

2004

Gesundheitsbericht

Wien 2004

Vienna Health Report 2004



Bereichsleitung für Sozial-
und Gesundheitsplanung
sowie Finanzmanagement

StadT+Wien
Wien ist anders.



**Bereichsleitung für Sozial-
und Gesundheitsplanung
sowie Finanzmanagement**



IMPRESSUM

KONZEPT UND PROJEKTLEITUNG	DDr. Eleonore BACHINGER, MSc(EPH) ¹⁾
BERICHTERSTELLUNG	DDr. Eleonore BACHINGER, MSc(EPH) ¹⁾ Mag. Monika CSITKOVICS ¹⁾ Mag. Klaudia WAIS
BEITRÄGE VON	StPhys Dr. Christine BRUNS ²⁾ (<i>Wiener Impfkonzept</i>) Dr. Wolfgang DÜR ⁸⁾ & Dr. Kristina FÜRTH ⁸⁾ (<i>Adipositas bei Kindern und Jugendlichen</i>) Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL ⁹⁾ (<i>Psychoaktive Substanzen</i>) Mag. Maria M. HOFMARCHER-HOLZHACKER ⁶⁾ , Dr. Monika RIEDEL ⁶⁾ , Mag. Gerald RÖHRLING ⁶⁾ (<i>Gesundheitsausgaben</i>) StPhys Dr. Ingrid PILZ ²⁾ (<i>Wiener Elternberatungsstellen</i>) Mag. Hellmut RITTER ³⁾ (<i>Bevölkerungsbewegung</i>) Dr. Tom SCHMID ⁷⁾ & DSA Sandra STERN ⁷⁾ (<i>Gesundheitsversorgung</i>) Dr. Jana STIRLING ²⁾ & StPhys Dr. Christine BRUNS ²⁾ (<i>Bakterielle Meningitiden</i>) Dr. Elfriede URBAS (<i>Psychische Gesundheit</i>) Prim. Univ.-Prof. Dr. Hartmut ZWICK ¹⁰⁾ (<i>Epidemiologie des Rauchens und Raucherentwöhnung</i>)
DANK FÜR DIE MITARBEIT VON	StPhys Dr. Christine BRUNS ²⁾ Mag. Hellmut RITTER ³⁾ Dr. Christian TEMML ²⁾ Reinhard PROHASKA ⁴⁾ OphysR Dr. Gabriele SCHABL ²⁾ OphysR Prim. Dr. Silvia MAYERHOFER ²⁾ PhysR Dr. Eva-Maria VINZELJ-HORVATH ²⁾ OAR Hermine MOSER ²⁾ Mag. Jeannette KLIMONT ⁵⁾ Mag. Peter BAYER ⁵⁾ Mag. Barbara LEITNER ⁵⁾ Mag. Monika HACKL ⁵⁾ KK Christine TITZE ³⁾
HERZLICHEN DANK AN DIE MITARBEITER/INNEN VON	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Bundesministerium für Landesverteidigung Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Wiener Gebietskrankenkasse Statistik Austria Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien (nunmehr MA 5 – Finanzwirtschaft, Haushaltswesen, Statistik) Wiener Krankenanstaltenverbund

1) Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. 2) Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen. 3) Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien (nunmehr Magistratsabteilung 5 – Finanzwirtschaft, Haushaltswesen, Statistik). 4) KAV – Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Generaldirektion. 5) Statistik Austria, Direktion Bevölkerung. 6) IHS – Institut für Höhere Studien. 7) SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle. 8) Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. 9) Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. 10) Lungenabteilung Krankenhaus Lainz, Medical Fitness Team.

ENGLISCHE ÜBERSETZUNG	Mag. Sylvi RENNERT
KORREKTORAT	Mag. Linda STIFT
ENDREDAKTION	DDr. Eleonore BACHINGER
GRAFISCHE PRODUKTION	Bernhard AMANSHAUSER
UMSCHLAGGESTALTUNG	Mag. Robert SABOLOVIC
MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER	Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: Adolf Holzhausens Nfg., 1140 Wien

Vorgeschlagene Zitierweise:

Stadt Wien (Hrsg.), *Gesundheitsbericht Wien 2004*. Autorinnen: BACHINGER, E.; CSITKOVICS, M.; WAIS, K.
– Wien, 2005.

EDITORIAL

Der vorliegende Wiener Gesundheitsbericht 2004 beinhaltet neben wichtigen Kerndaten aus den Bereichen Demographie, Lebenserwartung und Mortalität, Epidemiologie, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Gesundheitsvorsorge auch Schwerpunkte zur psychischen Gesundheit, zur sozialen und geschlechtsspezifischen Ungleichheit der Gesundheit sowie zur Gesundheit im Alter. Einen besonderen Schwerpunkt dieses Berichtes bilden Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit sowie lebensstilbedingte Erkrankungen, insbesondere aufgrund von Rauchen. Die Gesundheitsversorgung in Wien wird ebenfalls in diesem Bericht ausführlich dargestellt. Erstmals enthält der Gesundheitsbericht auch einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung und Verwendung der Gesundheitsausgaben in Wien.

Die Daten zur demographischen Entwicklung, zu Lebenserwartung und Mortalität, zur Krebsinzidenz und zu den stationären Aufenthalten sind hochaktuell. Aufgrund des Umfangs dieses Berichtes war es jedoch nicht möglich, alle Daten auf den letzten Stand zu bringen. Zu vielen Themen, deren statistische Grundlage auf Gesundheitsbefragungen beruht (gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie etwa Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung, körperliche Betätigung, etc.) gibt es keine aktuelleren Ergebnisse. Insbesondere darf ich hier auch auf bereits publizierte Schwerpunktberichte,

Wien, Oktober 2005



die auf den Auswertungen des Mikrozensus 1999 für Wien sowie des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys beruhen, hinweisen. Diese befassen sich neben einer allgemeinen Darstellung der Gesundheitssituation der Wiener Bevölkerung insbesondere mit deren psychischer Gesundheit sowie mit wichtigen, die Gesundheit beeinflussenden sozialen und Lebensstilfaktoren.

Ergänzende Publikationen zum jährlichen Gesundheitsbericht sind vor allem auch die beiden bisher publizierten themenspezifischen Schwerpunktberichte zu Lebenserwartung und Mortalität sowie zur Verbreitung von chronischen Krankheiten. Darüber hinaus werden von der Wiener Gesundheitsberichterstattung auch vertiefende zielgruppenorientierte Spezialberichte (Frauen-, Männer-, Senioren-, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht) veröffentlicht. Alle diese Berichte erhalten Sie kostenlos unter <bar@bgf.magwien.gv.at> sowie unter <www.wien.gv.at/who/berichte/index.htm>. (Siehe auch letzte Seite dieses Berichtes.)

Es ist uns ein Anliegen, mit der Wiener Gesundheitsberichterstattung einen umfassenden Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung und das Wiener Gesundheitswesen zu geben. Darüber hinaus sollen unsere Berichte eine wichtige Grundlage für EntscheidungsträgerInnen in Politik und Verwaltung sein.

Dipl.-Ing. Dr. Hannes SCHMIDL
Bereichsleiter für Sozial- und Gesundheitsplanung
sowie Finanzmanagement

VORWORT

Berichte zur gesundheitlichen Lage der Wienerinnen und Wiener ermöglichen nicht nur die Identifizierung von gesundheitlichen Problemfeldern, sondern bilden auch die Grundlage für gezielte gesundheitspolitische Interventionen wie präventive Maßnahmen oder Initiativen zur Gesundheitsförderung. Neben der Information für medizinisches Fachpersonal, ExpertInnen im Bereich der Gesundheitswissenschaft und GesundheitspolitikerInnen, soll die mediale Verbreitung der Ergebnisse schließlich auch zu einem bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang der Wiener Bevölkerung mit der eigenen Gesundheit beitragen.

Der vorliegende Wiener Gesundheitsbericht 2004 beinhaltet wichtige Daten zur gesundheitlichen Situation der Wiener Bevölkerung. Durch die zeitlichen Vergleiche der Daten lassen sich sowohl positive als auch negative Trends im Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener erkennen. Besondere Berücksichtigung finden Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen; ebenso wird auf geschlechtsspezifische und sozial bedingte Unterschiede im Krankheitsgeschehen eingegangen. Schwerpunkte wie psychische Gesundheit und Auswirkungen von Lebensstilfaktoren auf die

Gesundheit des Einzelnen finden ebenfalls ihre Berücksichtigung in diesem Bericht. Erstmals enthält der Gesundheitsbericht auch einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung und Verwendung der Gesundheitsausgaben in Wien.

Erfreuliche Entwicklungen zeigen sich in der deutlichen Steigerung der Lebenserwartung der Wiener Bevölkerung. Diese positive Entwicklung lässt sich vor allem durch den in den letzten Jahren besonders deutlichen Rückgang der Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie durch Rückgänge bei den Krebserkrankungen erklären. Da Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach wie vor die Todesursache Nummer eins sind, wird die erfolgreiche Gesundheitsförderungsinitiative „Ein Herz für Wien“ auch in den nächsten Jahren weitergeführt werden.

Die Gesundheit der Wienerinnen und Wiener ist mir ein ganz besonderes Anliegen, es werden daher auch in Zukunft Maßnahmen gesetzt, diese durch vermehrte Prävention und Vorsorge zu erhalten und den Zugang zur ausgezeichneten medizinischen Versorgung in Wien zu ermöglichen – für alle Menschen in dieser Stadt.

Wien, Oktober 2005



Mag. Renate BRAUNER
Amtsführende Stadträtin für
Gesundheit und Soziales



REGISTER

ZUSAMMENFASSUNG
EXECUTIVE SUMMARY

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE
HEALTH REPORTING – TASKS AND AIMS

DEMOGRAPHIE
DEMOGRAPHY

LEBENSERWARTUNG & MORTALITÄT
LIFE EXPECTANCY & MORTALITY

EPIDEMIOLOGIE
EPIDEMIOLOGY

PSYCHISCHE GESUNDHEIT
MENTAL HEALTH

GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN
THE HEALTH SITUATION OF WOMEN AND MEN

KINDER UND JUGENDLICHE
CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

GESUNDHEIT IM ALTER
HEALTH AT OLD AGE

GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTILE
HEALTH RELEVANT BEHAVIOUR AND LIFE STYLES

SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT
SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH

GESUNDHEITSVORSORGE
PREVENTIVE HEALTH CARE

GESUNDHEITSVERSORGUNG
PUBLIC HEALTH CARE

GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN
PUBLIC HEALTH EXPENDITURE IN VIENNA

LITERATUR UND QUELLENANGABEN
BIBLIOGRAPHY AND LIST OF SOURCES

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	33
EXECUTIVE SUMMARY	37
1 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE	43
2 DEMOGRAPHIE	51
2.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR	51
2.1.1 Bevölkerungsentwicklung nach Bezirken	52
2.1.2 Altersstruktur	54
2.1.3 Wien im Bundesländervergleich	58
2.2 BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	59
2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung	60
2.2.2 Wanderungen	66
2.3 BEVÖLKERUNGSPROGNOSE	69
2.3.1 Prognose der Bevölkerungsstruktur	70
2.3.2 Prognose der Belastungsquoten	73
3 LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT	77
3.1 LEBENSERWARTUNG	77
3.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt	77
3.1.2 Fernere Lebenserwartung	78
3.1.3 Wien im Bundesländervergleich	80
3.2 STERBLICHKEIT UND TODESURSACHEN	83
3.2.1 Sterberate	84
3.2.2 Sterblichkeitsentwicklung	86
3.2.3 Todesursachen	86
3.2.4 Säuglingssterblichkeit	96
4 EPIDEMIOLOGIE	101
4.1 SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	101
4.2 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	105
4.3 HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	110
4.4 HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	114
4.5 KREBS (BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN)	122
4.5.1 Krebsinzidenz	123
4.5.2 Krebsmortalität	134
4.5.3 Ausgewählte Krebserkrankungen	135
Weiblicher Brustkrebs	135
Prostatakrebs	138
Darmkrebs	139
Lungenkrebs	141
4.6 INFJEKTIONSKRANKHEITEN	145
4.6.1 Einleitung	145
4.6.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS	148
Bakterielle Meningitiden in Wien 1998–2002	152
4.6.3 Tuberkulose	155
4.6.4 AIDS und HIV-Infektionen	161
4.6.5 Geschlechtskrankheiten	169
4.6.6 Influenza und grippale Infekte	174

4.7 KRANKENSTÄNDE	176
4.7.1 Krankenstandsfälle	177
4.7.2 Krankenstandstage	180
4.7.3 Durchschnittliche Krankheitsdauer pro Krankenstandsfall	182
4.7.4 Durchschnittliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter/Angestellte)	185
4.8 SPITALSENTLASSUNGSSTATISTIK	188
5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT	199
5.1 AUSMASS UND GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN	199
5.1.1 Stationäre Behandlungen	201
5.1.2 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen	204
5.1.3 Konsum von Medikamenten gegen psychische Störungen und Beschwerden	207
5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen	211
5.1.5 Mortalität	211
5.1.6 Verlust an Lebensjahren	213
5.2 EUROPÄISCHER VERGLEICH	215
5.3 AUSGEWÄHLTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	220
5.3.1 Angststörungen	222
5.3.2 Depression	226
5.3.3 Schizophrenie	232
5.3.4 Demenz	236
5.3.5 Komorbidität	240
6 GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN	243
6.1 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BEFUNDE ZU MORBIDITÄT UND MORTALITÄT	244
6.2 ERKLÄRUNGSANSÄTZE	246
7 KINDER UND JUGENDLICHE	251
7.1 GEBURTENSTATISTIK	251
7.2 HALTUNGSSTÖRUNGEN	258
7.3 ZAHNGESUNDHEIT	261
7.4 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	264
7.4.1 Übergewicht und Adipositas messen und interpretieren	265
7.4.2 Adipositas-Prävalenzen in Wien und Österreich	266
7.4.3 Übergewicht, Schicht und Lebensstile in Österreich	269
7.4.4 Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	272
7.5 GESUNDHEITSVERHALTEN VON SCHULKINDERN: RESULTATE DER HBSC-STUDIE FÜR WIEN	274
7.5.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit	275
7.5.2 Einfluss von Familie und Schule	276
7.5.3 Ernährungsverhalten	278
7.5.4 Rauchgewohnheiten	279
7.5.5 Alkoholkonsum	281
7.5.6 Körperliche Aktivität	281
7.6 STELLUNGSUNTERSUCHUNGEN 2002	284
8 GESUNDHEIT IM ALTER	289
9 GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTILE	299
9.1 ERNÄHRUNG	299
9.2 BEWEGUNG UND ÜBERGEWICHT	306
9.2.1 Bewegung, sportliche Aktivitäten	306
9.2.2 Übergewicht	311

9.3 PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN	314
9.3.1 Der Gebrauch alkoholischer Getränke in Wien	315
9.3.2 Der Gebrauch von Tabakwaren	318
9.3.3 Der Gebrauch von Psychopharmaka	320
9.3.4 Der Konsum illegaler Substanzen	324
9.3.5 Der Mehrfachkonsum	327
9.3.6 Zusammenschau	327
9.4 RAUCHEN	329
9.4.1 Epidemiologie des Rauchens und Raucherentwöhnung	332
9.4.2 Gesundheitspolitische Bedeutung des Rauchens	351
10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT	363
10.1 SOZIOÖKONOMISCHE GRUNDLAGEN	364
10.2 ARMUT	365
10.3 MIGRATION	377
10.4 ARBEITSLOSIGKEIT	382
11 GESUNDHEITSVORSORGE	389
11.1 GESUNDHEITSVORSORGE FÜR MUTTER UND KIND	389
11.1.1 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	389
11.1.2 Die Wiener Elternberatungsstellen	391
11.2 DAS WIENER IMPFKONZEPT	393
11.2.1 Impfungen im Vorschul- und Schulalter	394
11.3 GESUNDENVORSORGEUNTERSUCHUNGEN	396
11.3.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen	398
12 GESUNDHEITSVERSORGUNG	407
12.1 DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM	407
12.1.1 Krankenversicherung	408
12.1.2 Krankenanstalten	411
12.1.3 Pflegesicherung	411
12.2 INTRAMURALE (STATIONÄRE) VERSORGUNG	413
12.2.1 Darstellung des Krankenanstaltenplans	413
12.2.2 Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV)	419
12.2.3 Krankenanstalten sonstiger Rechtsträger	424
12.2.4 Stationäre Pflegeeinrichtungen	424
12.2.5 Pflege- und Geriatriezentren	425
12.3 EXTRAMURALE (AMBULANTE) VERSORGUNG	426
12.3.1 Ambulatorien	427
12.3.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien	428
12.3.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	428
12.3.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst	429
12.3.5 Hebammen	429
12.3.6 Ausbildungen in Wien	430
12.3.7 Psychosoziale Betreuung	431
12.4 ÄRZTINNEN UND ÄRZTE	433
12.5 ZAHNÄRZTINNEN, FACHÄRZTINNEN FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE UND DENTISTINNEN	445
12.6 APOTHEKEN	447
12.7 WIENER RETTUNGSDIENSTE	449
12.8 EXKURS: BEURTEILUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	452

12.8.1 Bekanntheit, Nutzung und Beurteilung der Wiener Gesundheitseinrichtungen	452
12.8.2 Beurteilung des Bedarfs an Gesundheitseinrichtungen	455
13 GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN	459
13.1 EINLEITUNG	460
13.2 FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN	461
13.2.1 Ausgaben der privaten Haushalte	461
13.2.2 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung	461
13.2.3 Ausgaben der Stadt Wien	461
13.2.4 Gesundheitsausgaben und Mittelaufbringung	463
13.3 VERWENDUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN	464
13.3.1 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	466
13.3.2 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, pro Kopf	466
13.3.3 Entwicklung der Gesundheitsausgaben	467
13.4 WIEN IM BUNDESLÄNDERVERGLEICH	469
13.4.1 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung	469
13.4.2 Ausgaben der privaten Haushalte	469
LITERATUR UND QUELLENANGABEN	473

CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY	37
1 HEALTH REPORTING – TASKS AND AIMS	43
2 DEMOGRAPHY	51
2.1 POPULATION STRUCTURE	51
2.1.1 Population development by districts	52
2.1.2 Age structure	54
2.1.3 Vienna's position in Austria	58
2.2 POPULATION MOVEMENT	59
2.2.1 Vital statistics	60
2.2 MIGRATORY MOVEMENTS	66
2.3 POPULATION PROJECTION	69
2.3.1 Projection of population structure	70
2.3.2 Projection of dependency rates	73
3 LIFE EXPECTANCY AND MORTALITY	77
3.1 LIFE EXPECTANCY	77
3.1.1 Life expectancy at birth	77
3.1.2 Further life expectancy	78
3.1.3 Vienna's position in Austria	80
3.2 MORTALITY AND CAUSES OF DEATH	83
3.2.1 Mortality	84
3.2.2 Mortality development	86
3.2.3 Causes of death	86
3.2.4 Infant mortality	96
4 EPIDEMIOLOGY	101
4.1 SUBJECTIVE STATE OF HEALTH	101
4.2 CHRONIC DISEASES	105
4.3 LONG-TERM DAILY CARE AND ASSISTANCE	110
4.4 CARDIOVASCULAR DISEASES	114
4.5 CANCER (MALIGNANT NEOPLASMS)	122
4.5.1 Cancer incidence	123
4.5.2 Cancer mortality	134
4.5.3 Some common cancer types	135
Cancer of the mammary gland in females	135
Cancer of the prostate	138
Intestinal cancer	138
Lung cancer	141
4.6 INFECTIOUS DISEASES	145
4.6.1 Introduction	145
4.6.2 Notifiable infectious diseases, not including tuberculosis, venereal diseases and AIDS	148
Bacterial meningitides in Vienna 1998–2002	152
4.6.3 Tuberculosis	155
4.6.4 AIDS and HIV infections	161
4.6.5 Venereal diseases	169
4.6.6 Influenza	174

4.7 SICK LEAVES	176
4.7.1 Sick leave cases	177
4.7.2 Sick leave days	180
4.7.3 Average duration of sick leaves per case	182
4.7.4 Average number of days of sick leaves per employed person (labourers and salaried employees)	185
4.8 HOSPITAL DISCHARGE DATA	188
5 MENTAL HEALTH	199
5.1 SCOPE AND SOCIAL SIGNIFICANCE OF MENTAL DISORDERS	199
5.1.1 Inpatient treatment	201
5.1.2 Consultation of psychotherapists and psychologists	204
5.1.3 Consumption of medication against mental disorders and problems	207
5.1.4 Sick leaves and early retirements	211
5.1.5 Mortality	211
5.1.6 Lost life years	213
5.2 EUROPEAN COMPARISON	215
5.3 SOME COMMON MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS	220
5.3.1 Anxiety disorders	222
5.3.2 Depression	226
5.3.3 Schizophrenia	232
5.3.4 Dementia	236
5.3.5 Comorbidity	240
6 THE HEALTH SITUATION OF WOMEN AND MEN	243
6.1 GENDER-SPECIFIC DATA ON MORBIDITY AND MORTALITY	244
6.2 EXPLANATION APPROACHES	246
7 CHILDREN AND ADOLESCENTS	251
7.1 BIRTH STATISTICS	251
7.2 POSTURAL DAMAGE	258
7.3 DENTAL HEALTH	261
7.4 OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	264
7.4.1 Measuring and analysing overweight and adiposity	265
7.4.2 Obesity prevalence in Vienna and Austria	266
7.4.3 Overweight, socioeconomic status and life styles in Austria	269
7.4.4 Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents	272
7.5 HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN: RESULTS OF THE HBSC STUDY FOR VIENNA	274
7.5.1 Subjective state of health	275
7.5.2 Influence of family and school	276
7.5.3 Nutritional behaviour	278
7.5.4 Smoking habits	279
7.5.5 Alcohol consumption	281
7.5.6 Physical activity	281
7.6 MEDICAL EXAMINATIONS AT MILITARY REGISTRATION 2002	284
8 HEALTH IN OLD AGE	289
9 HEALTH RELEVANT BEHAVIOUR AND LIFE STYLES	299
9.1 NUTRITION	299
9.2 PHYSICAL ACTIVITY AND OVERWEIGHT	306
9.2.1 Physical activity and sports	306
9.2.2 Overweight	311

