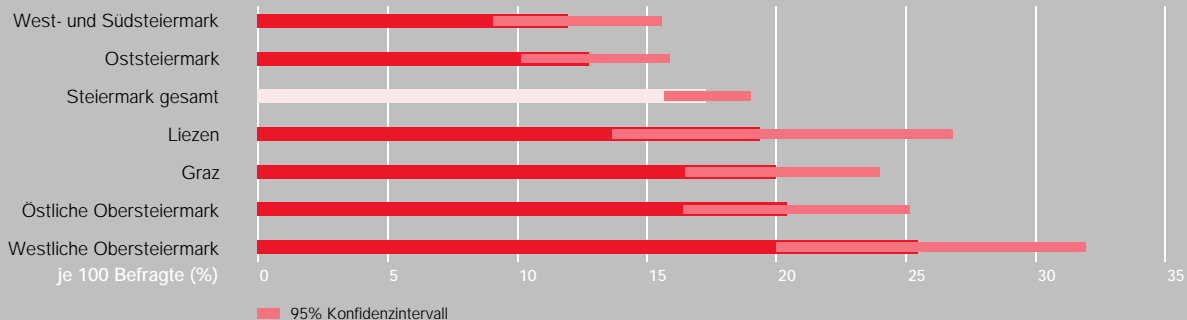
n Abbildung 17



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Freizeitkultur" 1998

## Regelmäßiges Radfahren im Regionenvergleich

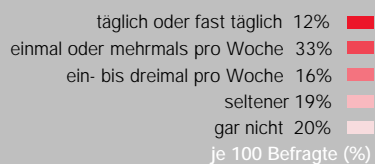
n Abbildung 18



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Freizeitkultur" 1998

## Häufigkeit der Sportausübung in den Gesunden Gemeinden

n Abbildung 19



Quelle: Institut für Sozialmedizin, Befragung "Gesunde Gemeinden"

Die Regelmäßigkeit  
spielt eine wichtige Rolle  
in der lebensbegleitenden  
und gesundheitsfördernden  
Funktion des Sports.

aber am wenigsten Schwankungen aufweist.  
Es ist anzunehmen, dass eine regelmäßige  
Gewöhnung an Sport in jungen Lebensjahren  
die beste Voraussetzung für Sport als lebens-  
begleitende und damit gesundheitsfördernde  
Aktivität darstellt. Umso unregelmäßiger die  
sportliche Aktivität ausgeübt wird, umso stärker  
nimmt sie mit zunehmendem Alter ab (Abb.20).

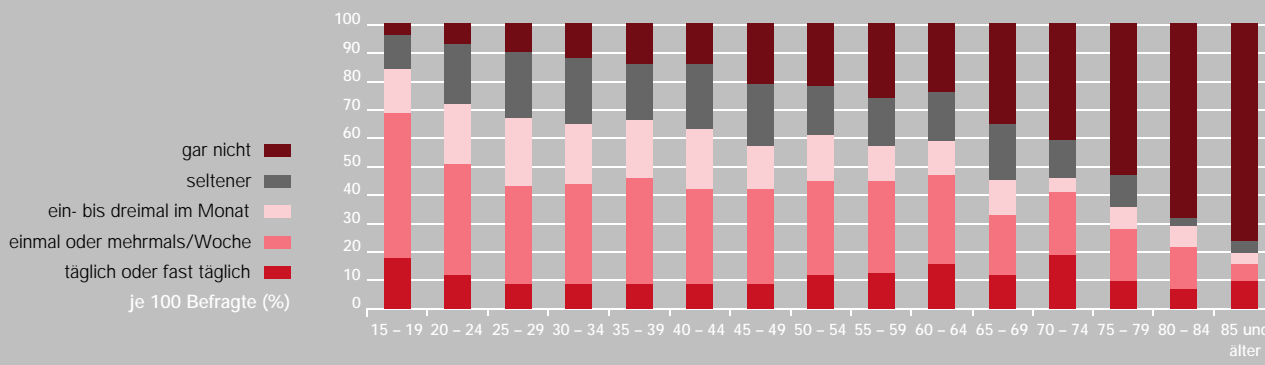


Häufigkeit der Sportausübung nach Alter

n Abbildung 20

Sportausübung

Prävalenz nach Häufigkeit und Alter "Gesunde Gemeinden" in der Steiermark 1995 - 1999



Quelle: Institut für Sozialmedizin, Befragung der "Gesunden Gemeinden"