9.3 PSYCHOACTIVE SUBSTANCES	314
9.3.1 Alcohol consumption in Vienna	315
9.3.2 Tobacco consumption	318
9.3.3 Consumption of antipsychotic drugs	320
9.3.4 Consumption of illegal substances	324
9.3.5 Polytoxicomania	327
9.3.6 Summary	327
9.4 SMOKING	329
9.4.1 Epidemiology of smoking and withdrawal	332
9.4.2 The significance of smoking for health policies	351
10 SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH	363
10.1 BASIC SOCIOECONOMIC FACTS	364
10.2 POVERTY	365
10.3 MIGRATION	377
10.4 UNEMPLOYMENT	382
11 PREVENTIVE HEALTH CARE	389
11.1 PREVENTIVE HEALTH CARE FOR MOTHERS AND THEIR CHILDREN	389
11.1.1 „Mother-child booklet“ checkups	389
11.1.2 Parental counselling centres in Vienna	391
11.2 THE VIENNA VACCINATION CONCEPT	393
11.2.1 Vaccinations for preschool and school-aged children	394
11.3 PREVENTIVE SCREENING PROGRAMME	396
11.3.1 Results of the preventive screenings	398
12 PUBLIC HEALTH CARE	407
12.1 THE AUSTRIAN PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM	407
12.1.1 Health insurance	408
12.1.2 Hospitals	411
12.1.3 Care insurance	411
12.2 INPATIENT CARE	413
12.2.1 The Vienna hospital plan	413
12.2.2 Hospitals of the Vienna Hospital Association (KAV)	419
12.2.3 Hospitals managed by other institutions	424
12.2.4 Inpatient nursing facilities	424
12.2.5 Nursing homes and geriatric centres	425
12.3 OUTPATIENT CARE	426
12.3.1 Outpatient clinics	427
12.3.2 Mobile health and nursing care system of the City of Vienna	428
12.3.3 Self-employed professionals in nursing and medical care	428
12.3.4 Self-employed professionals in medical technical services	429
12.3.5 Midwives	429
12.3.6 Training possibilities in Vienna	430
12.3.7 Psychosocial care	431
12.4 MEDICAL PRACTITIONERS	433
12.5 DENTISTS, DENTAL AND ORAL HEALTH SPECIALISTS AND DENTAL TECHNICIANS	445
12.6 PHARMACIES	447
12.7 AMBULANCE SERVICES IN VIENNA	449

12.8 EXCURSUS: SATISFACTION WITH THE PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTIONS	452
12.8.1 Knowledge, utilisation and assessment of public health care institutions in Vienna	452
12.8.2 Assessment of the need for more public health care institutions	455
13 PUBLIC HEALTH EXPENDITURE IN VIENNA	459
13.1 INTRODUCTION	460
13.2 FUNDING OF HEALTH EXPENDITURE	461
13.2.1 Private households	461
13.2.2 Social health insurance	461
13.2.3 City of Vienna	461
13.2.4 Health expenditure and funding	463
13.3 APPROPRIATION OF HEALTH FUNDS	464
13.3.1 Health expenditure by service type, percentage of total health expenditure	466
13.3.2 Health expenditure by service type, per capita	466
13.3.3 Development of health expenditure	467
13.4 VIENNA'S POSITION IN AUSTRIA	469
13.4.1 Social health insurance	469
13.4.2 Private households	469
BIBLIOGRAPHY AND LIST OF SOURCES	473

GRAFIKVERZEICHNIS

2 DEMOGRAPHIE

Grafik 2.1:	Bevölkerungsentwicklung Wiens 1951–2004	52
Grafik 2.2:	Wiener Wohnbevölkerung nach Alter im zeitlichen Vergleich, 1971–2004	54
Grafik 2.3:	Altersaufbau der Wiener Bevölkerung 2004	55
Grafik 2.4:	Anteil der unter 15-Jährigen an der Wiener Gesamtbevölkerung nach Bezirken, 2004	57
Grafik 2.5:	Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Wiener Gesamtbevölkerung nach Bezirken, 2004	57
Grafik 2.6:	Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–2004	61
Grafik 2.7:	Entwicklung der Gesamfruchtbarkeitsrate, Wien 1981–2004	64
Grafik 2.8:	Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter, Wien 1961–2004	66
Grafik 2.9:	Wanderungsbilanz Wien 1971–2004	68
Grafik 2.10:	Prognose der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2050	71
Grafik 2.11:	Entwicklung des SeniorInnenanteils an der Wiener Gesamtbevölkerung bis 2050	73
Grafik 2.12:	Entwicklung der Belastungsquote bis 2050	73

3 LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Grafik 3.1:	Lebenserwartung bei der Geburt in Wien und Österreich nach Geschlecht, 1961–2004	78
Grafik 3.2:	Lebenserwartung bei der Geburt in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2004	81
Grafik 3.3:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2004	82
Grafik 3.4:	Verstorbene Wienerinnen und Wiener nach Alter, Wien 2004	86
Grafik 3.5:	Mortalitätsentwicklung (altersstandardisiert), Wien 1980–2004	86
Grafik 3.6:	Todesursachen Wien 2004, Anteile nach Hauptgruppen, differenziert nach Geschlecht	88
Grafik 3.7:	Häufigkeit von Todesursachen in den einzelnen Altersgruppen nach Geschlecht, Wien 2004	93
Grafik 3.8:	Entwicklung der altersstandardisierten Mortalität in Wien, 1980–2004	94
Grafik 3.9:	Säuglingssterblichkeit insgesamt und nach Geschlecht, Wien 1978–2004	97
Grafik 3.10:	Totgeborene und Säuglingssterblichkeit, Entwicklung in Wien 1971–2004	97

4 EPIDEMIOLOGIE

Grafik 4.1:	Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1999	102
Grafik 4.2:	Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1991 und 1999	103
Grafik 4.3:	Sehr guter/guter Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener nach Alter und Geschlecht im Zeitvergleich (1991 und 1999)	104
Grafik 4.4:	Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1999	106
Grafik 4.5:	Chronische Krankheiten nach Schulbildung, Wien 1999	107
Grafik 4.6:	Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern nach Alter	108
Grafik 4.7:	Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Frauen nach Alter	109
Grafik 4.8:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen, Wien und Österreich, 1999	111
Grafik 4.9:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Alter und Geschlecht, Wien 1999	111
Grafik 4.10:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Bildung und Geschlecht, Wien 1999	112
Grafik 4.11:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, Wien und Österreich, 1999	113
Grafik 4.12:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens nach Alter und Geschlecht, Wien 1999	113
Grafik 4.13:	Herz-Kreislauf-Mortalität in Wien 2004, nach Geschlecht	119
Grafik 4.14:	Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Wien, 1970–2004, nach Geschlecht	119
Grafik 4.15:	Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Wien und in Österreich seit 1970, nach Geschlecht	120

Grafik 4.16: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2004	121
Grafik 4.17: Krebsinzidenz Wien 1984–2002	125
Grafik 4.18: Krebsinzidenz Wien und Österreich 1984–2002	125
Grafik 4.19: Krebsinzidenz 2001 und 2002 im Bundesländervergleich, nach Geschlecht	126
Grafik 4.20: Häufigste bösartige Neubildungen (Ersterkrankung) nach Geschlecht, Wien 2002	127
Grafik 4.21: Krebsinzidenz Frauen – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002	131
Grafik 4.22: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002	132
Grafik 4.23: Bösartige Neubildungen, Gestorbene nach Geschlecht, Wien 2004	134
Grafik 4.24: Häufigste Krebstodesfälle, Wien 2004	135
Grafik 4.25: Brustkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten, Wien ab 1984	137
Grafik 4.26: Brustkrebsmortalität: Wien im Bundesländervergleich, 2004	137
Grafik 4.27: Prostatakrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten, Wien ab 1984	138
Grafik 4.28: Prostatakrebsmortalität: Wien im Bundesländervergleich, 2004	139
Grafik 4.29: Darmkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1984	140
Grafik 4.30: Darmkrebsmortalität: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004	141
Grafik 4.31: Erkrankungshäufigkeit von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, Wien 2002	142
Grafik 4.32: Bösartige Neubildungen der Lunge, der Bronchien, der Luftröhre, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1984	143
Grafik 4.33: Lungenkrebsmortalität: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004	144
Grafik 4.34: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen Wien 1991–2002	149
Grafik 4.35: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002	153
Grafik 4.36: Personen mit aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–2002	158
Grafik 4.37: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–2002	159
Grafik 4.38: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–2002	163
Grafik 4.39: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–2002 (Wien und Österreich)	165
Grafik 4.40: AIDS-Erkrankungen in den einzelnen Bundesländern, Prävalenz Ende 2002	166
Grafik 4.41: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–2002	169
Grafik 4.42: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002	170
Grafik 4.43: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002	171
Grafik 4.44: Gonorrhoe, Entwicklung der Inzidenz, Wien 1981–2002	171
Grafik 4.45: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002	172
Grafik 4.46: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002	172
Grafik 4.47: Syphilis, Entwicklung der Inzidenz, Wien 1981–2002	173
Grafik 4.48: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 2002/2003	174
Grafik 4.49: Wöchentliche Absenzen Winter 2002/2003 (laut Meldungen der WGKK)	175
Grafik 4.50: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2002 (WGKK, Beschäftigte)	179
Grafik 4.51: Krankenstandstage Arbeiter und Angestellte, Entwicklung 1996–2002 (WGKK, Beschäftigte)	180
Grafik 4.52: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003	183
Grafik 4.53: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003	184
Grafik 4.54: Durchschnittliche jährliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004	186
Grafik 4.55: Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte) nach Geschlecht, Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004	187
Grafik 4.56: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten 1960–2002	192
Grafik 4.57: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und Pflagestage insgesamt in Wiener Krankenanstalten 1960–2002	193
Grafik 4.58: Durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer in Wien (Standort der Krankenanstalt, alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich (in Österreich wohnhaft), 1992–2002	196

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Grafik 5.1:	Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre)	206
Grafik 5.2:	Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre)	206
Grafik 5.3:	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen und Nervosität (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Geschlecht	208
Grafik 5.4:	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	209
Grafik 5.5:	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre)	209
Grafik 5.6:	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	210
Grafik 5.7:	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre)	210
Grafik 5.8:	Sterblichkeit aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung in Wien und Österreich seit 1980, nach Geschlecht	212
Grafik 5.9:	Sterbefälle aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung in Wien 2002 nach Alter und Geschlecht	212
Grafik 5.10:	Potenziell verlorene Lebensjahre in Wien und Österreich 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige, alle Todesursachen)	213
Grafik 5.11:	Potenziell verlorene Lebensjahre aufgrund psychischer Störungen und aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung in Wien 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige)	214
Grafik 5.12:	Psychisches Wohlbefinden (Energie- und Vitalitätsskala, EVI) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht	216
Grafik 5.13:	Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht	217
Grafik 5.14:	Punkt- und Lebenszeitprävalenz von Nervosität/Angstzuständen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	223
Grafik 5.15:	Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht	228
Grafik 5.16:	Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	228
Grafik 5.17:	Ausgewählte psychische Beschwerden in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren nach Alter und Geschlecht	230
Grafik 5.18:	Stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen von in Wien wohnhaften Personen im Jahr 2000 nach Alter und Geschlecht	231
Grafik 5.19:	Stationäre Aufenthalte aufgrund schizophrener Psychosen in Wiener Krankenanstalten im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht	236

6 GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

Grafik 6.1:	Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen, Wien 2002	245
-------------	---	-----

7 KINDER UND JUGENDLICHE

Grafik 7.1:	Säuglingsterblichkeit/Mortalitätsrate im zeitlichen Vergleich	254
Grafik 7.2:	Haltungsstörungen bei Wiener PflichtschülerInnen, Schuljahr 2001/02 und 2002/03	260
Grafik 7.3:	Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen, Schuljahr 2001/02	261
Grafik 7.4:	Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen nach Rangreihung der Bezirke, Schuljahr 2001/02	262
Grafik 7.5:	Verteilung der Kariesprävalenz in Wiener Schulen, Schuljahr 2001/02	262
Grafik 7.6:	Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht, Adipositas und extremer Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien	266
Grafik 7.7:	Prävalenz von Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen nach Altersgruppen bei Wiener SchülerInnen (2004)	267

Grafik 7.8:	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 10- bis 15-jährigen Knaben und Mädchen in Wien	267
Grafik 7.9:	Vergleich der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas in Wien und Österreich (ohne Wien)	268
Grafik 7.10:	Adipositas bei 6- bis 10-jährigen Schulkindern im Trend von 1984–1999	269
Grafik 7.11:	Anteil der 11- bis 15-jährigen übergewichtigen Mädchen in Österreich nach Alter und sozialer Schicht	270
Grafik 7.12:	Übergewicht und regelmäßige Ernährung: Anteil der Normal- und Übergewichtigen bei den 11- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien nach der Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche	271
Grafik 7.13:	Übergewicht und körperliche Aktivität bei den 11- bis 15-jährigen Schüler/innen in Wien	272
Grafik 7.14:	Übergewicht und TV-Konsum	272
Grafik 7.15:	Subjektiver Gesundheitszustand der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren	276
Grafik 7.16:	Subjektiver Gesundheitszustand und Verständnis der Eltern für ihre Kinder in Wien	277
Grafik 7.17:	Subjektiver Gesundheitszustand und Belastung durch die Schule in Wien	278
Grafik 7.18:	Subjektiver Gesundheitszustand und Anzahl von Tagen mit Frühstück vor der Schule in Wien	278
Grafik 7.19:	Häufigkeit des Rauchens bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen	280
Grafik 7.20:	Rauchen und subjektive Gesundheit bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien	280
Grafik 7.21:	Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität	282
Grafik 7.22:	Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität und subjektive Gesundheit, Wien 2001/2002	283
Grafik 7.23:	Tauglichkeit nach Bundesländern, 2002 (Geburtsjahrgang 1984)	285
Grafik 7.24:	Tauglichkeit nach Berufsgruppen, Wien 2002 (Geburtsjahrgang 1984)	285

8 GESUNDHEIT IM ALTER

Grafik 8.1	Gesundheitliche Beschwerden nach Altersgruppen, Wien 1999	294
------------	---	-----

9 GESUNDHEITSVERHALTEN

Grafik 9.1:	Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung im zeitlichen Vergleich	300
Grafik 9.2:	Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung in Wien und in Gesamtösterreich	300
Grafik 9.3:	Anteil der Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Bildungsniveau	301
Grafik 9.4:	Anteil von Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Altersgruppen	302
Grafik 9.5:	Anteil der Personen, die eine besondere Diät oder Ernährungsweise einhalten	304
Grafik 9.6:	Körperliche Aktivitäten in Wien nach Geschlecht und Alter sowie im zeitlichen Vergleich	307
Grafik 9.7:	Sportliche Aktivitäten und starke Belastung durch schwere körperliche Arbeit	309
Grafik 9.8:	Body Mass Index nach Alter und Geschlecht im zeitlichen Vergleich	312
Grafik 9.9:	Verteilung des Body Mass Index in der Wiener Bevölkerung im zeitlichen Vergleich	313
Grafik 9.10:	Fast täglicher Alkoholkonsum von Männern und Frauen und von Wienern insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	316
Grafik 9.11:	Männer und Frauen und Wiener insgesamt, die angeben „fast täglich“ und „gar nicht“ zu trinken, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	317
Grafik 9.12:	Regelmäßige Raucher, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	318
Grafik 9.13:	Regelmäßige RaucherInnen und NichtraucherInnen, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	319
Grafik 9.14:	Regelmäßige RaucherInnen und häufige AlkoholkonsumentInnen unter den 14- resp. 15- bis 29-jährigen WienerInnen, 1993–2001	320
Grafik 9.15:	WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	321
Grafik 9.16:	Ratio Frauen : Männer, die über Erfahrungen mit den genannten Mitteln verfügen, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	322
Grafik 9.17:	„Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel ohne ärztliche Verschreibung genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1995–2001	323

Grafik 9.18: „Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel (auch) in den letzten 3 Jahren genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	324
Grafik 9.19: WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der genannten Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	325
Grafik 9.20: Männer und Frauen, die über Erfahrungen mit Hanfprodukten verfügen und das Geschlechterverhältnis, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	325
Grafik 9.21: Mit Hanfprodukten erfahrene WienerInnen, nach Alterskategorien, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993–2001	326
Grafik 9.22: Prävalenz der männlichen und weiblichen Raucher in Europa	334
Grafik 9.23: Mortalität des Karzinoms der Trachea, des Bronchus und der Lunge für alle Altersgruppen	335
Grafik 9.24: Alterskorrigierte Mortalität an COPD in 19 europäischen Ländern	337
Grafik 9.25: Zahl der Konsultationen von Ärzten oder Spitalsambulanzen pro 100.000 Einwohner	337
Grafik 9.26: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Alter und Geschlecht	339
Grafik 9.27: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Bildung und Geschlecht	339
Grafik 9.28: Stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose chronische Bronchitis von in Wien und in Österreich wohnhaften Personen im Jahr 2000	340
Grafik 9.29: Neuerkrankungen an Bronchuskarzinom in Wien und Österreich seit 1983	340
Grafik 9.30: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Lungenkrebs in Wien und Österreich	341
Grafik 9.31: Mortalität an Lungenkrebs in Wien und Österreich seit 1980	342
Grafik 9.32: Projekt „Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung“: Verteilung Wiener versus nicht-Wiener PatientInnen	344
Grafik 9.33: „Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung“: Rauchbeginn, kumulierte Häufigkeiten	344
Grafik 9.34: Motive für die Rauchentwöhnungstherapie	345
Grafik 9.35: Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen	346
Grafik 9.36: Rauchentwöhnung: Entzugserscheinungen	346
Grafik 9.37: Rauchentwöhnung: Entzugserscheinungen nach Geschlecht und Alter	347
Grafik 9.38: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 3 Monaten	347
Grafik 9.39: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 12 Monaten	348
Grafik 9.40: Summenskala körperlicher und psychischer Befindlichkeit, Wiener und Nicht-Wiener PatientInnen	349

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Grafik 10.1: Aktueller Gesundheitszustand und persönliche wirtschaftliche Verhältnisse, Wien	366
Grafik 10.2: Aktuelle Gesundheit und Nettohaushaltseinkommen, Wien	366
Grafik 10.3: Ausbildung und gesundheitliche Belastungen in Wien	369
Grafik 10.4: Regeneration im Schlaf nach Einkommensgruppen in Wien (Nettohaushaltseinkommen)	371
Grafik 10.5: Wohnungskategorien nach Einkommensgruppen in Wien	372
Grafik 10.6: Aktives Gesundheitsverhalten und berufliche Stellung, Wien	373
Grafik 10.7: Seelische Krisen innerhalb der letzten zwei Jahre und Nettohaushaltseinkommen, Wien	375
Grafik 10.8: Wegzeit zu ärztlichen Einrichtungen nach Bildungsgruppen, Wien 1999	376
Grafik 10.9: Arztbesuch und Bildungsniveau in Wien, 1999	376
Grafik 10.10: Krankheit und MigrantInnenstatus, Wien 1999	378
Grafik 10.11: Aufenthaltsdauer von MigrantInnen und aktuelle Erkrankungen	379
Grafik 10.12: Wohnverhältnisse von MigrantInnen im Vergleich, Wien	379
Grafik 10.13: Belastung von Wiener MigrantInnen durch schwere körperliche Arbeit	380
Grafik 10.14: Rauchverhalten von MigrantInnen in Wien	380
Grafik 10.15: MigrantInnen und Arbeitsunfälle in Wien	381
Grafik 10.16: Erwerbsstatus und Krankheit in Wien	383
Grafik 10.17: Arbeitslosigkeit nach Dauer und Krankheit in Wien	383
Grafik 10.18: Seelische Krisen und Arbeitslosigkeit in Wien	385
Grafik 10.19: Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten	386

11 GESUNDHEITSVORSORGE

Grafik 11.1: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 2003 gegenüber dem Vorjahr	390
Grafik 11.2: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Bundesländervergleich, 2003	398
Grafik 11.3: Vorsorgeuntersuchungen Wien, Entwicklung 1997–2003	398
Grafik 11.4: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen 2002	400
Grafik 11.5: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen nach Geschlecht, 2002	400
Grafik 11.6: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 (Hauptdiagnosen), 1996–2002	401
Grafik 11.7: Übergewicht nach Alter und Bildungsabschluss, Wien 2002	402

12 GESUNDHEITSVERSORGUNG

Grafik 12.1: Art der finanziellen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002	410
Grafik 12.2: Beurteilung der Versorgung Wiens mit SeniorInnen- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern, Wien 2003	453
Grafik 12.3: Bekanntheitsgrad der Wiener Gesundheits- und Sozialzentren, Wien 2003	454
Grafik 12.4: Unzufriedenheit mit Gesundheits- und Sozialzentren nach Geburtsland, Wien 2003	454
Grafik 12.5: Einschätzung des Bedarfs eines zusätzlichen Krankenhauses in der Wohnnähe nach Bezirken, Wien 2003	455

13 GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN

Grafik 13.1: Ausgaben nach Leistungsbereichen 2002, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	466
Grafik 13.2: Ausgaben nach Leistungsbereichen 2002, pro Kopf in Euro	467
Grafik 13.3: Entwicklung des Verhältnisses der Pro-Kopf-Ausgaben Wien-Österreich, 1995–2002 in den einzelnen Leistungsbereichen	468
Grafik 13.4: Entwicklung der Pro-Kopf Ausgaben in Wien und Österreich	468
Grafik 13.5: Entwicklung der Ausgaben pro Kopf (alle direkt Versicherten), nur Gebietskrankenkassen	469
Grafik 13.6: Monatliche Haushaltsausgaben privater Haushalte für Gesundheit im Bundesländervergleich	470

TABELLENVERZEICHNIS

2 DEMOGRAPHIE

Tabelle 2.1:	Bevölkerung nach Bezirken, Veränderungen zwischen 1981 und 2004	53
Tabelle 2.2:	Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2004	55
Tabelle 2.3:	Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen nach Bezirken, 2004	56
Tabelle 2.4:	Bevölkerung nach Bundesländer und Alter, 2004	58
Tabelle 2.5:	Bevölkerungsbewegung in Wien	60
Tabelle 2.6:	Lebendgeborene nach Bezirken und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer für Wien, 2004	64
Tabelle 2.7:	Altersspezifische Fertilitätsraten (AFZ) in Wien, Entwicklung 1961–2004	65
Tabelle 2.8:	Prognose der Wiener Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und insgesamt bis 2050	72

3 LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Tabelle 3.1:	Entwicklung der Lebenserwartung in Wien, 1961–2004	79
Tabelle 3.2:	Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 2004	80
Tabelle 3.3:	Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 2004	85
Tabelle 3.4:	Sterbefälle und Obduktionen, Wien 2004	87
Tabelle 3.5:	Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 2004	89
Tabelle 3.6:	Todesursachenhäufigkeit nach Geschlecht und Alter, Wien 2004	92
Tabelle 3.7:	Altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung insgesamt und nach Haupttodesursachen, Wien 1980–2004	95
Tabelle 3.8:	Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Todesursachen, Veränderungen in Wien zwischen 2003 und 2004	95
Tabelle 3.9:	Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–2004	96

4 EPIDEMIOLOGIE

Tabelle 4.1:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter, Wien 1999	102
Tabelle 4.2:	Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1999	106
Tabelle 4.3:	Häufige bzw. wichtige chronische Erkrankungen nach Geschlecht, Wien 1999	108
Tabelle 4.4:	Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems in Österreich und Wien nach Geschlecht und Alter, laut Mikrozensus 1999	116
Tabelle 4.5:	Herz-Kreislauf-Krankheiten in Wien nach Geschlecht und Alter, laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001	117
Tabelle 4.6:	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als Haupttodesursache, Wien 2004	118
Tabelle 4.7:	Krebsinzidenz nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2002	129
Tabelle 4.8:	Krebsinzidenz nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2001	130
Tabelle 4.9:	Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999–2002	151
Tabelle 4.10:	Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle an bakterieller Meningitis, Wien 1998–2002	152
Tabelle 4.11:	Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002	152
Tabelle 4.12:	Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht, Wien 1998–2002	153
Tabelle 4.13:	Bakterielle Meningitiden, saisonale Verteilung der Meningo- und Pneumokokken-Meningitiden, Wien 1998–2002	154
Tabelle 4.14:	Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–2002	157
Tabelle 4.15:	Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–2002	158
Tabelle 4.16:	Todesfälle an Tuberkulose 1981–2002	160
Tabelle 4.17:	AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–2002	164
Tabelle 4.18:	Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, Wien und Österreich 1987–2002	165
Tabelle 4.19:	AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 2002	167
Tabelle 4.20:	AIDS-Hauptbetroffenengruppen in Österreich, 2002	168
Tabelle 4.21:	Geschlechtskrankheiten in Wien, 2000 bis 2002	170

Tabelle 4.22:	Influenza und grippale Infekte, 1971–2002	175
Tabelle 4.23:	Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 2002	178
Tabelle 4.24:	Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2002	179
Tabelle 4.25:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 2002	181
Tabelle 4.26:	Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2002	182
Tabelle 4.27:	Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall in Tagen, Wien 2002	185
Tabelle 4.28:	Spitalsentlassungsfälle Wiener Wohnbevölkerung (in allen österreichischen Krankenanstalten) 2002 nach Altersgruppen und Geschlecht	191
Tabelle 4.29:	Stationär behandelte PatientInnen in Wiener Krankenanstalten 2002 nach Hauptdiagnose und Geschlecht	194

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Tabelle 5.1:	Abgangsdiagnosen in Wien 2002 und 2003 (Hauptdiagnosen, Absolutzahlen)	202
Tabelle 5.2:	Inanspruchnahme von Psychotherapien, Wien 2002 (Wiener Gebietskrankenkasse)	205
Tabelle 5.3:	Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Alter	218
Tabelle 5.4:	Standardisierte Suizidrate (pro 100.000) in den Ländern der europäischen Union (EU-15) und den Beitrittsländern 1999 nach Alter und Geschlecht	219
Tabelle 5.5:	Organische Psychosen nach unterschiedlichen Klassifikationssystemen	237

7 KINDER UND JUGENDLICHE

Tabelle 7.1:	Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 2002	252
Tabelle 7.2:	Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002	253
Tabelle 7.3:	Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002	254
Tabelle 7.4:	Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 2002	255
Tabelle 7.5:	Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 2002	255
Tabelle 7.6:	Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Legitimität und Geschlecht, 2002	256
Tabelle 7.7:	Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 2002	257
Tabelle 7.8:	Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen in den Schuljahren 2001/02 und 2002/03	259
Tabelle 7.9:	Haltungsturnen und Einlagenempfehlungen, Wien 2001/02 und 2002/03	259
Tabelle 7.10:	Empfehlungen für Haltungsturnen nach Alter, Wien 2001/02 und 2002/03	260
Tabelle 7.11:	Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen (Schuljahr 1986/87–2002/03)	260
Tabelle 7.12:	Ernährungsgewohnheiten von Schulkindern im Alter von 10 bis 15 Jahren	279
Tabelle 7.13:	Alkoholkonsum von 14- bis 15-jährigen SchülerInnen, Wien 2001/2002	281
Tabelle 7.14:	Befunde der Stellungenuntersuchung nach Diagnosehauptgruppen, alle Jahrgänge, Wien 2002	286

8 GESUNDHEIT IM ALTER

Tabelle 8.1:	Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen, Wien 1999	290
Tabelle 8.2:	Erkrankungshäufigkeit nach Altersgruppen, Wien 1999	291
Tabelle 8.3:	Krankenhausaufenthalte nach Altersgruppen, Wien 1999	292
Tabelle 8.4:	Krankheiten nach Altersgruppen, Wien 2000/2001	293
Tabelle 8.5:	Hilfe im Alltag bei Krankheiten nach Altersgruppen, Wien 2000/2001	295
Tabelle 8.6:	Lebenserwartung im Alter im zeitlichen Vergleich	295

9 GESUNDHEITSV ERHALTEN, LEBENSSTILE

Tabelle 9.1:	Häufigkeit des Konsums der wichtigsten Nahrungsmittel	303
Tabelle 9.2:	Durchschnittlicher Getränkekonsum pro Tag	304
Tabelle 9.3:	Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und gesunde Ernährung	305
Tabelle 9.4:	Schwitzen infolge körperlicher Betätigung nach Bildung	308

Tabelle 9.5:	Häufigkeit sportlicher Betätigungen (außerhalb der Urlaubszeit)	310
Tabelle 9.6:	Sportliche Aktivitäten und subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	311
Tabelle 9.7:	Todesursachen weltweit, geordnet nach Häufigkeit	336

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Tabelle 10.1:	Alters- und Geschlechtsverteilung nach Haushaltsnettoeinkommen, Wien	367
Tabelle 10.2:	Berufliche Stellung und Erkrankungshäufigkeit in Wien	367
Tabelle 10.3:	Ausbildung und subjektive Gesundheit in Wien	368
Tabelle 10.4:	Berufliche Belastungen nach Einkommensgruppen in Wien	370
Tabelle 10.5:	Wohnsituation nach Einkommensgruppen	372
Tabelle 10.6:	Körpergewicht und Bildungsniveau, Wien 1999	373
Tabelle 10.7:	Rauchverhalten und Bildungsniveau, Wien 1999	374
Tabelle 10.8:	Zufriedenheit und Einkommen	375
Tabelle 10.9:	MigrantInnen und Häufigkeit von Arztbesuchen	381
Tabelle 10.10:	Zufriedenheit und Arbeitslosigkeit	384
Tabelle 10.11:	Rauchverhalten und Erwerbsstatus, Wien 1999	386

11 GESUNDHEITSVORSORGE

Tabelle 11.1:	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 2003 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber dem Vorjahr	390
Tabelle 11.2:	Empfohlene Impfungen bei Kindern (laut Impfplan 2002)	394
Tabelle 11.3:	Im Vorschulalter durchgeführte Impfungen, Wien 2002	394
Tabelle 11.4:	Vorsorgeuntersuchungen, Österreich und Wien, 2002 und 2003	397
Tabelle 11.5:	Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15, 2002	401
Tabelle 11.6:	Übergewicht nach Geschlecht, Bildungsabschluss und Alter	403

12 GESUNDHEITSVERSORGUNG

Tabelle 12.1:	Beitragssätze in der Krankenversicherung für das Jahr 2004	408
Tabelle 12.2:	Finanzielle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002	410
Tabelle 12.3:	Pflegegeld in 7 Stufen	412
Tabelle 12.4:	Wiener Krankenanstalten	416
Tabelle 12.5:	Der Wiener Krankenanstaltenverbund – Strukturdaten 2002	419
Tabelle 12.6:	MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen, 2002	419
Tabelle 12.7:	Städtische Krankenanstalten nach Teilunternehmungen, 2002	422
Tabelle 12.8:	Pflege- und Geriatriezentren der Stadt Wien – Strukturdaten 2002	425
Tabelle 12.9:	Private Krankenanstalten in Form von selbständigen Ambulatorien, Wien 2002	427
Tabelle 12.10:	Nichtärztliches Personal der selbständigen Ambulatorien, Wien, Stand 2002	427
Tabelle 12.11:	Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Wien 1999 und 2002	428
Tabelle 12.12:	Zur freiberuflichen Ausübung berechnigte Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Wien 1999 und 2002	429
Tabelle 12.13:	Hebammen in Wien, 1999 und 2002	430
Tabelle 12.14:	Ausbildungen in Wien gemäß GuKG, MTD-G, MTF-SHD-G und HebG und SanG, Wien 2002	431
Tabelle 12.15:	Leistungen des Psychosozialen Dienstes (PSD), Wien 2002	432
Tabelle 12.16:	Eingetragene PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Wien 2002	432
Tabelle 12.17:	ÄrztInnen nach Ausbildungskategorie, Wien 2002	434
Tabelle 12.18:	Betreuung der Wiener Bevölkerung durch ausgebildete ÄrztInnen, Wien 2002	435
Tabelle 12.19:	Krankenversicherung: versicherte Mitglieder in Wien zu Jahresende 2002	435
Tabelle 12.20:	Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und niedergelassene FachärztInnen, Wien 1981–2002	436
Tabelle 12.21:	Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit Vertrag bei der Wiener Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 2002	438

Tabelle 12.22: Niedergelassene FachärztInnen mit Vertrag bei der Wiener Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 2002	439
Tabelle 12.23: Niedergelassene FachärztInnen mit WGKK-Vertrag, Wien 2002	441
Tabelle 12.24: EinwohnerInnen je niedergelassener Fachärztin/niedergelassenem Facharzt mit WGKK-Vertrag nach Bezirken, Wien 2002	442
Tabelle 12.25: Übersicht über die 2002 in Wien durchgeführten Visiten	444
Tabelle 12.26: Niedergelassene ZahnärztInnen, FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen, Wien 1999–2002	445
Tabelle 12.27: Niedergelassene ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen, Wien 2002	446
Tabelle 12.28: Anzahl der Apotheken nach Bezirk, Wien 2002	448
Tabelle 12.29: Tätigkeiten der „Rettungsgemeinschaft 144“, 2002	451

13 GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN

Tabelle 13.1: Ausgabenrelevante Positionen des Rechnungsabschluss der Stadt Wien, 2002	462
Tabelle 13.2: Finanzierung der Wiener Krankenanstalten	463
Tabelle 13.3: Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung in Wien, Österreich ohne Wien und Österreich insgesamt, 2002	464
Tabelle 13.4: Gliederung und Quellen der Ausgabenkomponenten	465

ZUSAMMENFASSUNG

EXECUTIVE SUMMARY

ZUSAMMENFASSUNG

Demographische Entwicklung

In der Periode 2002–2004 gab es einige recht markante Änderungen in der demographischen Entwicklung Wiens, und zwar in mehrfacher Hinsicht. Zum einen kam es zu einer Zunahme des Wanderungsüberschusses (Wanderungssaldo 2004 +14 Prozent), zum anderen zu einem deutlichen Anstieg der Geburten (ab 2002 Anstieg der Gesamtfruchtbarkeitsrate, danach weitere Zunahme der Geburten als Folge der Bevölkerungszunahme durch Zuwanderungsüberschüsse), sowie im Jahr 2004 zu einem starken Rückgang der Sterbefälle. Mit 16.856 Lebendgeborenen kam es in Wien erstmals seit 1941 zu einer **positiven Geburtenbilanz** (+873).

Nach weitgehender Stagnation stieg 2004 die **Lebenserwartung** gegenüber 2003 um ca. $\frac{3}{4}$ Jahre auf 81,3 Jahre (Frauen) bzw. 75,7 Jahre (Männer). Mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres können jedoch Frauen in Wien damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 24,2 Jahre zu leben, Männer noch weitere 20,3 Jahre.

Haupttodesursachen

Nach wie vor stellen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit Abstand die Haupttodesursache der Wiener Bevölkerung (vor allem in den älteren Altersgruppen) dar, wenngleich hier in den letzten Jahren eine deutliche Abnahme zu verzeichnen ist. 2004 wurde bei fast der Hälfte (46 Prozent) der rund 16.000 verstorbenen Wienerinnen und Wiener als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (darunter vor allem ischämische Herzkrankheiten, und hier insbesondere Herzinfarkt) angegeben.

Als wesentlicher **Risikofaktor** für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, neben genetischen und so genannten „unabänderlichen“ Risikofaktoren (wie Alter, familiäre Belastung, Geschlecht), der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Am zweithäufigsten werden von der Mortalitätsstatistik **bösartige Neubildungen** genannt – mehr als jeder vierte Todesfall (27 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Für beide Geschlechter stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (vor allem Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel mit Abstand die häufigsten Lokalisationen dar. An zweiter Stelle folgt bei den Frauen Brustkrebs (19 Prozent), bei den Männern bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs).

Zu den häufigsten Todesursachen zählen in weiterer Folge Krankheiten des **Verdauungssystems** und des **Atmungssystems, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen** sowie **Verletzungen und Vergiftungen** (einschließlich **Unfälle**). Auch hier macht sich bei fast allen genannten Krankheitsgruppen der ungünstige Lebensstil der Wiener Bevölkerung (Rauchen, hoher Alkoholkonsum, ungesunde und unausgewogene Ernährung) bemerkbar.

Präventionsprogramme wie das seit 2001 laufende Projekt „**Ein Herz für Wien**“, dessen Ziel die Reduktion von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Lebensstilveränderung in der Bevölkerung ist, werden daher auch in den nächsten Jahren weitergeführt werden.

Krebsinzidenz

2002 erkrankten insgesamt 3.406 Wienerinnen und 3.320 Wiener an Krebs (also jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener).

Die häufigste Krebslokalisierung (27 Prozent) ist im Bereich der **Verdauungsorgane** (vor allem Darmkrebs), bei den Frauen dicht gefolgt von **Brustkrebs** (26 Prozent), bei den Männern **Prostatakrebs** (21 Prozent aller Lokalisationen). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem **Lungenkrebs**) stellt für Männer die dritthäufigste (20 Prozent), für Frauen bereits die vierthäufigste (10 Prozent) Krebslokalisierung dar.

Sowohl Darmkrebs als auch Lungenkrebs stehen in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil der Betroffenen (Ernährungsverhalten, Rauchen). Auch hier zeigt sich daher die Bedeutung von präventiven Maßnahmen.

Lebensstilfaktoren

Mit dem Rückgang von Infektionskrankheiten, Arbeitsunfällen und Umweltrisiken gewinnt der Lebensstil als wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Zu den wichtigsten Lebensstilfaktoren zählen heute **Rauchen, Alkohol, Ernährung und Bewegung**. Lebensstilfaktoren wiederum sind jedoch stark beeinflusst vom sozialen Hintergrund (also Einkommen und insbesondere Bildung) sowie vom Geschlecht und auch vom Alter des Einzelnen. Zielgruppenorientierte **Primärprävention** mit dem Ziel, individuelle Verhaltensweisen günstig zu beeinflussen, wäre hier am wichtigsten.

Auch die Ergebnisse der vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 durchgeführten **Vorsorgeuntersuchungen** zeigen, dass nach wie vor lebensstilbedingte Störungen, wie erhöhte Blutfettwerte (und damit erhöhte Risikofaktoren für Arteriosklerose) sowie Übergewicht, Leberzellschäden und pathologische Lungenfunktion die häufigsten Diagnosen darstellen. Mehr als ein Viertel der untersuchten Wienerinnen und Wiener weist einen Body Mass Index (BMI) über 27 auf. Männer sind dabei in allen Altersgruppen und Bildungsschichten stärker von Gewichtsproblemen betroffen als Frauen.

Risikofaktor soziale Benachteiligung

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist auch in der internationalen Literatur mehrfach belegt. Insbesondere für Wien zeigt sich, dass Personen mit einem schwächeren sozialen Status im Schnitt auch eine schlechtere Gesundheit aufweisen. So etwa leben **ärmere Personen** häufiger in einem schlechteren, gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz oft schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, mangelndes Ernährungsbewusstsein, höhere Raucherprävalenzen sowie höherer Alkoholkonsum führen zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken.

MigrantInnen sind über einen durchschnittlich niedrigen Einkommens-, Bildungs- und Sozialstatus hinaus noch zusätzlich mit gesundheitlichen Risiken konfrontiert, die sich aus der Migration ergeben. Sie erkranken häufiger als inländische Personen mit ebenfalls niedrigem sozioökonomischen Status und leben zu einem noch größeren Teil in einem belastenden Wohn- und

Arbeitsumfeld. Es fällt aber auf, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer sich auch die gesundheitliche Situation von MigrantInnen verbessert.

Arbeitslose Personen sind ebenfalls deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als etwa erwerbstätige Personen. Aufgrund des vielfach entstehenden psychosozialen Drucks wirken sowohl kurzdauernde als auch langdauernde Arbeitslosigkeit auf das Individuum belastend. Die tatsächliche Krankheitshäufigkeit steigt jedoch besonders mit länger dauernder Arbeitslosigkeit an. Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit ihrem Leben in hohem Maße unzufrieden und sind auch in höherem Maße von seelischen Krisen betroffen. Sie ernähren sich deutlich ungesünder, setzen weniger körperliche Aktivitäten, rauchen mehr und haben einen deutlich höheren Alkoholkonsum.

Präventionsprogramme müssen deshalb zielgruppenorientiert konzipiert und insbesondere auf Angehörige sozial schwacher Schichten gerichtet sein. Das Projekt **„Gesunde Leopoldstadt“** versucht diesem Anspruch gerecht zu werden indem es versucht, das Gesundheitswissen, -bewusstsein und -verhalten der BewohnerInnen und ArbeitnehmerInnen im 2. Bezirk und somit ihre Lebensqualität zu stärken bzw. zu verbessern.

Risikofaktor Rauchen

Rauchen ist heute nicht nur der **größte Risikofaktor für die Gesundheit** und die Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen – neben Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen sind es vor allem Krebserkrankungen, deren Inzidenz in einem kausalen Zusammenhang zum Rauchen stehen –, sondern stellt auch die **größte vermeidbare Todesursache** dar.

Rauchen gefährdet jedoch nicht nur die Rauchenden selbst, sondern auch all jene, die dem Tabakrauch oft unfreiwillig ausgesetzt sind (**Passivrauch**).

Jeden Tag sterben in Österreich etwa 38 Menschen an den Folgen ihrer Sucht und 4 Menschen infolge des Rauchens anderer.

Rauchen verursacht aber auch enorme **betriebs- und volkswirtschaftliche Folgekosten**, wie etwa Gesundheitsausgaben in der Höhe von jährlich 2 Milliarden Euro (dies entspricht 10 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben bzw. 20 Prozent der Versicherungsleis-

tungen aller Krankenversicherungsträger), häufigere und längere Krankenstände, häufigere frühzeitige Pensionierungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit sowie vorzeitige Sterblichkeit, meist noch im Erwerbsalter.

Österreich gilt international als ein Land mit einer sehr schwachen Tabakpolitik, wo Nichtraucherschutz nicht wirklich ernst genommen wird. Österreichs (und insbesondere Wiens) Lokale sind derart verraucht, dass dies sogar in Reiseführern Erwähnung findet. Innerhalb Österreichs zeigen die Wiener und insbesondere die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten. Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf. Bisherige Initiativen zur Eindämmung des Tabakkonsums sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen sowie zum Schutz der mehrheitlich nichtrauchenden Bevölkerung müssen als kaum wirksam bezeichnet werden.

Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf **Länderebene** forciert werden. Bewusstseinsfördernde Maßnahmen sowie Initiativen, die im Kompetenzbereich der Länder liegen, können helfen, den Tabakkonsum einzudämmen und in Bezug auf NichtraucherInnenenschutz das Problembewusstsein in der Bevölkerung stärken. Vor allem aber können sie beispielgebend für andere Bundesländer sein und in der Folge auch auf eine Änderung der nationalen Tabakpolitik hinwirken.

Risikofaktor Alkohol

Zwischen 1993 und 2001 haben sich die Trinkgewohnheiten der Wiener Bevölkerung nicht maßgeblich verändert. Es gibt sogar Anzeichen dafür, dass trotz konstant bleibender Trinkhäufigkeit der Alkoholkonsum mengenmäßig zurückgegangen ist.

Allerdings sind deutliche geschlechtsspezifische Verschiebungen festzustellen, und zwar in Richtung einer Annäherung der Trinkgewohnheiten von Frauen und Männern: Während der Anteil der Männer, die fast täglich trinken, tendenziell sinkt, steigt jener der Frauen. Am häufigsten trinken Wienerinnen und Wiener im Alter zwischen 40 und 60 Jahren.

Insgesamt muss jedoch der Alkoholkonsum in Wien als hoch bezeichnet werden.

Risikofaktor Ernährung

Die Ernährungsgewohnheiten der Wiener Bevölkerung entsprechen im Schnitt nicht den gängigen Ernährungsempfehlungen. Untersuchungen haben ergeben, dass WienerInnen tendenziell zu viel Eiweiß, Fette und Cholesterin zu sich nehmen. Die Aufnahme von Kohlehydraten und Ballaststoffen liegt hingegen unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Auch bei Vitaminen und Mineralstoffen werden durch die Nahrung häufig zu geringe Mengen aufgenommen.

Dennoch geben rund die Hälfte der in Wien lebenden Frauen und knapp 44 Prozent der Männer an, besonderen Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Personen mit höherer Bildung messen gesunder Ernährung dabei deutlich mehr Bedeutung zu als weniger gebildete Personen. Der Anteil der eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhaltenden übergewichtigen Personen liegt jedoch nur geringfügig höher als bei normalgewichtigen Personen.

Risikofaktor Bewegung

Im Jahr 1999 setzten 46 Prozent der Wiener Männer und 41 Prozent der Wiener Frauen körperliche Aktivitäten zur Minderung gesundheitlicher Risiken. Damit war deutlich mehr als die Hälfte der Wiener Bevölkerung körperlich nicht aktiv.

Bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren ist der Anteil der körperlich Aktiven in den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen. Personen mit niedrigem Bildungsniveau setzen deutlich weniger körperliche Aktivitäten, sie sind aber auch beruflich physisch stärker gefordert. Die mit Abstand häufigste körperliche Aktivität stellt das Zurücklegen längerer Wege zu Fuß dar.

Prävention

Es ist also offensichtlich, dass die meisten der heute am weitesten verbreiteten Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Krankheiten des Atmungs- und Verdauungssystems, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) sowie der gesundheitsgefährdenden Störungen (wie etwa erhöhte Blutfettwerte, Übergewicht, Leberzellschäden und pathologische Lungenfunktion) zu einem hohen bis sehr hohen Anteil auf **individuelle Verhaltensweisen** zurückzuführen sind.

Primärpräventive Maßnahmen, die auf eine günstige Änderung der individuellen Verhaltensweisen ausgerichtet sind, sowie die Forcierung einer vermehrten Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten scheinen deshalb am zielführendsten. Bestehende Bemühungen müssen daher fortgesetzt bzw. intensiviert werden. Denn um den erwünschten Erfolg zu bringen, müssen präventive Maßnahmen langfristig angelegt, zielgruppenspezifisch konzipiert und insbesondere auf die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen gerichtet sein. Dabei gilt es, Ziele zu formulieren, geeignete Maßnahmen zu finden und die Effizienz dieser Maßnahmen immer wieder zu prüfen.

In Bezug auf den wichtigsten Risikofaktor Rauchen wären jedoch auch Änderungen im Umfeld bzw. in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen notwendig.

Bestehende oder bis vor kurzem laufende, von der Stadt Wien initiierte oder unterstützte Präventionsprogramme zielen daher vor allem auf die Reduktion von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Brustkrebsfrüherkennung, Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft sowie Unfallverhütung bei SeniorInnen.

EXECUTIVE SUMMARY

Demographic Developments

The years 2002 to 2004 saw some rather significant changes in Vienna's demographic development in several areas: an increase in net migration (migration balance 2004 +14 percent), a significant increase in births (increase in the total fertility rate since 2002 and a further increase in births resulting from the population growth due to net migration), and a marked reduction in deaths in 2004. In 2004, 16,856 live births were recorded in Vienna, resulting in the first **positive balance of births** since 1941 (+873).

After remaining relatively unchanged for some years, **life expectancy** increased in 2004 by approximately 0.75 years compared to 2003, to 81.3 years for women and 75.7 years for men. The further life expectancy at age 60 is 24.2 years for Viennese women and 20.3 years for men.

Main Causes of Death

Cardiovascular diseases remain the main cause of death by far (especially in the older age groups), although they have decreased markedly over the last years. In 2004, nearly half (46 percent) of the approximately 16,000 deaths in Vienna were due to cardiovascular diseases (in particular ischemic heart diseases, and of these especially myocardial infarction).

A major **risk factor** for cardiovascular diseases – in addition to genetic and unmodifiable risk factors such as age, heredity and sex – is the **life style** in the industrialised countries, especially smoking, excessive alcohol consumption, hypertension (for coronary heart disease and strokes), high cholesterol, diabetes and overweight (in summary, dietary habits). Other risk factors are psychosocial stress and sedentary behaviour.

The mortality figures show **malignant neoplasms** as the second most frequent cause of death – more than one in four deaths (27 percent) is due to cancer. Malignant neoplasms of the digestive organs (in particular intestinal cancer) are the most frequent cancer-related cause of death by far for both men and women, with approximately one third of cancer cases. The second most frequent cancer-related cause of death for women is cancer of the

mammary gland (19 percent), while for men it is malignant neoplasms of the respiratory organs (in particular lung cancer).

Other frequent causes of death are diseases of the **digestive system** and the **respiratory system, nutritional and metabolic diseases, and injuries and poisoning** (including accidents). The consequences of the generally unhealthy lifestyle of the population (smoking, high alcohol consumption, unhealthy and unbalanced nutrition) are visible in nearly all these types of diseases.

In view of all these figures, prevention programmes such as **“Ein Herz für Wien“ (“A Heart for Vienna”)**, a project that has been running since 2001 and which aims at the reduction of risk factors for cardiovascular diseases by promoting a change of life style, will be continued over the following years.

Cancer Incidence

In 2002, a total of 3,406 women and 3,320 men in Vienna were diagnosed with cancer (one in 244 Viennese women and one in 226 men).

The most frequent type of cancer are malignant neoplasms of the **digestive organs**, in particular intestinal cancer (27 percent of all cancer cases in both men and women), closely followed by **breast cancer** for women (26 percent of all cancer cases) and **cancer of the prostate** for men (21 percent). Malignant neoplasms of the respiratory organs (mainly **lung cancer**) are the third most frequent cancer type (20 percent) for men and has already become the fourth most frequent for women (10 percent).

Both intestinal and lung cancer are closely linked to life style (dietary behaviour, smoking). This shows how important prevention measures are.

Life Style Factors

With the decrease in infectious diseases, work-related accidents and environmental risks, life style gains weight as a health determinant. Some of the most important life style factors today are **smoking, alcohol consumption, nutrition and physical activity**. Life style factors, ho-

wever, are strongly determined by the social background (i.e. income and in particular education) and factors such as sex and age. Targeted **primary prevention** measures with the goal of influencing individual behaviour in a positive way are of particular importance.

The results of the **preventive screenings** conducted at the health offices of the Municipal Department 15 - Public Health and Social Welfare in 2002 show that lifestyle-dependent disorders, such as elevated blood lipids (leading to a higher risk of arteriosclerosis), overweight, hepatocyte damage, and pathological pulmonary function, are still the most frequent diagnoses. More than a quarter of the Viennese men and women examined had a Body Mass Index (BMI) above 27. Men have more weight problems than women, and this holds true across all age groups and levels of education.

Health Risks – Social Disadvantage

The correlation between social inequalities and health has been demonstrated repeatedly in international literature. For Vienna it is quite visible that persons with a lower social status tend to have a lower state of health as well. For example, **economically disadvantaged persons** more frequently have living conditions that are detrimental to health. Their work more frequently involves heavy physical labour and they have fewer recreational possibilities. A lack of health-relevant behaviour and of nutritional awareness, a higher smoking prevalence and higher alcohol consumption create additional health risks.

In addition to a low average level of income, education, and social status, **immigrants** face additional health risks that are directly related to their status as immigrants. They fall ill more frequently than Austrians with an equally low socioeconomic status, and an even higher percentage of them have living and working conditions that are detrimental to health. It is striking, however, that the health situation of immigrants improves the longer they live in Austria.

Unemployed persons also have significantly higher health risks than employed persons. Due to the frequent psychosocial pressure, both short and long term unemployment place a significant strain on the individuals. The frequency of diseases increases particularly with long term unemployment. Unemployed persons are much less content with their lives than others. Problems are fre-

quent particularly within the family and with finding satisfactory leisure activities. Unemployed persons also face psychological and mental crises more frequently. Their eating habits are much unhealthier, they have a more sedentary lifestyle, smoke more and consume significantly more alcohol.

Prevention programmes must therefore be targeted and should focus particularly on socially disadvantaged groups. The project **“Gesunde Leopoldstadt”** (**“Healthy Leopoldstadt”**) tries to meet these requirements by seeking to improve health-related information, health awareness, and health-relevant behaviour of people living and working in Vienna’s 2nd district, thus working towards improving their quality of life.

Health Risks – Smoking

Smoking is not only the **leading health risk factor** today and the cause of a large number of different diseases – in addition to cardiovascular and pulmonary diseases, the incidence of different forms of cancer is causally related to smoking –, it is also the **largest avoidable cause of death**.

Smoking is not only a risk for smokers themselves, but also for those who are often involuntarily exposed to tobacco smoke (passive or **second-hand smoke**).

Every day, 38 people in Austria die as a consequence of their tobacco addiction, and 4 people die because of other people’s smoking habit

Smoking also generates enormous **consequential costs for the state and the economy**, for example approximately € 2 billion in health expenditure per year (that is about 10 percent of total health expenditure or 20 percent of the health expenditure of the all health insurance carriers), more frequent and longer sick leaves, more early retirements due to occupational disability, and premature mortality, usually still during the economically active years of life.

Internationally, Austria has the reputation of being a country with a very weak tobacco policy where the protection of non-smokers is not taken very seriously. The Austrian (and especially Viennese) restaurants and bars are so dense with smoke that this is even mentioned in tourist guides. In Austria, Vienna has the highest rate of smokers, in particular for women and adolescents. Not surprisingly,

Vienna also has the highest lung cancer mortality rates in Austria for men and women. The few initiatives that have been undertaken to reduce tobacco consumption in both adults and children and adolescents and to protect the non-smoking population can be justly called ineffective.

All the more reason to promote measures at the **provincial level**. Awareness-building measures and initiatives that fall within the competencies of the federal provinces can help reduce tobacco consumption and raise awareness about non-smoker protection. They can particularly serve as best practice models for the other Austrian federal provinces and thus lead to a change of the national tobacco policy.

Health Risks – Alcohol

The drinking habits of the Viennese population have hardly changed between 1993 and 2001. There are some indications that total consumption has decreased despite drinking frequency remaining the same.

However, gender-specific changes can be observed towards a levelling of the drinking habits of women and men: while the percentage of men who drink “nearly every day” is decreasing, that of women is growing. Viennese men and women in the age group 40 to 60 drink most frequently.

Overall, however, alcohol consumption in Vienna is high.

Health Risks – Nutrition

The dietary behaviour of the Viennese population overall leaves much to be desired from a medical point of view. Surveys have shown that Viennese men and women tend to consume an excess of protein, fat and cholesterol. Conversely, the intake of carbohydrates and fibres is below the recommended amounts. They usually consume too little vitamins and mineral nutrients.

Approximately half of women and nearly 44 percent of men living in Vienna said they try to eat healthily. Persons with a higher level of education consider healthy nutrition more important than persons with a lower level of education. The share of persons trying to lose weight by observing a special diet is only slightly higher among overweight persons than among persons with normal weight.

Health Risks – Physical Activity

In 1999, 46 percent of Viennese men and 41 percent of Viennese women engaged in physical activity to reduce health risks. This means that more than half of the Viennese population was not physically active.

The rate of physically active persons in the 15 to 29 age group decreased significantly over the 1990s. Persons with a low level of education engage in sports far less frequently than others, but their work often involves more physical labour. The most frequent physical activity by far is walking long distances.

Prevention

It is clearly visible that the majority of the most common diseases today (cardiovascular diseases, cancer, diseases of the respiratory and digestive systems, nutritional and metabolic disorders) and of disorders that constitute health risks (such as elevated blood lipids, overweight, hepatocyte damage, and pathological pulmonary function) can to a large extent be attributed to **individual behaviour**.

Primary prevention measures that aim at changing individual behaviour in a positive way and the promotion of medical checkups for early detection of illnesses would therefore appear the most effective solutions. Existing efforts must be continued and intensified. In order for prevention measures to yield the desired results, they must be planned for the long term, planned with a view to the specific target groups, and targeted especially at socially disadvantaged parts of the population. It is important to define goals, find appropriate measures, and to constantly review the efficiency of these measures.

Concerning the leading risk factor, smoking, it would also be necessary to change the environment and social framework conditions.

The current or recently completed prevention programmes initiated or supported by the City of Vienna therefore focus mainly on the reduction of cardiovascular diseases, on early detection of breast cancer, on smoking and alcohol consumption during pregnancy, and prevention of accidents in elderly people.

**I.
GESUNDHEITS-
BERICHTERSTATTUNG –
AUFGABEN UND ZIELE**

***HEALTH
REPORTING –
TASKS AND AIMS***

1 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung wird als die systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Gesundheitsgefährdungen und der Gesundheitsversorgung definiert.

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

In der Gesundheitsberichterstattung wird grundsätzlich unterschieden zwischen **Überblicksberichten** (wie etwa der vorliegende Gesundheitsbericht) und vertiefenden **Spezialberichten** (gruppen-, themen- oder sektorenspezifischer Art).

Summary: Health Reporting – Tasks and Aims

Health reporting is defined as the systematic presentation and analysis of the state of health of the population, of health risks, and of public health services.

The main objective of health reporting is to improve the state of health of the population and the health care situation. This can be accomplished by achieving the following sub-goals: 1. Make public health measures more targeted by providing decision makers in the fields of politics, administration and health services with data relevant to creating planning and steering policies. 2. Motivate decision makers and citizens to place increasing emphasis on health. 3. Provide citizens with factual and relevant information on the state of health of the population and its main determinants.

*In health reporting, there are two basic types of reports: **general reports** (such as this report) and **special reports** (in-depth reviews concerning specific groups, topics, or sectors).*

Gesundheitsberichterstattung wird als „die systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Gesundheitsgefährdungen und der Gesundheitsversorgung“¹ definiert. Somit schließt die Gesundheitsberichterstattung zwei große Bereiche ein:

- die Beobachtung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und das Aufzeigen von Risikofaktoren sowie
- die Analyse des Gesundheitssystems.

Es handelt sich dabei jedoch nicht nur um eine bloße Dokumentation von Fakten, wie sie in der Medizinalstatistik üblich ist, sondern um solche Aufbereitungen

und Interpretationen von Daten, die sowohl für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitssystemgestaltung nutzbar gemacht werden können als auch zur Information der interessierten Öffentlichkeit dienen (*siehe unten*).

Gesundheitsberichte können somit in verschiedenster Hinsicht von **Nutzen** sein, zur Außendarstellung ebenso wie zur überblicksmäßigen Darstellung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, als Grundlage für wissenschaftliche Arbeiten oder für Ausbildungszwecke im Gesundheits- bzw. Public Health Bereich. Ihren eigentlichen Zweck erfüllen Gesundheitsberichte aber erst dann, wenn sie gesundheitspolitisch

¹ HURRELMANN, K. & MURZA, G. (1996).

relevant werden, d. h. wenn sie der Unterstützung von Entscheidungen dienen, die sich auf die Steuerung des Gesundheitswesens beziehen. Dabei kann es sich um Entscheidungen sowohl der Politik und Verwaltung als auch der Krankenkassen handeln.

Das allgemeinste **Ziel der Gesundheitsberichterstattung** besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies soll zum einen durch Aufklärung und Information der Bevölkerung erreicht werden (Bewusstseinsbildung), wobei zur Erreichung der breiten Bevölkerung vor allem die Medien eine entscheidende Rolle spielen. Zum anderen soll eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen geschaffen werden, in der vor allem Problembereiche sowohl im Gesundheitszustand und in den erkennbaren Gesundheitsrisiken der Bevölkerung als auch in der Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden.

In der Literatur werden diese Ziele in drei Gruppen zusammengefasst:

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in der Politik, in der Verwaltung und im Gesundheitswesen.
- Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung.
- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.²

Zur Erreichung **gesundheitspolitischer Relevanz** müssen Gesundheitsberichte insbesondere folgende Informationen vermitteln:

- **Quantitative Indikatoren** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen: Aus dieser Information lassen sich Entscheidungen über *Schwerpunkte der Gesundheitspolitik* rational begründen.
- **Problemanalysen**, in welchen diese Zahlen interpretiert werden, Handlungsbedarf genannt wird

und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Durch diese Information lassen sich politische Entscheidungen über *Strategien* ableiten.

- **Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis** alternativer Vorgehensweisen: Diese Informationen bilden die Grundlage für konkrete, erfolgversprechende *Maßnahmen*. Diese sind jedoch nicht immer verfügbar, und müssen auch nicht unbedingt im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden.³

Die wichtigste **Voraussetzung** für eine qualitätsbezogene und umfassende Gesundheitsberichterstattung sind geeignete, das heißt möglichst aktuelle und qualitativ möglichst hochwertige **Datenquellen**. Dabei sind vor allem dreierlei Quellen von Interesse:

- routinemäßig von Behörden und Institutionen des Gesundheitswesens erhobene Daten bzw. Statistiken, wie z. B. Sterbe- und Krankheitsdaten;
- für spezifische Zwecke erhobene Daten, wie etwa Daten aus Bevölkerungsbefragungen oder aus Befragungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens;
- auf Erfahrungen und Beobachtungen basierende Fallberichte oder Fallstudien (z. B. Erfahrungsberichte über Pflegeeinrichtungen oder über Gesundheitsförderungsprogramme).⁴

Zur **Datenqualität** muss angemerkt werden, dass man nur von „möglichst hochwertigen“ Daten sprechen kann, da es keine perfekten bzw. 100 Prozent verlässlichen Daten gibt. Register und Fallstatistiken hängen nicht nur von der Meldedisziplin der einzelnen Ärztinnen und Ärzte und der Krankenanstalten ab, sondern sind (wie etwa bei der Todesursachen- und Spitalsentlassungsstatistik) auf Hauptdiagnosen beschränkt. Die insbesondere bei älteren Menschen auftretende Kobzw. Multimorbidität wird hier also nicht berücksichtigt. Ebenso werden auf diese Art manche „Begleit“-Krankheiten (wie z. B. Diabetes) aufgrund der Statistiken unterschätzt.

Bevölkerungsbefragungen hingegen basieren auf Eigenangaben der Befragten, und auch hier kommt es häufig zu Unter- oder Überschätzungen bzw. zu Fehlangaben bei tabuisierten Krankheiten. Zudem hängt die Qualität derartiger Befragungen vor allem vom Auswahlverfahren

² KELLERHOF, M. (1998a).

³ WEBER, I. (1998).

⁴ NOACK, H. (1990).

ren und der Einschulung sowie Auswahl der InterviewerInnen ab. Umfassendere Bevölkerungsbefragungen haben jedoch den Vorteil der Korrelationsmöglichkeiten zwischen gesundheitsbezogenen Daten und sozio-ökonomischen, psychischen und anderen Faktoren, die tiefergehende Analysen etwa zum Gesundheitsverhalten oder zu bestimmten Gesundheitsrisiken erlauben. Beispiele für solche Befragungen wären für Wien der „Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey“ (siehe unten), die Befragung „Leben in Wien“, oder die österreichweite Mikrozensus-Befragung, die auch auf Bundesländerebene ausgewertet werden kann. Derartige Befragungen müssten jedoch regelmäßig in bestimmten Zeitabständen durchgeführt werden, um verlässlichere Aussagen machen zu können, vor allem auch Aussagen zu zeitlichen Entwicklungen und zur Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Für viele Krankheiten, aber auch zu vielen Fragen in Bezug auf Gesundheitsverhalten, liegen jedoch keinerlei Daten vor. Ebenso fehlen aussagekräftige Daten zur Darstellung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung aufgrund eines „positiven“ Gesundheitsbegriffes. „Gesundheitsberichte“ sind also nach wie vor in erster Linie „Krankheitsberichte“.⁵

Grundsätzlich wird zwischen zwei **Arten von Gesundheitsberichten** unterschieden: Überblicksberichte und Spezialberichte.

Überblicksberichte stellen die gesundheitliche Lage und Versorgung einer Region insgesamt, also im Überblick, dar. Darüber hinaus sollten solche Berichte vorrangige Probleme im Gesundheitswesen der Region aufzeigen bzw. erkennbar machen. Insbesondere sollten Überblicksberichte Aussagen machen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Lebenserwartung, Sterblichkeit, Epidemiologie wichtiger Krankheiten, etc.), gesundheitliche Rahmenbedingungen (Demographie, Lebensstil, soziale Lage, etc.), Einrichtungen des Gesundheitswesens (stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen; medizinische, psychotherapeutische und pflegerische Einrichtungen, etc.), Inan-

spruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitswesens, Personal im Gesundheitswesen, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie gesundheitspolitische Zielsetzungen der Region. Als Beispiel für Wien kann der jährlich erscheinende Wiener Gesundheitsbericht angeführt werden.

Die in Überblicksberichten vorgenommene Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht, sofern vorhanden auch nach sozio-ökonomischer Schicht, ist jedoch nicht immer ausreichend, um die häufig gravierenden Unterschiede spezifischer Bevölkerungsgruppen (oder Bevölkerungssektoren) darzustellen. Diese unterschiedlichen Gruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, SeniorInnen, Frauen, Männer, MigrantInnen, etc.) weisen nicht nur statistisch feststellbare Unterschiede in ihren gesundheitlichen Verhaltensmustern und spezifischen Gesundheitsrisiken, ihrem Gesundheitsstatus, der Morbidität⁶ allgemein sowie der jeweiligen Versorgungssituation auf, sondern haben auch unterschiedliche Bedürfnisse, die es von gesundheitspolitischer Seite aus zu erfüllen gilt. Durch die detailliertere Darstellung und tiefergehende Auswertung und Analyse dieser gruppen- oder sektorenspezifischen Daten in verschiedenen **Spezialberichten** wird somit auch eine wissenschaftliche Grundlage für gezielte gesundheitspolitische Entscheidungen geschaffen.^{7 8}

Spezialberichte werden unterschieden in

- **zielgruppenspezifische Berichte**, welche die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation spezieller Bevölkerungsgruppen thematisieren (z. B. der Wiener Frauen-, Männer-, Kinder-, Jugendlichen-, SeniorInnen-Gesundheitsbericht);
- **sektorenspezifische Berichte**, in welchen die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung in speziellen Bereichen beschrieben wird (z. B. Krankenhausbericht, Psychiatriebericht⁹);
- **themenspezifische Berichte**, welche sich auf ausgewählte Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken spezialisieren (z. B. chronische Krankheiten in Wien, psychische Gesundheit in Wien, Österreichischer Diabetesbericht, etc.).¹⁰

⁵ Eine ausführlichere Diskussion zur Datenqualität findet sich in Kapitel 5 – Psychische Gesundheit.

⁶ Der Begriff Morbidität bezeichnet die Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population.

⁷ Robert Koch Institut (2002), S. 75.

⁸ BACHINGER, E. (2002).

⁹ Ein Wiener Psychiatriebericht ist zur Zeit in Vorbereitung.

¹⁰ KELLERHOF, M. (1998b).

Wiener Gesundheitsberichterstattung

Die Wiener Gesundheitsberichterstattung ist Teil der Wiener Gesundheitsplanung. Es ist insbesondere Anliegen und Aufgabe der Wiener Gesundheitsberichterstattung, einen umfassenden Überblick über die Gesundheit der Wiener Bevölkerung und das Wiener Gesundheitswesen zu geben. Die Berichte sind so aufgebaut, dass sie den Erwartungen und Anforderungen der verschiedenen und sehr unterschiedlichen Zielgruppen gerecht werden. Diese umfassen das Fachpublikum aus den Bereichen Medizin, Gesundheits- und Sozialwissenschaften, GesundheitspolitikerInnen und andere EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen, ExpertInnen aus dem Bereich Gesundheitsverwaltung und Sozialversicherung, JournalistInnen, Unterrichtende und Studierende in den Bereichen Public Health, Kranken- und Altenpflege, sowie interessierte Laien.

Die Berichte können grundsätzlich in vier Typen eingeteilt werden: allgemeine Berichte, gruppen- und themenspezifische Berichte sowie Studien. Zusätzlich werden Broschüren zu verschiedenen Themen publiziert (*siehe unten*). Nicht nur die Primärdatenerhebung aufgrund des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys, sondern auch die zahlreichen Sonderauswertungen sowie die eigens durchgeführten Berechnungen in allen Berichten gehen weit über eine einfache Zusammenstellung von Sekundärdaten hinaus.

Im Folgenden werden die verschiedenen Berichtstypen näher beschrieben:

Allgemeine jährliche Gesundheitsberichte dokumentieren nicht nur den gegenwärtigen Gesundheitsstatus der Wiener Bevölkerung aufgrund verschiedener Statistiken, sondern versuchen auch, ein breites Spektrum jener Faktoren abzudecken, die nachweislich die körperliche, psychische und mentale Gesundheit von Individuen beeinflussen.¹¹ Seit der Umstellung der Wiener Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2001 wird der jährliche Gesundheitsbericht nur mehr jedes dritte Jahr in einer umfassenden Form publiziert; in

den beiden dazwischen liegenden Jahren wird jeweils nur ein so genannter Kernbericht erstellt. Ergänzend dazu sieht das neue Konzept die Erstellung verschiedener Spezialberichte vor.

Umfassende Spezialberichte zu verschiedenen Themen oder bezogen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen werden in Wien seit 1996 publiziert. Ähnlich den allgemeinen Gesundheitsberichten befassen sich die **gruppenspezifischen Schwerpunktberichte** nicht nur mit dem statistisch feststellbaren Gesundheitszustand der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, sondern bieten auch Informationen zum demographischen Hintergrund, zu sozio-ökonomischen oder strukturellen Bedingungen, zu Lebensstilfaktoren und Mustern im Gesundheitsverhalten, zu spezifischen Gesundheitsrisiken, aber auch Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung.¹² Bisherige gruppenspezifische Berichte befassen sich insbesondere mit der Gesundheit von Frauen, Männern,¹³ Kindern, Jugendlichen, SeniorInnen und Lehrlingen.¹⁴

Ebenso wurden bereits mehrere **themenspezifische Schwerpunktberichte** publiziert. Um hier nur die wichtigsten Themenschwerpunkte zu nennen: Lebenserwartung und Mortalität, chronische Krankheiten, psychische Gesundheit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Entwicklungsverlauf risikogeborener Kinder, Gesundheit der Wiener Bevölkerung im regionalen Vergleich, Bedeutung sozialer Netzwerke und Unterstützung für die Gesundheit, etc.

Zusätzlich wurden mehrere **Studien, Sonderauswertungen** sowie eine **Befragung** der Wiener Bevölkerung (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey) in Auftrag gegeben und publiziert. Weiterführende Sonderauswertungen dieses Wiener Surveys sind ebenfalls in Berichtsform erschienen (Lebensstile in Wien; psychische Gesundheit in Wien¹⁵). Auch eine Sonderauswertung der 1999 von *Statistik Austria* durchgeführten Mikrozensus-Befragung für Wien wurde in Auftrag gegeben und als Bericht publiziert. Wie bereits oben ausgeführt, liegt der Vorteil all dieser Auswertungen vor allem in den Korrelationsmöglichkeiten zwischen gesundheits-

¹¹ BACHINGER, E. (2002), S. 75.

¹² BACHINGER, E. (2002), S. 76. Siehe auch Aufstellung aller aktuellen Publikationen auf der letzten Seite dieses Berichtes.

¹³ Siehe auch CSITKOVICS, M. (2004).

¹⁴ Ein Spezialbericht zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen ist zur Zeit in Planung.

¹⁵ Stadt Wien (2004), Psychische Gesundheit in Wien.

bezogenen, sozialökonomischen und anderen Daten, und somit tiefergehenden und umfassenderen Analysen einzelner Bereiche.¹⁶ Somit werden nicht nur Sekundärdaten ausgewertet, sondern auch Primärdaten erhoben.

Darüber hinaus wurden mehrsprachige **Broschüren** zum Wiener Gesundheitswesen oder zu ausgewählten

Themen mit internationalen Vergleichswerten publiziert.

Die aktuellen Publikationen der Wiener Gesundheitsberichterstattung sind auf der letzten Seite dieses Berichtes aufgelistet. Alle Berichte und Studien sind im Internet unter www.wien.gv.at/who/berichte/index.htm abrufbar.

¹⁶ BACHINGER, E. (2002).

II. DEMOGRAPHIE

DEMOGRAPHY

INHALT

2	DEMOGRAPHIE	51
2.1	BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR	51
2.1.1	Bevölkerungsentwicklung nach Bezirken	52
2.1.2	Altersstruktur	54
2.1.3	Wien im Bundesländervergleich	58
2.2	BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	59
2.2.1	Natürliche Bevölkerungsbewegung	60
2.2.2	Wanderungen	66
2.3	BEVÖLKERUNGSPROGNOSE	69
2.3.1	Prognose der Bevölkerungsstruktur	70
2.3.2	Prognose der Belastungsquoten	73

2 DEMOGRAPHIE

2.1 Bevölkerungsstruktur

Zusammenfassung

Gemäß dem Bevölkerungsregister der Statistik Austria hatten Ende 2004 insgesamt 1.626.440 Personen ihren Hauptwohnsitz in Wien. 18 Prozent der Wiener Wohnbevölkerung sind ausländische StaatsbürgerInnen.

Während der **Frauenanteil** an der Gesamtbevölkerung etwas über 52 Prozent beträgt, liegt er bei den 60-Jährigen und Älteren bei rund 60 Prozent, in der Altersgruppe der über 75-Jährigen sogar bei fast 70 Prozent.

Altersstruktur: Im Vergleich zu den 70er Jahren lässt sich eine Verjüngung der Wiener Bevölkerung erkennen. Diese erfolgte in erster Linie durch eine Zunahme der 30- bis 45-Jährigen bei gleichzeitiger Abnahme der über 60-Jährigen. Derzeit sind 58,5 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung jünger als 45 Jahre, der Anteil der über 60-Jährigen beträgt 22,2 Prozent. Diese Verjüngung der Wiener Bevölkerung wurde vor allem durch Zuwanderungen verursacht: MigrantInnen sind zu einem höheren Anteil jünger als 45 Jahre als österreichische StaatsbürgerInnen.

Die **Bezirke** mit dem höchsten Anteil von Kindern bis 15 Jahre sind Donaustadt (22.), Simmering (11.) und Floridsdorf (21.). Besonders „überaltete“ Bezirke mit einem Anteil älterer Menschen (60 Jahre und älter) von mindestens einem Viertel der Bevölkerung sind hingegen Innere Stadt (1.), Hietzing (13.) und Döbling (19.).

Im **Bundesländervergleich** liegt Wien mit einem Anteil von 60-Jährigen und Älteren von rund 22 Prozent im österreichischen Mittelfeld. Mit einem Kinderanteil (unter 15-Jährige) von nur 14,7 Prozent bildet Wien jedoch knapp hinter dem Burgenland innerhalb Österreichs beinahe das Schlusslicht.

Summary: Population Structure

The population registry of Statistics Austria shows that as of the end of 2004, a total of 1,626,440 persons had their main residence in Vienna. 18 percent of Vienna's resident population are foreign citizens.

*Approximately 52 percent of the total population are women. In the age group 60 and over, however, the **share of women** is approximately 60 percent, and in the age group 75 and over, it is nearly 70 percent.*

Age structure: *The Viennese population has become younger on average since the 1970s. This is mainly due to the growth of the age group 30 to 45 and a decrease in the age group 60 and above. Currently, 58.5 percent of the Viennese population are under 45 years old, while the share of those above 60 is 22.2 percent. This change in age structure is mainly due to immigration: the share of the under 45 age group is larger among immigrants than among Austrian citizens.*

Vienna's districts *with the highest share of children (15 years and younger) are the 22nd district (Donaustadt), the 11th district (Simmering) and the 21st district (Floridsdorf). Districts with a particularly high share (at least 25 percent) of senior citizens (60 years and above) are the 1st district (Innere Stadt), the 13th district (Hietzing) and the 19th district (Döbling).*

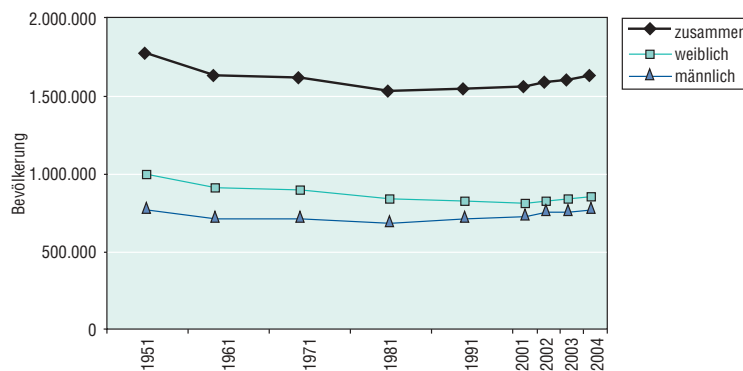
A comparison of the Austrian federal provinces *shows that Vienna is near the Austrian average concerning the share of persons aged 60 and over (approximately 22 percent). The share of children (under 15 years old) of only 14.7 percent, however, places Vienna at the bottom of the national table together just after Burgenland.*

Anhand der Bevölkerungsfortschreibung der Statistik Austria hatten Ende 2004 insgesamt 1.626.440 Personen ihren Hauptwohnsitz in Wien, davon waren etwas mehr als 52 Prozent weiblichen und knapp 48 Prozent männlichen Geschlechts. 18 Prozent der Wiener Wohnbevölkerung sind ausländische StaatsbürgerInnen;¹⁷ etwa ein Viertel ist nicht in Österreich geboren.

Die Ergebnisse der Volkszählung 2001 zeigen gegenüber 1991 eine **Zunahme der Wiener Bevölkerung**

um 10.275 Personen bzw. 0,7 Prozent, für Österreich eine Zunahme von 3,0 Prozent. Die geringere Bevölkerungszunahme Wiens im Vergleich zu Österreich resultiert in großem Ausmaß aus der Verlagerung von Wohnsitzen in das nähere und weitere Stadtumland. Seit 2001 hat sich der Anstieg der Wiener Wohnbevölkerung aber deutlich beschleunigt: Die Einwohnerzahl Wiens hat um mehr als 76.000 Personen zugenommen (von 1,550.123 auf 1,626.440 Personen).

Grafik 2.1: Bevölkerungsentwicklung Wiens 1951–2004*



* 2001: Stand 15. Mai. 2002–2004: Stand Jahresende.

Quelle: Statistik Austria: 1951–2001: Volkszählung, 2002–2004: Bevölkerungsregister.

In den vergangenen drei Jahren erlebte Wien zum zweiten Mal innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte eine Phase kräftiger **Bevölkerungszunahme**. Wie im Zeitraum zwischen 1990 und 1993 sorgten auch ab 2002 vor allem internationale Wanderungsüberschüsse für eine steigende Einwohnerzahl im Ausmaß von 1 bis 1,75 Prozent jährlich, insgesamt in diesen drei Jahren um 4,1 Prozent.¹⁸

Während der **Frauenanteil** an der Gesamtbevölkerung Wiens im Jahr 2004 rund 52 Prozent betrug, lag er bei den älteren Personen wesentlich höher: Von den etwa 358.000 Personen über 60 Jahre waren rund 60 Prozent weiblich. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen lag der Frauenanteil sogar bei fast 70 Prozent. Der Überhang der Frauen in den höheren Altersgruppen – und in der Folge in der Wiener Gesamtbevölkerung – ist in

erster Linie durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt; die Folgen des 2. Weltkrieges (gefallene Soldaten der Geburtsjahrgänge vor 1928) verlieren zunehmend an Bedeutung.¹⁹

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung nach Bezirken

In den letzten drei Jahren hat sich die Dynamik der Bevölkerungsentwicklung räumlich betrachtet verändert. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre verzeichneten die Bezirke Simmering (11.) und Donaustadt (22.) das bei weitem stärkste Bevölkerungswachstum, ansonsten nahmen die Einwohnerzahlen in diesem Zeitraum nur in den Bezirken 20, 21 und 23 zu. Seit der Volkszählung 2001 verzeichneten alle Bezirke Einwohnerzunahmen. Den stärksten Zuwachs wies Favoriten (10.) auf (+8,3

¹⁷ Darunter 40 Prozent aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien), 23 Prozent aus der EU und 14 Prozent aus der Türkei.

¹⁸ Siehe dazu weiter unten Kap. Wanderungen.

¹⁹ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 48.

Prozent). Mit Zunahmen zwischen 5,7 Prozent und 6,8 Prozent folgen einerseits die Randbezirke 11 und 22, aber auch dicht bebaute Bezirke mit überdurchschnittlichen MigrantInnenanteilen (12, 15, 16, 17 und 20). Die geringsten Zunahmen finden sich in den Bezirken 1 (+0,5 Prozent), 7 (+1,9 Prozent), 2 (+2,1 Prozent), 13 (+2,8 Prozent) und 23 (+2,9 Prozent) (siehe Tabelle 2.1).

Da die Bevölkerungszunahme vorwiegend auf Zuzüge aus dem Ausland zurückzuführen ist, hat sich auch der Anteil der Wohnbevölkerung mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren wieder erhöht, und zwar von 16,3 Prozent zu Jahresende 2001 auf 18,0 Prozent im Jahr 2004. Der 15. Bezirk hat mit 30,7 Prozent weiterhin den höchsten Anteil nicht-österreichischer StaatsbürgerInnen, gefolgt von den Bezirken 2, 20, 5 und 16 mit Anteilen zwischen 25 und 26 Prozent. Allerdings hat in diesen Bezirken der MigrantInnenanteil nur unterdurchschnittlich zugenommen, im 15. Bezirk war die Zunahme mit 0,2 Prozentpunkten sogar am geringsten von al-

len Bezirken. Insgesamt zeigt sich hier keine einheitliche Tendenz, denn die stärksten Zunahmen der MigrantInnenanteile hatten mit dem 8., 9. und 4. Bezirk drei innerstädtische Bezirke mit einem durchschnittlichen MigrantInnenanteil, allerdings unter dem Durchschnitt liegenden Anteilen der Herkunftsländer des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei. Hingegen verzeichneten mit dem 6. und 7. Bezirk zwei Bezirke mit ähnlicher Struktur nur geringe Zunahmen. Unverändert die niedrigsten Anteile an MigrantInnen haben die Bezirke 23, 22, 21 und 13 mit Werten zwischen 8,4 und 10 Prozent, wobei die Zunahmen in den letzten drei Jahren mit 1,3 bis 1,8 Prozentpunkten nicht weit vom Wiener Durchschnitt entfernt lagen.²⁰

Der bevölkerungsreichste Wiener Bezirk ist nach wie vor der 10. (Favoriten) mit 163.173 EinwohnerInnen. Donaustadt (22. Bezirk, 144.289 EinwohnerInnen) und Floridsdorf (21. Bezirk, 134.352 EinwohnerInnen) sind die nächstgrößten Bezirke.

Tabelle 2.1: Bevölkerung nach Bezirken, Veränderungen zwischen 1981 und 2004*

Bezirk	Einwohnerzahlen (Wohnbevölkerung mit Hauptwohnsitz)				relative Veränderung (in %)		
	1981	1991	2001	2004	1981 bis 1991	1991 bis 2001	2001 bis 2004
1.	19.537	18.002	17.056	17.135	-7,9	-5,3	+ 0,5
2.	95.892	93.542	90.914	92.850	-2,5	-2,8	+ 2,1
3.	86.054	84.500	81.281	83.863	-1,8	-3,8	+ 3,2
4.	31.800	31.410	28.354	29.356	-1,2	-9,7	+ 3,5
5.	52.436	51.521	49.111	51.434	-1,7	-4,7	+ 4,7
6.	28.771	30.298	27.867	28.747	5,3	-8,0	+ 3,2
7.	29.490	30.396	28.292	28.823	3,1	-6,9	+ 1,9
8.	24.769	23.850	22.572	23.389	-3,7	-5,4	+ 3,6
9.	45.314	40.416	37.816	39.322	-10,8	-6,4	+ 4,0
10.	147.101	147.636	150.636	163.173	0,4	2,0	+ 8,3
11.	65.859	66.881	76.899	82.060	1,6	15,0	+ 6,7
12.	79.408	79.592	78.268	83.050	0,2	-1,7	+ 6,1
13.	55.331	54.909	49.574	50.962	-0,8	-9,7	+ 2,8
14.	78.996	80.822	78.169	81.376	2,3	-3,3	+ 4,1
15.	70.066	69.309	64.895	69.078	-1,1	-6,4	+ 6,4
16.	88.587	88.931	86.129	91.309	0,4	-3,2	+ 6,0
17.	49.337	50.944	47.610	50.866	3,3	-6,5	+ 6,8
18.	52.548	49.761	44.992	46.622	-5,3	-9,6	+ 3,6
19.	67.522	67.377	64.030	66.487	-0,2	-5,0	+ 3,8
20.	73.696	71.876	76.268	80.718	-2,5	6,1	+ 5,8
21.	116.033	119.415	128.228	134.352	2,9	7,4	+ 4,8
22.	99.801	106.589	136.444	144.289	6,8	28,0	+ 5,7
23.	72.998	81.871	84.718	87.179	12,2	3,5	+ 2,9
Wien	1.531.346	1.539.848	1.550.123	1.626.440	0,6	0,7	+ 4,9

* 1981, 1991, 2001: Volkszählungen; 2004: Bevölkerungsregister (Jahresendstand).

Quelle: Statistik Austria; MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

²⁰ Mag. Hellmut RITTER, Statistisches Amt der Stadt Wien.

2.1.2 Altersstruktur

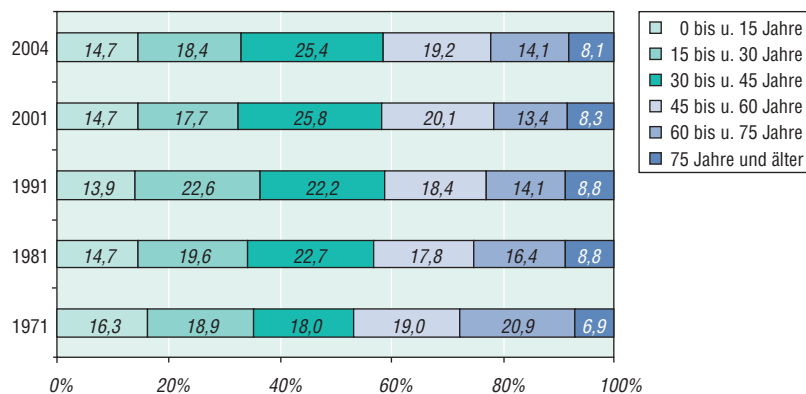
Als Folge der starken Zuwanderung in die ehemalige Monarchie-Hauptstadt vor dem 1. Weltkrieg war Anfang der 70er Jahre mehr als ein Viertel der Wiener Bevölkerung über 60 Jahre alt. Die Überalterung der Stadt Wien erreichte zu dieser Zeit ihren Höhepunkt. Diese Alterungswelle war aber aus österreichischer Sicht ein Wiener Spezifikum. Seither ist eine leichte Verjüngung der Wiener Bevölkerung festzustellen, die durch die starken Geburtenjahrgänge der 60er Jahre (Baby-Boom-Generation) und Wanderungsüberschüsse verursacht wurde (die in Wien lebende Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist zu 71 Prozent jünger als 45 Jahre, im Vergleich dazu haben die in Wien lebenden österreichischen StaatsbürgerInnen einen Anteil unter 45-Jähriger von nur 55 Prozent). Insgesamt beträgt in Wien der Anteil der unter 45-Jährigen 58 Prozent.²¹

In den letzten Jahrzehnten war insbesondere der Anteil der über 60-Jährigen an der Wiener Gesamtbevölkerung rückläufig. Allerdings ist seit 1999 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten. 2004 betrug der Anteil der über 60-Jährigen etwas über 22 Prozent.

Die Altersgruppe der 30- bis unter 45-Jährigen hingegen verzeichnete zwischen 1971 und 2004 einen deutlichen Anstieg (von 18 Prozent auf 25 Prozent der Gesamtbevölkerung). Wie bereits erwähnt, ist der grundsätzliche Anstieg des Anteils dieser Altersgruppe sowohl durch die „Baby-Boom-Generation“ als auch durch die Zuwanderungswellen zwischen 1988 und 1993²² bedingt. Allerdings war der Anteil dieser Altersgruppe um 1970 aufgrund der in den 30er Jahren (Wirtschaftskrise) extrem niedrigen Geburtenraten außergewöhnlich gering.

Der Anteil der Altersgruppe der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung nahm seit 1971 von 16,3 auf 14,7 Prozent ab, ist jedoch seit 2001 konstant (siehe Grafik 2.2). Hauptverantwortlich dafür ist der Rückgang der Gesamfruchtbarkeitsrate (GFR) von über 1,80 in den 60er Jahren auf 1,42 im Jahr 2004 (siehe unten). Der seit 2002 beobachtbare Anstieg der GFR wirkt sich noch nicht auf die Altersverteilung der Bevölkerung aus.

Grafik 2.2: Wiener Wohnbevölkerung nach Alter im zeitlichen Vergleich, 1971–2004



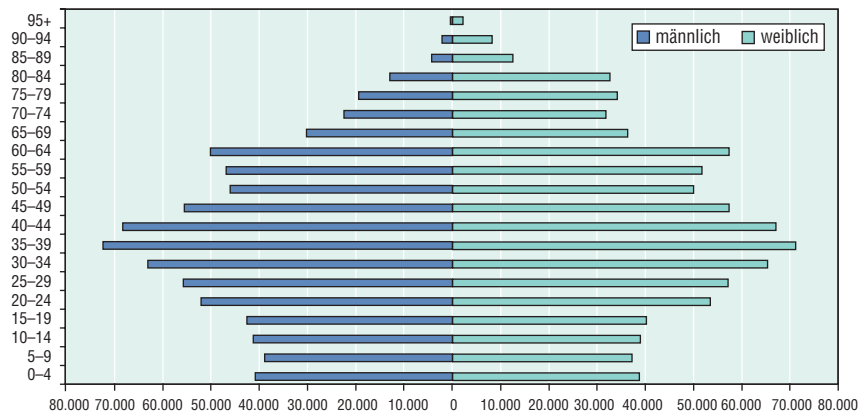
Quelle: Statistik Austria. 1971–2001: Volkszählungen; 2004: Bevölkerungsregister (Jahresdurchschnitt).

Die folgende Alterspyramide sowie Tabelle 2.2 zeigen den Anteil der einzelnen Altersgruppen an der Wiener Gesamtbevölkerung im Jahr 2004.

²¹ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität.

²² Ursachen der Zuwanderungswellen liegen vor allem in der Ostöffnung und den Kriegen im ehemaligen Jugoslawien, aber auch im Bedarf an billigen Arbeitskräften.

Grafik 2.3: Altersaufbau der Wiener Bevölkerung 2004



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister; Statistisches Amt der Stadt Wien.

Tabelle 2.2: Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2004*

Altersklassen in voll- endeten Lebensjahren	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
0 bis unter 15 Jahre	116.103	13,6	122.363	15,8	238.466	14,7
15 bis unter 30 Jahre	152.302	17,9	152.067	19,6	304.369	18,7
30 bis unter 45 Jahre	205.564	24,1	206.125	26,6	411.689	25,3
45 bis unter 60 Jahre	160.743	18,9	150.208	19,4	310.951	19,1
60 bis unter 75 Jahre	126.607	14,9	104.104	13,4	230.711	14,2
75 Jahre und älter	90.538	10,6	39.716	5,1	130.254	8,0
insgesamt	851.857	100,0	774.583	100,0	1.626.440	100,0

* EinwohnerInnen mit Hauptwohnsitz nach Bevölkerungsfortschreibung (Jahresendstand).

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Jahresendstand); Statistisches Amt der Stadt Wien.

Nach Bezirken gegliedert verteilen sich die drei Altersgruppen wie folgt:

Tabelle 2.3: Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen nach Bezirken, 2004

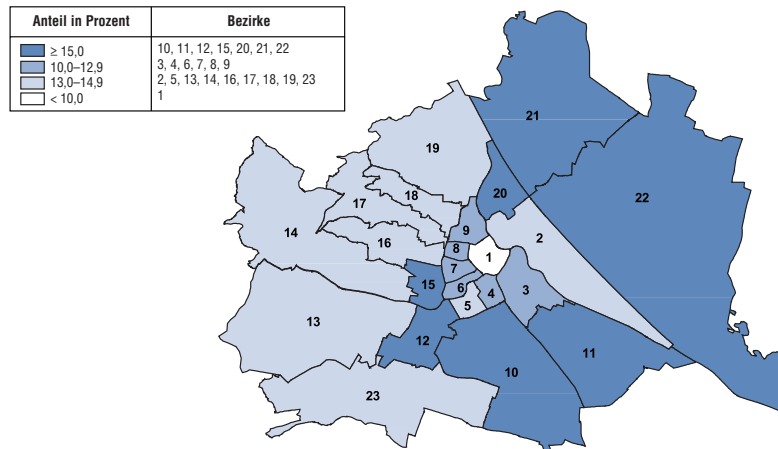
Bezirk	Alter in Jahren						MigrantInnenanteil	
	unter 15		15 bis unter 60		60 und älter		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1.	1.627	9,5	10.498	61,3	5.010	29,2	17.135	15,4
2.	13.587	14,6	59.579	64,2	19.684	21,2	92.850	24,7
3.	10.758	12,8	54.287	64,7	18.818	22,4	83.863	18,5
4.	3.420	11,7	18.870	64,3	7.066	24,1	29.356	15,4
5.	7.014	13,6	34.620	67,3	9.800	19,1	51.434	23,2
6.	3.319	11,5	19.792	68,8	5.636	19,6	28.747	17,8
7.	3.341	11,6	20.002	69,4	5.480	19,0	28.823	20,2
8.	2.563	11,0	16.081	68,8	4.745	20,3	23.389	16,2
9.	4.495	11,4	26.571	67,6	8.256	21,0	39.322	19,3
10.	24.614	15,1	101.456	62,2	37.103	22,7	163.173	16,5
11.	14.010	17,1	52.281	63,7	15.769	19,2	82.060	12,7
12.	12.660	15,2	52.178	62,8	18.212	21,9	83.050	16,5
13.	6.619	13,0	28.167	55,3	16.176	31,7	50.962	7,9
14.	11.281	13,9	50.160	61,6	19.935	24,5	81.376	12,8
15.	10.354	15,0	46.018	66,6	12.706	18,4	69.078	29,2
16.	13.389	14,7	58.964	64,6	18.956	20,8	91.309	23,8
17.	7.259	14,3	32.822	64,5	10.785	21,2	50.866	22,4
18.	6.328	13,6	28.758	61,7	11.536	24,7	46.622	17,2
19.	8.671	13,0	37.964	57,1	19.852	29,9	66.487	11,4
20.	12.094	15,0	52.014	64,4	16.610	20,6	80.718	24,1
21.	21.868	16,3	82.305	61,3	30.179	22,5	134.352	7,8
22.	26.185	18,1	90.789	62,9	27.315	18,9	144.289	7,4
23.	13.010	14,9	52.833	60,6	21.336	24,5	87.179	6,7
Wien insgesamt	238.466	14,7	1.027.009	63,1	360.965	22,2	1.626.440	16,0
dar. weiblich	116.103	13,6	518.609	60,9	217.145	25,5	851.857	14,3
dar. männlich	122.363	15,8	508.400	65,6	143.820	18,6	774.583	18,0

Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsregister (Jahresendstand).

Diese Aufgliederung zeigt den besonders hohen **Kinderanteil** (bis 15 Jahre) in den Bezirken 22 (Donau-stadt), 11 (Simmering) und 21 (Floridsdorf) zwischen 16 und 18 Prozent. Überdurchschnittlich hoch (über 15 Prozent) ist auch der Kinderanteil in den Bezirken 10

(Favoriten), 12 (Meidling), 15 (Rudolfsheim) und 20 (Brigittenau). Diese Bezirke weisen einen hohen Anteil an jungen Familien, teilweise auch mit Migrationshintergrund, auf (*siehe Grafik 2.4*).

Grafik 2.4: Anteil der unter 15-Jährigen an der Wiener Gesamtbevölkerung nach Bezirken, 2004

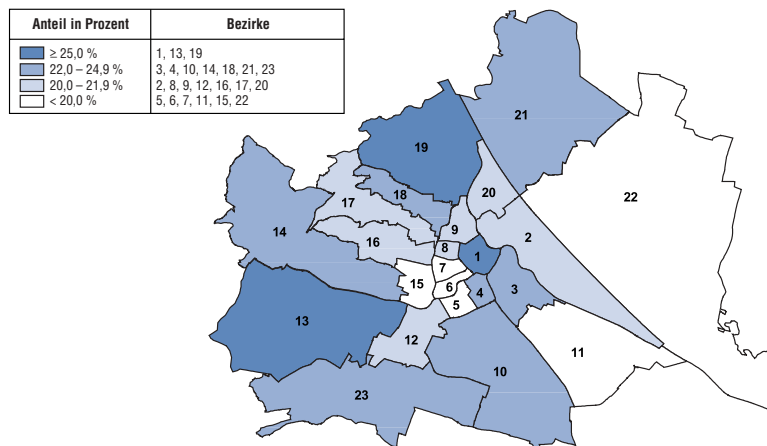


Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsregister (Jahresendstand).

Die Bezirke 1 (Innere Stadt), 13 (Hietzing) und 19 (Döbling) hingegen weisen besonders hohe Anteile von älteren Personen auf („**Altenanteil**“): Mindestens ein Viertel der Wohnbevölkerung in diesen „überalteten“ Bezirken sind 60 Jahre und älter. Überdurchschnittlich

hoch ist der Anteil älterer Menschen auch in den Bezirken 3 (Landstraße), 4 (Wieden), 10 (Favoriten), 14 (Penzing), 18 (Währing), 21 (Floridsdorf) und 23 (Liesing; *siehe folgende Grafik*).

Grafik 2.5: Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Wiener Gesamtbevölkerung nach Bezirken, 2004



Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsregister (Jahresendstand).

Die Bezirke 10 (Favoriten) und 21 (Floridsdorf) weisen demnach sowohl einen hohen Kinder- als auch einen hohen Altenanteil auf. In anderen Bezirken ist jedoch ein deutliches Missverhältnis zwischen Jungen und Alten festzustellen; besonders stark ausgeprägt ist das Ungleichgewicht im 1. Bezirk (Innere Stadt), etwas ab-

geschwächt auch in den Bezirken 13 (Hietzing) und 19 (Döbling); diese Bezirke weisen einen besonders hohen Anteil von 60-jährigen und älteren Personen bei gleichzeitig sehr niedrigem Anteil von Kindern (bis 15 Jahre) auf. Umgekehrt zeichnen sich die Bezirke 11 (Simmering), 15 (Rudolfsheim), 22 (Donaustadt) durch einen

sehr hohen Kinderanteil bei gleichzeitig sehr niedrigem Anteil älterer Menschen aus.

2.1.3 Wien im Bundesländervergleich

Wien weist im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern mit 14,7 Prozent, knapp nach dem Burgenland, den zweitgeringsten²³ Anteil an Kin-

dern (unter 15 Jahre) an der jeweiligen Gesamtbevölkerung auf. Bei den über 75-Jährigen rangiert Wien nach dem Burgenland, Kärnten und Steiermark mit 8,1 Prozent an 4. Stelle. Werden alle über 60-Jährigen berücksichtigt, befindet sich Wien mit einem „Altenanteil“ von 22,2 Prozent im österreichischen Mittelfeld (Rang 5²⁴; siehe folgende Tabelle).

Tabelle 2.4: Bevölkerung nach Bundesländer und Alter, 2004

Bundesland	Bevölkerung nach Alter (in %)						Bevölkerung insgesamt	Kinderanteil	Altenanteil (60+)
	bis 14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+			
Burgenland	14,6	17,3	23,4	20,2	15,7	8,8	277.586	14,6	24,5
Kärnten	15,9	17,9	23,5	19,6	14,7	8,3	559.538	15,9	23,0
Niederösterreich	16,4	17,3	24,1	19,1	15,3	7,8	1.563.872	16,4	23,1
Oberösterreich	17,4	19,0	24,2	18,5	13,8	7,2	1.392.965	17,4	20,9
Salzburg	17,0	19,2	24,6	19,3	13,3	6,6	524.404	17,0	19,9
Steiermark	15,4	18,6	24,0	19,0	14,8	8,3	1.195.311	15,4	23,1
Tirol	17,4	19,5	25,1	18,3	13,2	6,5	688.340	17,4	19,7
Vorarlberg	18,7	20,0	24,6	18,3	12,7	5,7	359.388	18,7	18,4
Wien	14,7	18,4	25,4	19,2	14,1	8,1	1.613.329	14,7	22,2
Österreich	16,2	18,5	24,4	19,0	14,3	7,6	8.174.733	16,2	21,9

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsregister (Jahresdurchschnitt). Rundungsdifferenzen nicht ausgeglichen.

²³ Den höchsten Kinderanteil (unter 15-Jährige) hat Vorarlberg mit 18,7 Prozent, gefolgt von Tirol und Oberösterreich (jeweils 17,4 Prozent) und Salzburg (17,0 Prozent). Durchschnitt Gesamtösterreich: 16,2 Prozent.

²⁴ Den höchsten Anteil von Personen über 60 Jahren hat das Burgenland (24,5 Prozent), gefolgt von Niederösterreich und der Steiermark (jeweils 23,1 Prozent) und Kärnten (23,0 Prozent). Den mit Abstand niedrigsten „Altenanteil“ hat Vorarlberg (18,4 Prozent), gefolgt von Tirol (19,7 Prozent) und Salzburg (19,9 Prozent). Durchschnitt Gesamtösterreich: 21,9 Prozent.

2.2 Bevölkerungsbewegung

Zusammenfassung

In der Periode 2002–2004 gab es einige recht markante Änderungen in der demographischen Entwicklung Wiens: Zunahme des Wanderungsüberschusses, Anstieg der Geburten seit 2002 sowie im Jahr 2004 starker Rückgang der Sterbefälle.

Im Jahr 2004 **verstarben** in Wien 15.983 Personen. Von diesen waren 72 Prozent 70 Jahre und älter, bzw. 49 Prozent 80 Jahre und älter.

Den angeführten Sterbefällen standen 16.856 **Lebendgeborene** gegenüber, was erstmals seit 1941 eine positive **Geburtenbilanz** (+873) ergibt. Die Zunahme der Geburten seit 2002 ist zum einen auf einen Anstieg der Gesamtfruchtbarkeitsrate zurückzuführen, zum anderen auf die Zunahme der Geburten als Folge der Bevölkerungszunahme durch Zuwanderungsüberschüsse.

Die **Fruchtbarkeit** der weiblichen Bevölkerung Wiens lag 2004 bei 47,6 Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren, bzw. bei 1,42 Lebendgeburten pro Frau in ihrer Fertilitätsphase. Das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter betrug 28,7 Jahre.

Summary: Vital Statistics

The years 2002 to 2004 saw some rather significant changes in Vienna's demographic development: an increase in net migration, an increase of the birth rate from 2002 on, and a marked reduction in deaths in 2004.

*In 2004 a total of 15,983 persons **died** in Vienna. Of these, 72 percent were aged 70 or above, and 49 percent were 80 or above.*

*In the same year, there were 16,856 **live births**, resulting in the first positive **balance of births** since 1941 (+873). The increase in births since 2002 is due in part to an increase in the overall fertility rate, as well as to the increase in births resulting from population growth due to net migration.*

*The **fertility rate** in Vienna in 2004 was 47.6 births per 1000 women aged 15 to 45, or 1.42 live births per woman of reproductive age. The mean age of fertility was 28.7 years.*

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

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

Anders verhält es sich mit **Wanderungen**, insbesondere Zuwanderungen aus dem Ausland, da diese großteils von den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Heimatländer sowie der jeweiligen Mig-

rationspolitik der Zielländer abhängen. Das Ausmaß der Zuwanderung im Zuwanderungsland ist deshalb nur zum Teil kontrollierbar.

In der Periode 2002–2004 gab es einige recht markante **Änderungen in der demographischen Entwicklung Wiens**, und zwar in mehrfacher Hinsicht. Zum einen kam es zu einer Zunahme des Wanderungsüberschusses (Wanderungssaldo 2004 +14 Prozent), zum anderen zu einem deutlichen Anstieg der Geburten (ab 2002 Anstieg der Gesamtfruchtbarkeitsrate, danach weitere Zunahme der Geburten als Folge der Bevölkerungszunahme durch Zuwanderungsüberschüsse) sowie im Jahr 2004 zu einem starken Rückgang der Sterbefälle (Anstieg der Lebenserwartung gegenüber 2003 um ca. ³/₄ Jahre nach weitgehender Stagnation).

Die folgende Tabelle zeigt die aktuellen Daten zur Bevölkerungsbewegung in Wien, sowie – zum Vergleich –

die Durchschnittswerte der letzten drei Jahre.

Tabelle 2.5: Bevölkerungsbewegung in Wien

Bevölkerungsbewegung	absolut		auf 1.000 EinwohnerInnen*	
	Ø 2001–2003**	2004	Ø 2001–2003**	2004
Eheschließungen	9.163	10.703	5,8	6,6
Ehescheidungen	5.466	5.794	3,5	3,6
Gesamtscheidungsrate***	55,61	60,08		
Lebendgeborene	16.027	16.856	10,2	10,4
Gestorbene	16.946	15.983	10,8	9,9
Geburtenbilanz	-919	+873	-0,6	+0,5
Zuwanderung	66.075	77.972	42,0	48,3
Abwanderung	50.599	55.539	32,1	34,4
Wanderungssaldo	+15.476	+22.433	+9,8	+13,9

* Ratenberechnung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung der Statistik Austria.

** Für die Berechnung der Durchschnittswerte wurde die mittlere Einwohnerzahl verwendet.

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

Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung

Die Zahl der **Sterbefälle** ist bereits seit über 30 Jahren rückläufig. 2004 verstarben 15.983 Personen der Wiener Wohnbevölkerung, was einem historischen Tiefstand entspricht. Von den Verstorbenen waren rund drei Viertel über 70 Jahre bzw. rund die Hälfte über 80 Jahre alt. Diesen Sterbefällen standen 16.856 **Lebendgeborene** gegenüber, was eine erstmals positive **Geburtenbilanz** von +873 ergibt.

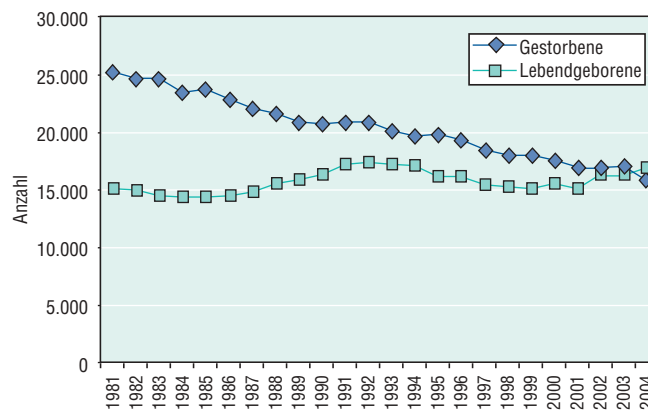
Für die niedrige Sterblichkeit sind **zwei Faktoren** maßgebend: Einerseits der **Altersaufbau** der Bevölkerung, also wie stark die sich im Hauptsterblichkeitsalter befindlichen Jahrgänge besetzt sind, und andererseits der Anstieg der **Lebenserwartung**, der durch den Rückgang der Sterblichkeit bewirkt wird. In den 1970er Jahren hatte Wien, bedingt durch die enorme Zuwanderung in die Hauptstadt der Monarchie vor dem Ersten Weltkrieg, einen sehr hohen SeniorInnenanteil. Diese

Generation war für die hohe Zahl der Sterbefälle in diesen Jahren verantwortlich. Derzeit befinden sich die wesentlich schwächer besetzten Geburtsjahrgänge der Zwischenkriegszeit im Hauptsterbealter, bei den Männern wurden diese auch noch durch die im Zweiten Weltkrieg Gefallenen dezimiert. Die Lebenserwartung nahm in den vergangenen 25 Jahren pro Jahrzehnt um fast 3 Jahre bei Männern und knapp 2,5 Jahre bei Frauen zu, wobei vor allem der enorme Rückgang der Sterblichkeit im höheren Alter dazu beitrug. Eine Verlangsamung dieses Trends zeichnet sich derzeit nicht ab.²⁵

Als Folge der beschriebenen Entwicklungen hatte Wien 2004 erstmals nach 1941 mehr Geburten als Sterbefälle zu verzeichnen. Der **Geburtenüberschuss** betrug 873 Personen. Auch in den kommenden Jahren können geringe Geburtenüberschüsse erwartet werden, in etwa 15 Jahren ist aber trotz weiterhin steigender Lebenserwartung wieder mit einem Anstieg der jährlichen Todesfälle zu rechnen.²⁶

²⁵ Mag. Hellmut RITTER, Statistisches Amt der Stadt Wien.

²⁶ Mag. Hellmut RITTER, Statistisches Amt der Stadt Wien.

Grafik 2.6: Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–2004

Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Seit Anfang der 90er Jahre war die Zahl der **Eheschließungen** tendenziell rückläufig und lag im Durchschnitt der letzten drei Jahre bei 5,8 geschlossenen Ehen pro 1.000 EinwohnerInnen. Seit 2002 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg festzustellen und der für 2004 ermittelte Wert von 6,6 liegt bereits deutlich über jenen der Vorjahre²⁷ und entspricht dem Wert von 1991. Ob diese Zunahme mit der erhöhten Geburtenrate einhergeht bzw. ob dadurch eine Trendwende eingeleitet wird, lässt sich mit Sicherheit erst aus der Entwicklung der nächsten Jahre ersehen.

Nach einem Rückgang der **Scheidungsrate** in den letzten paar Jahren nahm diese 2004 wieder zu. In diesem Jahr wurden 3,6 Ehen pro 1.000 EinwohnerInnen geschieden.²⁸ Auch die **Gesamtscheidungsrate** stieg deutlich im Vergleich zu den Vorjahren auf einen bisherigen Höchstwert von 60 Prozent. Das bedeutet: Unter der Annahme konstanter ehedauerspezifischer Scheidungsraten wie 2004 werden etwas über 60 Prozent aller Ehen wieder geschieden. Insgesamt wurden im Jahr 2004 in Wien 10.703 Eheschließungen und 5.794 Ehescheidungen registriert.

²⁷ Zum Vergleich 2003: 6,2 Eheschließungen pro 1.000 EinwohnerInnen in Wien; 2002: 5,9; 2001: 5,4; 2000: 5,8; 1999: 5,9.

²⁸ Zum Vergleich 1991: 3,5 Ehescheidungen pro 1.000 EinwohnerInnen in Wien. 2003: 3,2; 2002: 3,4; 2001: 3,8; 2000: 3,7; 1999: 3,5.

Exkurs: Mehr Geburten und weniger Sterbefälle in Wien

Mag. Hellmut RITTER, MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien

Nach den von Statistik Austria gemeldeten Ergebnissen der natürlichen Bevölkerungsbewegung für das Jahr 2004 verzeichnete Wien erstmals nach dem 2. Weltkrieg mehr Lebendgeborene als Sterbefälle. Gegenüber 2003 stand einem Anstieg der Zahl der Lebendgeborenen um 370 auf 16.856 (+2,2 Prozent) ein Rückgang der Sterbefälle um 997 auf 15.983 (-5,9 Prozent) gegenüber. In den bis 1871 zurückreichenden statistischen Aufzeichnungen ist das die niedrigste je verzeichnete Zahl an Sterbefällen. Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung drehte somit von einem Gestorbenenüberschuss von 494 (2003) auf einen Geburtenüberschuss von 873 im abgelaufenen Jahr. Weitere erfreuliche Ergebnisse der natürlichen Bevölkerungsbewegung betreffen den abermaligen Anstieg der Zahl der Eheschließungen um 8,8 Prozent auf 10.703, womit der höchste Wert seit 1992 erreicht wurde, und den Rückgang der Säuglingssterberate (im 1. Lebensjahr Verstorbene auf 1.000 Lebendgeborene) von 6,3 (2003) auf 5,7 Promille.

Die Zahl der Lebendgeborenen hat in Wien nach einem kontinuierlichen Rückgang in den 90er Jahren und einer Talsohle zwischen 1997 und 2001 2004 zum dritten Mal hintereinander zugenommen. Der Grund dafür liegt im Trend zur späteren Mutterschaft, d. h. Frauen schieben die Realisierung ihres Kinderwunsches vermehrt auf einen Zeitpunkt nach der beruflichen Etablierung hinaus. Die in den Jahren davor aufgeschobenen Geburten werden nun nachgeholt, die Zahl der Geburten von Müttern im Alter von über 30 und besonders über 35 Jahren stieg in den letzten Jahren deutlich an. Der Anstieg des Anteils unehelicher Geburten hat sich in den letzten beiden Jahren verlangsamt. Mit 29,3 Prozent haben knapp 3 von 10 Neugeborenen eine unverheiratete Mutter. Wien liegt damit deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 35,9 Prozent. 19 Prozent der Wiener Neugeborenen hatten 2004 eine nichtösterreichische Staatsangehörigkeit, vor zehn Jahren lag der Anteil noch bei über einem Viertel.

Noch wesentlich größeren Anteil an der positiven Geburtenbilanz hat allerdings die Abnahme der Sterbefälle. Die Zahl der verstorbenen Wienerinnen und Wiener ist seit über 30 Jahren fast durchgehend rückläufig. Um 1970 verstarben noch jährlich über 28.000 Menschen.

Der Grund für diesen Rückgang liegt zum einen in der gestiegenen Lebenserwartung (diese nahm in den vergangenen 20 Jahren bei Männern um 6 Jahre, bei Frauen um 4,5 Jahre zu), zum anderen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung. In den 60er und 70er Jahren verstarben überwiegend die sehr stark besetzten Jahrgänge der um die Wende des 19. zum 20. Jahrhunderts Geborenen, während sich heute wesentlich schwächer besetzte Geburtenjahrgänge, bei denen sich der Geburtenausfall während des 1. Weltkrieges sowie bei den Männern die Dezimierung durch Kriegsgefallene im 2. Weltkrieg niederschlagen, im Hauptsterbealter befinden.

Die Geburtenbilanz, die selbst zu Zeiten des Babybooms der 60er Jahre mit ca. 20.000 Geburten einen Gestorbenenüberschuss von 6.000 bis 7.000 Personen jährlich aufwies, erreichte ihr größtes Defizit der Nachkriegszeit mit jährlich ca. 13.000 Personen in der 2. Hälfte der 70er Jahre, in denen pro Jahr nur etwas über 13.000 Kinder zur Welt kamen. In den 80er Jahren verringerte sich der Gestorbenenüberschuss von 11.000 auf 5.000 Personen, im folgenden Jahrzehnt reduzierte er sich weiter bis auf etwa 2.000 im Jahr 2000 und etwa 500 in den Jahren 2002 und 2003. Im abgelaufenen Jahr kam es nun durch die Fortsetzung der beschriebenen Trends zu einer Saldendrehung auf einen Geburtenüberschuss. Mehr Geburten als Sterbefälle wurden in Wien zuletzt 1941, also während des 2. Weltkrieges verzeichnet, und auch davor wiesen nach 1914 nur die Jahre 1921 und 1923 bis 1925 Geburtenüberschüsse in Wien auf.

Zu dem nunmehrigen Geburtenüberschuss trug auch die anhaltende Zuwanderung überwiegend junger Menschen aus dem In- und Ausland nach Wien bei, die auch die Alterung der Wiener Bevölkerung in ihrer Zusammensetzung im Vergleich mit den anderen österreichischen Bundesländern wesentlich verlangsamt. Diese Zuwanderung bewirkte auch, dass die davor über fast 20 Jahre sinkende Einwohnerzahl Wiens seit 1988 wieder ansteigt. Zu Ende des Jahres 2004 betrug die Einwohnerzahl Wiens rund 1.626.440. Auch in den nächsten Jahren ist mit einer Bevölkerungszunahme in Wien von 10.000 bis 15.000 Personen pro Jahr zu rechnen.

Fruchtbarkeit

Die **allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ)**²⁹, d. h. die Zahl der Lebendgeborenen auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, betrug 2004 in Wien 47,6¹³. Dieser Wert liegt weiterhin über jenem bis 2001³⁰ und geht mit dem Anstieg der Lebendgeborenen konform. Österreichweit ist die allgemeine Fertilitätsrate niedriger als jene in Wien und beträgt für das Berichtsjahr 45,5.

Die Aufgliederung auf **Bezirksebene** zeigt für das Jahr 2004 eine überdurchschnittlich hohe Fruchtbarkeitsziffer im 20. Bezirk (57,3 Geburten je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter) sowie im 11. (54,5 Geburten), 16. (53,8 Geburten) und 18. (53,7 Geburten) Bezirk. Aber auch die Bezirke 10, 12 und 15 zeigen eine hohe Fertilitätsrate (AFZ über 50 Geburten/1.000) (vgl. *Tabelle 2.6*). Die hohe Geburtenrate in diesen Bezirken ist zum einen erklärbar durch die Altersstruktur, d. h. hohe Anteile junger Familien aufgrund verstärkter Bautätigkeit (z. B. Bezirke 11 und 20), zum anderen auf die relativ hohen Anteile von Migrantinnen zurückzuführen (Bezirke 15, 16, 18, 20).

Die **Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR)**, also die Anzahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens – unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres – lebend zur Welt bringen würde, ist seit 2002 in Wien deutlich gestiegen und betrug 2004 1,42³¹. Auch österreichweit nahm die GFR gegenüber 2001 zu und betrug im Jahr 2004 ebenfalls 1,42³².

Innerhalb der letzten vier Jahrzehnte kam es zu einer Reduktion der Gesamtfruchtbarkeitsrate um nahezu ein Drittel: Gebar eine Frau in Wien 1961 noch durchschnittlich 1,83 Kinder, so reduzierte sich dieser Wert

2001 auf 1,32. Der seit 2002 beobachtbare Anstieg auf etwa 1,42 scheint jedoch eine Trendwende eingeleitet zu haben (*siehe Grafik 2.7*).

Die Darstellung der Entwicklung der **Gesamtfruchtbarkeitsrate bei Migrantinnen** lässt erkennen, dass diese bei Neuzuwanderung – wie in ihrem Herkunftsland – eine hohe Fruchtbarkeit aufweisen, sich aber dann in ihrem Fruchtbarkeitsverhalten an die Gegebenheiten des Einwanderungslandes anpassen. Diese Annäherung des Fertilitätsverhaltens von Frauen mit Migrationshintergrund an jenes österreichischer Frauen lässt sich aus *Grafik 2.7*, welche die Entwicklung seit 1981 darstellt, deutlich ersehen. Im Jahr 2002 kam es gegenüber dem Vorjahr sowohl bei inländischen Frauen als auch bei Migrantinnen zu einem Anstieg der Gesamtfruchtbarkeitsrate; 2003 und 2004 kam es jedoch bei den Migrantinnen wieder zu einem leichten Rückgang, während die Rate bei den inländischen Frauen auf gleichem Niveau blieb.

Die **bezirksspezifische** Verteilung der Gesamtfruchtbarkeit zeigt, dass auch 2004 die meisten Geburten (bezogen auf die Gesamtfruchtbarkeitsrate) im 20. und 11. Bezirk registriert wurden, gefolgt von den Bezirken 16, 10, 12 und 15. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate war am niedrigsten in Bezirken mit hohem Studentinnenanteil (z. B. 8. Bezirk), am höchsten aber in Bezirken mit einem hohen Anteil an jungen Familien sowie an Migrantinnen.

Die Anzahl der **Lebendgeborenen** stieg 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 370 (+2,2 Prozent) auf 16.856. Seit dem deutlichen Anstieg im Jahr 2002 nahm die Anzahl der Lebendgeborenen um 1.689 bzw. 11,1 Prozent zu.³³

²⁹ Allgemeine Fertilitätsrate. Maß für die biologische Reproduktion, das die Geburtlichkeit einer Bevölkerung unabhängig von ihrem Altersaufbau wiedergibt.

³⁰ Zum Vergleich: AFZ für Wien gemäß Statistik Austria (revidierte Werte): 2002: 48,9; 2001: 44,9; 2000: 45,8; 1999: 44,7; 1998: 45,0; 1997: 45,8.

³¹ Zum Vergleich: GFR Wien 2003: 1,41; 2002: 1,42; 2001: 1,32.

³² Zum Vergleich: GFR österreichweit (revidierte Werte): 2002: 1,40; 2001: 1,33; 2000: 1,36; 1999: 1,34; 1998: 1,37; 1997: 1,39.

³³ Zum Vergleich: Anzahl der Lebendgeborenen 2001: 15.167; 2002: 16.428; 2003: 16.486.

Tabelle 2.6: Lebendgeborene nach Bezirken und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer für Wien, 2004

Bezirk	Lebendgeborene			AFZ* 2004	GFR** 2004
	weiblich	männlich	insgesamt		
1.	73	72	145	44,0	1,23
2.	471	491	962	47,6	1,40
3.	414	428	842	45,0	1,30
4.	155	146	301	46,1	1,28
5.	283	300	583	48,6	1,37
6.	139	129	268	39,3	1,07
7.	149	150	299	42,0	1,14
8.	99	118	217	39,0	1,06
9.	179	194	373	40,5	1,11
10.	793	928	1.721	50,7	1,56
11.	507	496	1.003	54,5	1,65
12.	425	493	918	51,3	1,53
13.	199	211	410	42,7	1,22
14.	391	419	810	47,4	1,44
15.	392	426	818	52,7	1,53
16.	528	543	1.071	53,8	1,59
17.	253	289	542	48,2	1,43
18.	266	285	551	53,7	1,49
19.	268	307	575	42,9	1,22
20.	487	531	1.018	57,3	1,69
21.	614	652	1.266	43,9	1,41
22.	695	749	1.444	44,1	1,43
23.	336	383	719	39,6	1,26
Wien***	8.116	8.740	16.856	47,6	1,42
Österreich	38.428	40.540	78.986	45,5	1,42

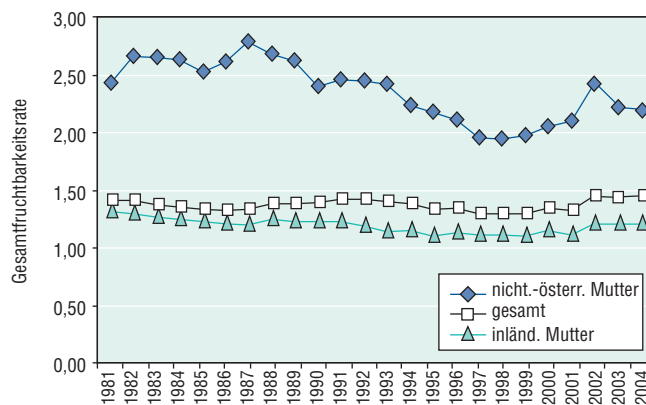
* Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ), auch allgemeine Fertilitätsrate: Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren. AFZ für Wien laut Statistik Austria.

** Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR): Anzahl der Kinder, die eine Frau in ihrer Fertilitätsphase unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres lebend zur Welt bringen würde. GFR für Wien laut Statistik Austria.

*** Berechnet auf Basis der Bestandsstatistik. Durch Differenzen in der Altersstruktur zwischen der Bestandsstatistik der Stadt Wien und der Bevölkerungsfortschreibung der Statistik Austria, die nicht auf Bezirksebene vorliegt, weichen die AFZ und die GFR für Wien von den von der Statistik Austria publizierten Werten ab.

Quelle: Statistik Austria, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Grafik 2.7: Entwicklung der Gesamtfruchtbarkeitsrate, Wien 1981–2004*



* Ab 1982 wegen revidierter Bevölkerungsfortschreibung gegenüber früheren Ausgaben korrigierte Werte.

Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Der Rückgang der **Fertilitätsrate** seit 1961 ist vor allem auf das veränderte Fertilitätsverhalten der unter 25-jährigen Frauen zurückzuführen, deren Geburtenrate sich in den letzten vier Jahrzehnten fast halbiert hat. Aber auch bei den 25- bis 30-Jährigen kam es zu einem

Rückgang von rund einem Drittel. Seit den 70er Jahren etwas gestiegen sind jedoch die Fertilitätsraten der über 30-jährigen Frauen, insbesondere seit Ende der 90er Jahre sowie besonders deutlich seit 2002.

Tabelle 2.7: Altersspezifische Fertilitätsraten (AFZ)* in Wien, Entwicklung 1961–2004**

Jahr	Altersgruppen						
	15 – <20	20 – <25	25 – <30	30 – <35	35 – <40	40 – <45	15 – <45
1961	45,66	114,34	107,49	63,39	26,81	7,25	57,97
1971	57,40	106,95	80,57	51,39	20,89	5,29	56,55
1981	30,28	99,58	89,06	45,23	15,05	3,00	45,79
1991	32,36	79,56	92,01	57,67	23,50	3,11	51,23
1996	22,09	72,10	82,22	62,88	25,92	5,05	48,05
1997	20,55	65,01	81,83	60,48	26,38	5,23	45,80
1998	20,98	64,46	80,48	61,95	26,03	4,87	45,04
1999	19,85	65,71	78,11	62,17	28,40	5,97	44,74
2000	22,22	68,65	79,50	63,86	29,78	5,99	45,80
2001	21,26	64,58	76,86	66,00	30,10	6,47	44,68
2002	22,60	66,96	83,01	70,88	34,01	7,59	47,97
2003	20,75	63,36	82,45	70,43	36,85	8,19	47,43
2004	22,39	62,20	80,70	73,49	37,60	7,62	47,60

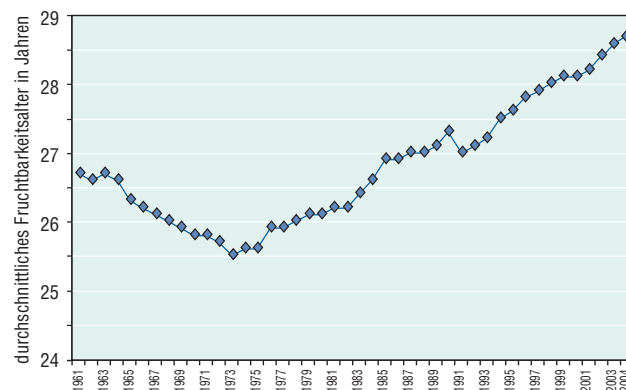
* Lebendgeborene auf 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe.

** Ab 1991 wegen revidierter Bevölkerungsfortschreibung gegenüber früheren Ausgaben korrigierte Werte.

Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Gleichzeitig ist im selben Zeitraum (1961 bis 2004) auch das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt ihrer Kinder (**Fruchtbarkeitsalter**) von 26,7 auf 28,7 Jahre gestiegen. Bis Anfang der 70er Jahre zeigte sich ein Rückgang des durchschnittlichen Geburtsalters, während danach ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist.

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

Grafik 2.8: Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter*, Wien 1961–2004**

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

** Ab 1982 wegen revidierter Bevölkerungsfortschreibung gegenüber früheren Ausgaben korrigierte Werte.

Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Sterblichkeit

Von den 15.983 im Berichtsjahr 2004 verstorbenen Wienerinnen und Wienern waren fast 86 Prozent 60 Jahre und älter und etwas über 49 Prozent 80 Jahre und älter. Männer weisen innerhalb der jüngeren Altersgruppen (jünger als 45 Jahre) höhere Sterbezahlen auf als Frauen. Demgegenüber überwiegen bei den Verstorbenen über 80 Jahren die Frauen mit einem Anteil von 61 Prozent.

In den letzten beiden Jahrzehnten verringerte sich die Sterblichkeit deutlich: Zwischen 1980 und 2003³⁴ sank die altersstandardisierte Mortalitätsrate um 35 Prozent. Vor allem bei den beiden Haupttodesursachen – Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen – sind deutliche Verbesserungen zu verzeichnen (–50 Prozent bzw. –17 Prozent).

Auch die Säuglingssterblichkeit verringerte sich in den letzten Jahrzehnten drastisch: Zwischen 1978 und 2004 ist ein Rückgang um insgesamt 66 Prozent zu verzeichnen. 2004 betrug die Säuglingssterblichkeitsrate 5,7 pro 1.000 Lebendgeborene.

³⁴ Für 2004 noch keine Werte verfügbar.

³⁵ Zwischen 1988 und 1993 wies Wien – aufgrund des Krieges in Jugoslawien – jährliche Wanderungsgewinne von rund 20.000 Personen auf. Der Höhepunkt wurde dabei 1991 mit einem Wanderungssaldo von plus 31.000 Personen erreicht. 1994 kam es zu einem geringfügigen Wanderungsverlust, in den darauf folgenden Jahren war jedoch die Wanderungsbilanz wieder positiv und schwankte zwischen 2.000 und 10.000 Personen.

Mehr zu den Themen Sterberate, Sterblichkeitsentwicklung, Todesursachen und Säuglingssterblichkeit siehe Kapitel 3 „Lebenserwartung und Mortalität“.

2.2.2 Wanderungen

Mag. Hellmut RITTER, Statistisches Amt der Stadt Wien

Wie bereits weiter oben erwähnt, kam es in den vergangenen drei Jahren in Wien zu einer kräftigen Bevölkerungszunahme. Ebenso wie im Zeitraum 1990 bis 1993³⁵ waren auch seit 2002 vor allem internationale Wanderungsüberschüsse für diesen Zuwachs ausschlaggebend. Die Einwohnerzahl Wiens stieg seither jährlich im Ausmaß von 1 bis 1,75 Prozent an, insgesamt in diesen drei Jahren um 4,1 Prozent.

Zur besonders hohen Zunahme 2004 hat auch ein Sondereffekt (Inkrafttreten des Bundesbetreuungsgesetzes BGBl. Nr. 405/1991 idF Artikel II BGBl. I Nr. 32/2004 mit 1.5.2004) beigetragen, der eine vermehrte Anmeldung von AsylwerberInnen zur Folge hatte. Die Wanderungsüberschüsse gegenüber dem Ausland trotz restriktiver Zuwanderungsbestimmungen sind hauptsächlich auf den quotenfreien Zuzug von Familienan-

gehörigen österreichischer Staatsbürger, die in der Vergangenheit eingebürgert wurden, zurückzuführen. Ebenfalls von Bedeutung war 2004 die Erweiterung der EU. Von den zehn Beitrittsländern bestanden vor allem zu Polen und den Nachbarstaaten Ungarn, Slowakei und Tschechien bereits vorher bedeutende Wanderungsverflechtungen, die sich nun noch verstärkten.

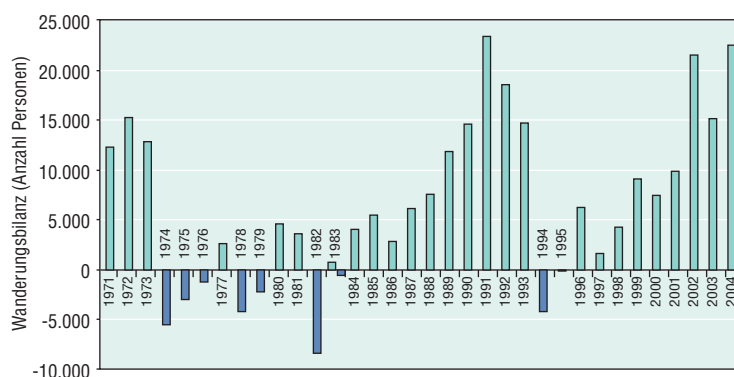
Die Entwicklung der Wanderungsbewegungen wird im Wesentlichen von drei verschiedenen Komponenten bestimmt. **Innerhalb Österreichs** stehen Wanderungsdefizite gegenüber dem Wiener Umland (Suburbanisierung) Wanderungsüberschüssen zu den entfernteren Regionen gegenüber. Die Wegzüge in das Umland zeigen weiter eine steigende Tendenz, zudem dehnt sich der Radius der suburbanen Zone weiter aus. In der Regionalwanderung weist Wien hingegen positive Bilanzen auf. Vor allem junge Menschen kommen aus den Bundesländern aus Gründen der Ausbildung oder Berufsausübung nach Wien, nur etwa die Hälfte kehrt später wieder zurück. Die Gesamtbilanz der innerösterreichischen Wanderungen ist zwar uneinheitlich, es überwogen in den vergangenen zehn Jahren jedoch die negativen Wanderungssalden.

Gegenüber dem **Ausland** weist Wien in den vergangenen zwanzig Jahren immer Wanderungsüberschüsse auf, obwohl traditionell mehr ÖsterreicherInnen in das Ausland wegziehen als von dort zurückkehren. Seit 2001 liegen diese Wanderungsüberschüsse wieder über 10.000 Personen jährlich. Die Herkunft der Zuwanderer ist dabei nicht auf bestimmte Länder beschränkt, sondern verteilt sich auf die traditionellen Gastarbeiterstaaten des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei, osteuropäische Länder (unter ihnen die 2004 zur EU beigetretenen Staaten), die alten EU-Länder und außereuropäische Herkunftsländer. In den Jahren 2002 bis 2004 hat die Zahl der aus den alten EU-Ländern

kommenden StaatsbürgerInnen in Wien um fast 8.000 Personen zugenommen (+30 Prozent), mehr als die Hälfte dieser Zunahme (+4.700) entfiel auf Deutschland.

Insgesamt beliefen sich die Wiener **Wanderungsüberschüsse 2002–2004** auf ca. 63.000 Personen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung betragen sie pro Jahr zwischen knapp einem und 1,7 Prozent. Durch die unterschiedliche Alterszusammensetzung von Zu- und Wegzügen verändern die Wanderungen auch die **Altersstruktur** der Wiener Bevölkerung. Bei den InländerInnen weist lediglich die Altersgruppe der 15- bis unter 30jährigen Wanderungsüberschüsse auf, während sich die Abwanderung vor allem von Familien ins Umland in Wanderungsdefiziten sowohl bei Kindern als auch der Elterngeneration (30- bis unter 45jährige) deutlich niederschlägt. Auch im frühen Pensionsalter (55- bis unter 65jährige) übertreffen die Wegzüge die Zuzüge beträchtlich. Bei den MigrantInnen sind die Wanderungssalden in fast allen Altersgruppen positiv, lediglich bei den über 70jährigen annähernd ausgeglichen. Die größten Überschüsse bestehen aber auch hier im Bereich der 15- bis unter 30jährigen. Insgesamt weisen über die vergangenen drei Jahre summiert infolge der hohen Auslandswanderungsüberschüsse alle Altersgruppen bis zum 50. Lebensjahr positive Wanderungssalden auf, während Wien bei den über 50jährigen durch die Wanderungen EinwohnerInnen verliert. Die Zunahme betrug bei den 15- bis unter 30jährigen zwischen 6 und 7 Prozent jährlich gemessen an der gleichaltrigen Bevölkerung. Die Wanderungsüberschüsse in dieser Altersgruppe bewirken, dass Alterung in der Bevölkerungszusammensetzung in Wien wesentlich langsamer vor sich geht als im übrigen Österreich. Ohne diese Zuwanderung wären auch die Geburtenzahlen in Wien wesentlich niedriger.

Grafik 2.9: Wanderungsbilanz Wien 1971–2004*



* Revidierte Werte seit 1982.

Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

2.3 Bevölkerungsprognose

Zusammenfassung

Gemäß Bevölkerungsregister der Statistik Austria hatte Wien 2004 im Jahresdurchschnitt 1,61 EinwohnerInnen. Es wird angenommen, dass die Wiener Bevölkerung vermutlich noch vor 2030 auf über 1,8 Millionen anwachsen wird.

Die der folgenden Prognose zugrundeliegenden Schätzungen sind die zuletzt verfügbaren und basieren auf den Werten des Jahres 2001.

Während die Gesamtzahl der Wiener Bevölkerung wächst und erst in 30 Jahren abzunehmen beginnt, wird sich die **Altersstruktur** bereits in der nahen Zukunft sehr stark verändern. Die Anteile der **unter 15-Jährigen** an der Gesamtbevölkerung sinken kontinuierlich von 14,7 Prozent (2001) auf 14,1 Prozent (2010), 13,6 Prozent (2020) und 12,7 Prozent (2040), während die **über 60-jährige Bevölkerung** stark an Gewicht gewinnt. Gegenwärtig ist mehr als ein Fünftel (2001: 21,8 Prozent; 2004: 22,2 Prozent) der Wiener Bevölkerung im Pensionsalter (2010: 23,5 Prozent), im Jahr 2018 wird dies schon bei jedem/r vierten Wiener bzw. Wienerin (24,6 Prozent) der Fall sein. Nach 2030 befinden sich bereits rund 30 Prozent der Wiener Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Die **erwerbsfähige Bevölkerung** im Alter von 15 bis unter 60 Jahren wird bis 2018 vor allem durch Zuwanderung noch leicht anwachsen, langfristig aber abnehmen. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe wird 2020 voraussichtlich 61,2 Prozent betragen, 2040 nur noch 56,4 Prozent (2001: 63,5 Prozent; 2004: 63,1 Prozent).

Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag im **demographischen Abhängigkeitsquotienten** (= Belastungsquote): Sie beträgt zur Zeit (2001) 57,5 und wird im Jahr 2020 voraussichtlich auf 63,5 bzw. im Jahr 2040 auf 77,2 ansteigen.

Summary: Population Projection

According to the population registry of Statistics Austria, Vienna had an average population of 1.61 million in 2004. It is estimated that the Viennese population will grow above 1.8 million before 2030.

The following projection is based on the newest estimates available, which were made using data from 2001.

*While the total population is expected to continue growing and only start decreasing in 30 years, the **age structure** is expected to change radically in the near future. The share of **under 15 year-olds** will decrease from 14.7 percent (2001) to 14.1 percent (2010), 13.6 percent (2020), and 12.7 percent (2040), while the share of those **above age 60** will see a strong increase. Currently more than one in five (2001: 21.2 percent; 2004: 22.2 percent) Viennese citizens have reached retirement age (estimate 2010: 23.5 percent), by 2018 this will hold true for one in four (24.6 percent). After 2030, approximately 30 percent of the Viennese population are expected to be in this age group. The **economically active population** (age group 15 to 60) will increase slightly until 2018 mainly due to immigration, but in the long term it will decrease. The share of this age group in the total population is expected to be 61.2 percent in 2020, and only 56.4 percent in 2040 (2001: 63.5 percent; 2004: 63.1 percent).*

*This development will be reflected in the **dependency ratio**: it is currently (2001) 57.5 (per 100) and is expected to increase to 63.5 by 2020 and 77.2 by 2040.*

Einleitung

Die Bevölkerungsentwicklung einer räumlichen Einheit ist das Ergebnis des Zusammenwirkens von aktu-

eller Bevölkerungsstruktur, natürlicher Bevölkerungsbewegung (Geburten, Sterbefälle) und räumlicher Bevölkerungsbewegung (Zuwanderung, Abwanderung). Alle zusammen bestimmen Umfang, Richtung und Ge-

schwindigkeit der demographischen Prozesse und damit auch die zukünftige Bevölkerungsstruktur. Mittels der vorliegenden Bevölkerungsvorausschätzung für Wien werden die Bevölkerungsgröße und -struktur bis zum Jahr 2050 aufgezeigt. Ihr liegen Berechnungen der Statistik Austria zu Grunde, die auf den empirischen Analysen der demographischen Trends der letzten Jahre basieren. Im vorliegenden Beitrag wird ausschließlich die wahrscheinlichste Variante, die Hauptvariante (= mittlere Variante), dargestellt.

Die aktuelle Bevölkerungsprognose für Wien geht in der Hauptvariante von einem nahezu konstanten Fertilitätsniveau (von 1,45 Kinder pro Frau im Jahr 2002 bis 1,39 im Jahr 2050) und einem ansteigenden durchschnittlichen Fertilitätsalter (von 28,3 Jahre im Jahr 2002 auf 30,9 Jahre im Jahr 2050) aus. Auch wird ein Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt erwartet: bei Männern von derzeit (2002) 74,9 Jahren auf 82,5 Jahre im Jahr 2050, bei Frauen von derzeit 80,8 auf 87,4 Jahre. Damit würden sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung von 5,9 (2002) auf 4,9 Jahre im Jahr 2050 verringern. Hinsichtlich der internationalen Zuwanderung wird angenommen, dass diese kurzfristig von rund 19.000 (2001) auf 30.000 (2006) zunehmen und auf diesem hohen Niveau bis 2011 stagnieren wird (Ursache: EU-Osterweiterung), um in der Folge auf rund 27.000 (2016) und danach auf rund 25.000 (2041) kontinuierlich zu sinken. Die prognostizierten Wegzüge, ebenso wie die Binnenwanderung, orientieren sich an den empirisch beobachteten Werten der Jahre 1996 bis 2001.

Die hier verwendeten Daten sind zum Zeitpunkt der Berichterstellung die zuletzt verfügbaren.³⁶ Aufgrund der unvorhergesehenen Änderungen in der Bevölkerungsbewegung (Einwohnerzahlen, Geburten und Sterbefälle, Wanderungen) im Zeitraum 2002 bis 2004 ist jedoch dieser Teil der Prognose inzwischen schon etwas **von der Realität überholt**: Durch die wenig zutreffenden Wanderungsannahmen lag die Einwohnerzahl am 31.12.2004 (1.626.440) bereits um knapp 60.000 über dem entsprechenden Prognosewert von 2002. Die Geburten lagen 2004 trotz guter Prognose der GFR um ca. 800 höher, die Sterbefälle durch den drastischen Anstieg der Lebenserwartung um 600 niedriger. Somit liegt die Geburtenbilanz 2004 bei +873 anstatt

der prognostizierten -553 (ein Geburtenüberschuss wurde für kein Jahr prognostiziert). Die Entwicklung der Bevölkerungszusammensetzung (Altersverteilung, Belastungsquoten) trifft jedoch tendenziell weiterhin zu. Im Folgenden wird daher nur auf die Bevölkerungsstruktur und die Entwicklung der Belastungsquoten näher eingegangen. Eine neue Prognose wird voraussichtlich im Herbst 2005 vorliegen. Mit ziemlicher Sicherheit wird die Wiener Bevölkerung in dieser Prognose über 1,8 Millionen anwachsen, vermutlich noch vor 2030.³⁷

2.3.1 Prognose der Bevölkerungsstruktur

Es wird angenommen, dass sich das **Geschlechterverhältnis** in der Zukunft nahezu angleichen wird. 2004 betrug der Anteil von Männern knapp 48 Prozent, derjenige von Frauen etwas über 52 Prozent. Für die Annäherung des Geschlechterverhältnisses in der Zukunft können folgende Ursachen angeführt werden: Die Lebenserwartung der Männer nimmt weiterhin zu; Kriegsverluste spielen mittelfristig keine Rolle mehr; Zuwanderer sind häufiger männlichen Geschlechts.

Während die Gesamtzahl der Wiener Bevölkerung wächst und erst in 30 Jahren abzunehmen beginnt, verändert sich die **Altersstruktur** bereits in der nahen Zukunft sehr stark. Der Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung sinkt ab 2004 (zahlenmäßig erst ab 2005), während die über 60-jährige Bevölkerung zahlen- und anteilmäßig schon ab 2002 stark an Gewicht gewinnt. Die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 60 Jahren wird bis 2018 vor allem durch Zuwanderung noch leicht anwachsen, langfristig aber abnehmen.

Im Jahr 2001 lebten in Wien rund 228.000 **unter 15-Jährige**, das sind 14,7 Prozent der Gesamtbevölkerung (2004: 238.466 unter 15-Jährige; Anteil an der Gesamtbevölkerung 14,7 Prozent). Ihre Zahl wird jedoch – nach einem kurzfristig leichten Anstieg auf 229.100 bis 2005 – weiter zurückgehen: bis 2010 auf 226.900 und bis 2020 auf 225.300. Infolge der Auswirkungen der stärkeren Geburtenrückgänge wird es in Wien im Jahr 2030 rund 220.000 (-3,5 Prozent) unter 15-Jährige geben, 2040 nur noch 211.000 (-7,6 Prozent). 2050 wird mit 205.000 Personen in dieser Altersgruppe (-9,9 Pro-

³⁶ Statistik Austria (2003): Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.

³⁷ Mag. Hellmut RITTER, Statistisches Amt der Stadt Wien (Juni 2005).

zent) ein Tiefpunkt erreicht. Werden die Anteile der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung betrachtet, sinken diese kontinuierlich von 14,7 Prozent (2001) auf 13,6 Prozent (2020) und dann auf 12,7 Prozent (2040). Sie werden – entgegen der Entwicklung bei den absoluten Zahlen – von 2002 bis 2050 immer unter dem Wert des Jahres 2001 liegen.

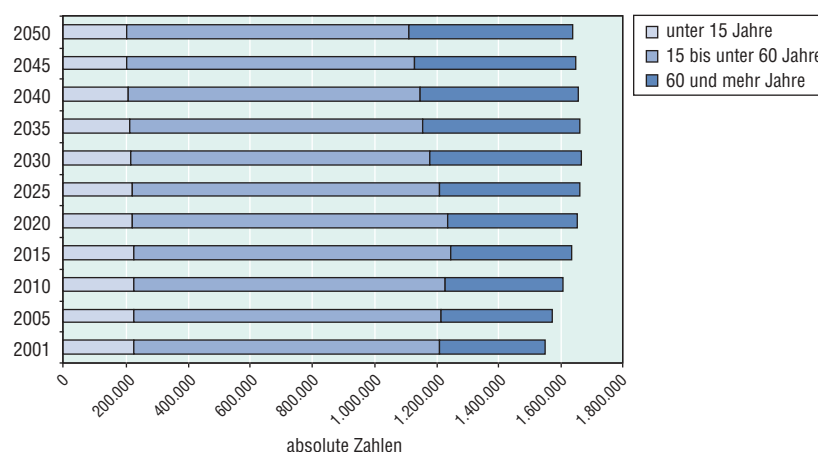
Im erwerbsfähigen Alter **zwischen 15 und 60 Jahren** standen im Jahr 2001 rund 984.600 Personen (2004: 1.027.009 Personen), das sind 63,5 Prozent (2004: 63,1 Prozent) der Wiener Bevölkerung. Das Erwerbspotential wird sich kurz- und mittelfristig durch Zuwanderungsüberschüsse erhöhen, wobei das Maximum 2018 mit 1.016.100 (+3,2 Prozent) erreicht wird. Danach werden mehr Personen das Pensionsalter erreichen als Jugendliche bzw. Zuwanderer im Erwerbsalter hinzukommen, und die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter nimmt ab. Im Jahr 2026 wird erstmals der Wert von 2001 unterschritten. 2040 werden nur mehr 935.100 (-5,1 Prozent) Erwerbsfähige in Wien leben, 2050 rund 908.000 (-7,8 Prozent). Ebenso wie bei den unter 15-Jährigen schlagen sich auch bei den 15- bis 60-Jährigen die vorübergehenden Zunahmen bei den absoluten Zahlen nicht in den Bevölkerungsanteilen nieder. Sie werden sowohl in der näheren als auch in der fernerer Zukunft unter dem Wert des Jahres 2001 liegen. Der Anteil der Erwerbsfähigen wird 2020 voraus-

sichtlich 61,2 Prozent betragen, 2040 nur noch 56,4 Prozent.

Kräftige Zuwächse sind hingegen schon jetzt bei der **über 60-jährigen Bevölkerung** zu erwarten, da immer stärker besetzte Geburtsjahrgänge das Pensionsalter erreichen werden. Vorerst sind dies die starken Geburtsjahrgänge um 1940, später dann die Baby-Boom-Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre. Zudem wird sich die steigende Lebenserwartung auf die Größe dieser Altersgruppe auswirken. Auch rücken von Kriegsverlusten unversehrt gebliebene Männergenerationen ins höhere Alter nach. Somit wird die Zahl der über 60-Jährigen im Jahr 2010 mit 377.700 Personen um 12 Prozent größer sein als 2001 (338.300 Personen; 2004: 360.965 Personen), bis 2020 ist eine Zunahme um 23 Prozent zu erwarten (auf 417.200 Personen). Ein noch stärkerer Anstieg wird bis 2030 (+44 Prozent) und 2040 (+51 Prozent) prognostiziert.

Gegenwärtig ist mehr als ein Fünftel (2001: 21,8 Prozent; 2004: 22,2 Prozent) der Wiener Bevölkerung im Pensionsalter; infolge der aufgezeigten Veränderungen wird dies im Jahr 2018 schon bei jedem vierten Wiener bzw. Wienerin (24,6 Prozent) der Fall sein. Nach 2030 befinden sich bereits 30 Prozent der Wiener Bevölkerung in dieser Altersgruppe.

Grafik 2.10: Prognose der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2050 (mittlere Variante)



Quelle: Statistik Austria (2003): Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.

Tabelle 2.8: Prognose der Wiener Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und insgesamt bis 2050, mittlere Variante

Jahr	Wiener Bevölkerung – absolut						Anteile an der Gesamtbevölkerung		
	insgesamt	nach Geschlecht		nach Alter			nach Alter		
		Männer	Frauen	unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
2001	1.550.679	731.634	819.045	227.753	984.609	338.317	14,7	63,5	21,8
2005	1.571.347	748.463	822.884	229.149	983.789	358.409	14,6	62,6	22,8
2010	1.606.514	772.441	834.073	226.898	1.001.945	377.671	14,1	62,4	23,5
2015	1.635.838	791.324	844.514	227.445	1.016.946	391.447	13,9	62,2	23,9
2020	1.654.090	802.657	851.433	225.345	1.011.565	417.180	13,6	61,2	25,2
2025	1.663.473	808.020	855.453	223.211	986.062	454.200	13,4	59,3	27,3
2030	1.665.618	809.230	856.388	219.874	958.396	487.348	13,2	57,5	29,3
2035	1.662.311	807.836	854.475	215.167	943.457	503.687	12,9	56,8	30,3
2040	1.656.858	805.528	851.330	210.593	935.088	511.177	12,7	56,4	30,9
2045	1.650.039	802.419	847.620	207.247	921.761	521.031	12,6	55,9	31,6
2050	1.641.107	798.336	842.771	205.218	908.049	527.840	12,5	55,3	32,2

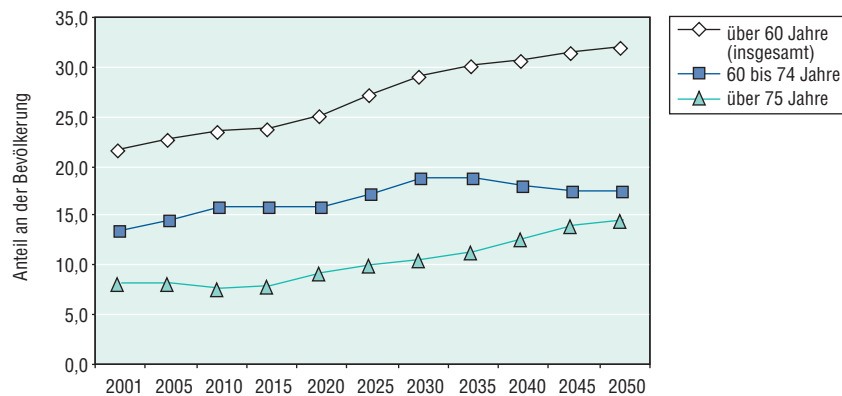
Quelle: Statistik Austria (2003): Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.

Der starke Anstieg des Anteils der SeniorInnen an der Gesamtbevölkerung wird sowohl durch Zunahmen bei den 60- bis 75-Jährigen als auch bei den über 75-Jährigen verursacht, wobei aber die jungen SeniorInnen kurz- und mittelfristig einen bedeutend stärkeren Einfluss ausüben als die älteren: So werden die Anteile der **60- bis 75-Jährigen** von 13,5 Prozent (2001) auf 15,8 Prozent im Jahr 2010 sowie auf 16 Prozent bis 2020 (+19 Prozent) und 18,7 Prozent bis 2030 (+39 Prozent) anwachsen. Eine völlig andere Entwicklung zeichnet sich bei **den über 75-Jährigen** ab: Ihr Anteil reduziert sich von 8,3 Prozent (2001) auf 7,3 Prozent (2013), um in der Folge kontinuierlich zuzunehmen. 2020 liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei 9,2 Prozent (+11 Prozent gegenüber 2001) und bei 10,5 Prozent im Jahr 2030 (+27 Prozent). Nach 2030 ist ein extremer Anstieg des Anteils der über 75-Jährigen auf 12,8 Prozent (2040: +54 Prozent gegenüber 2001) zu erwarten, 2050 sogar

auf 14,6 Prozent. Absolut betrachtet, werden die über 75-Jährigen von 128.500 Personen im Jahr 2001 kurzfristig auf 123.200 Personen bis zum Jahr 2010 abnehmen und in der Folge stark zunehmen: auf 153.000 Personen bis 2020, auf 175.300 bis 2030 sowie auf 212.000 bis 2040.

Der Vergleich Wiens mit den anderen österreichischen **Bundesländern** lässt erkennen, dass – langfristig gesehen – der Alterungsprozess in Wien günstiger verläuft: 2050 wird Wien von allen Bundesländern den niedrigsten Anteil an über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung aufweisen. Kurz- und mittelfristig (bis 2030) weisen aber die Bundesländer Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich niedrigere Altenanteile auf, die Steiermark, Kärnten, Niederösterreich und das Burgenland hingegen ungünstigere.

Grafik 2.11: Entwicklung des SeniorInnenanteils an der Wiener Gesamtbevölkerung bis 2050 (mittlere Variante)



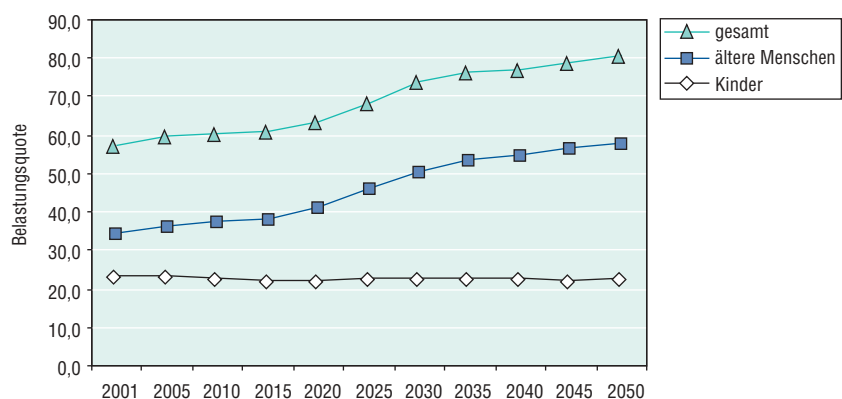
Quelle: Statistik Austria (2003): Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.

2.3.2 Prognose der Belastungsquoten

Demographische Abhängigkeitsquotienten sind ein Maß dafür, in welchem Verhältnis die Bevölkerung im Erwerbsalter (15 bis 59 Jahre) zu den Kindern (unter 15 Jahre) bzw. älteren Menschen (60 Jahre und mehr) steht. Die Kinderabhängigkeitsquote stellt somit das Verhältnis der Kinder pro 100 Menschen im Erwerbsalter dar, die Altenabhängigkeitsquote jenes der SeniorInnen pro 100 Erwerbsfähigen. Die Summe beider Quotienten bildet den demographischen Abhängigkeitsquotienten (= Belastungsquote). Dieser ist ein wichtiger Indikator für den wirtschaftlichen und sozialen Aufwand, den die Menschen im Erwerbsalter zu leisten haben.

Während die Kinderbelastungsquote mittel- und langfristig nahezu gleich bleibt (geringfügiger Rückgang von 23,1 im Jahr 2001 auf 22,6 im Jahr 2050), steigt die Altenabhängigkeitsquote stark an: von derzeit 34,4 auf 41,2 (2020) und 54,7 (2040). Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag in der gesamten Belastungsquote: Sie beträgt zur Zeit (2001) 57,5 und steigt auf 63,5 (2020) sowie 77,2 (2040). Dennoch ist die Lage in Wien gegenüber dem gesamten Bundesgebiet als günstig einzuschätzen. Für Österreich wird sich der demographische Belastungsquotient folgendermaßen entwickeln: 61,2 (2001); 67,9 (2020); 87,9 (2040).

Grafik 2.12: Entwicklung der Belastungsquote bis 2050 (mittlere Variante)



Quelle: Statistik Austria (2003): Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.

**III.
LEBENSERWARTUNG
& MORTALITÄT**

***LIFE EXPECTANCY
& MORTALITY***

INHALT

3	LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT	77
3.1	LEBENSERWARTUNG	77
3.1.1	Lebenserwartung bei der Geburt	77
3.1.2	Fernere Lebenserwartung	78
3.1.3	Wien im Bundesländervergleich	80
3.2	STERBLICHKEIT UND TODESURSACHEN	83
3.2.1	Sterberate	84
3.2.2	Sterblichkeitsentwicklung	86
3.2.3	Todesursachen	86
3.2.4	Säuglingssterblichkeit	96

3 LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

3.1 Lebenserwartung

Zusammenfassung

Die Lebenserwartung bei der Geburt lag 2004 in Wien für einen weiblichen Säugling bei 81,3 Jahren (Österreich: 82,1 Jahre), für einen männlichen Säugling bei 75,7 Jahren (Österreich: 76,4 Jahre).

Damit setzt sich der ansteigende Trend der letzten Jahrzehnte mit einem besonders deutlichen Anstieg zwischen 2003 und 2004 fort. Seit 1994 stieg die Lebenserwartung für das weibliche Geschlecht um 2,5 Jahre, für das männliche Geschlecht um 3,5 Jahre. Im Vergleich zum Vorjahr stieg für Mädchen die Lebenserwartung um 0,8 Jahre, für Buben um 0,7 Jahre.

Mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres können jedoch Frauen damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 24,2 Jahre zu leben (Österreich: 24,6 Jahre), Männer noch weitere 20,3 Jahre (Österreich: 20,7 Jahre). Dies entspricht seit 1994 einer Zunahme von 1,8 Jahren bei den Frauen bzw. von 2,4 Jahren bei den Männern.

80-jährige Frauen leben im statistischen Durchschnitt noch weitere 9,2 Jahre, gleichaltrige Männer noch 7,5 Jahre.

Summary: Life Expectancy

In 2004, life expectancy at birth in Vienna was 81.3 years for girls (Austrian average: 82.1 years) and 75.7 years for boys (Austrian average: 76.4 years).

While life expectancy has grown steadily over the last decades, the development between 2003 and 2004 constitutes a marked increase. Since 1994, life expectancy has increased by 2.5 years for females and 3.5 years for males. From 2003 to 2004, life expectancy increased by 0.8 years for girls and 0.7 years for boys.

The further life expectancy at age 60 is 24.2 years for women (Austrian average: 24.6 years) and 20.3 years for men (Austrian average: 20.7 years). This is an increase of 1.8 years for women and 2.4 years for men since 1994.

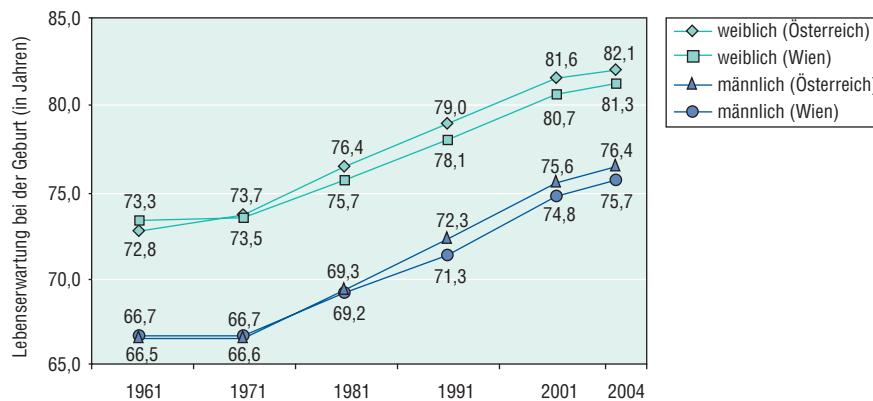
The further life expectancy at age 80 is 9.2 years for women and 7.5 years for men.

3.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt

2004 betrug in Wien die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt 81,3 Jahre, diejenige von Männern 75,7 Jahre. Österreichweit liegt die Lebenserwartung 2004 für einen weiblichen Säugling bei 82,1 Jahren, für einen

männlichen Säugling bei 76,4 Jahren. Interessant ist die bei Frauen ab den 1980er Jahren, bei Männern ab den 1970er Jahren, beobachtbare leichte Diskrepanz in der Lebenserwartung zwischen Wien und Gesamtösterreich (siehe Grafik 3.1).

Grafik 3.1: Lebenserwartung bei der Geburt in Wien und Österreich nach Geschlecht, 1961–2004*



* 1991 und 2001: revidierte Werte.

Quelle: Statistik Austria.

Seit 1961 hat die Lebenserwartung (bei Geburt) in Wien bei Frauen um 8 Jahre, bei Männern um 9 Jahre zugenommen; innerhalb der letzten zehn Jahre (1994–2004) ist sie bei Frauen um 2,5 Jahre, bei Männern um 3,5 Jahre gestiegen. Der Anstieg von 0,8 Jahren (Frauen) bzw. 0,7 Jahren (Männer) im Vergleich zum Vorjahr zeigt nicht nur, dass die Lebenserwartung nach wie vor im Steigen begriffen ist, sondern weist auch im Vergleich zu den Vorjahren einen markanten Anstieg auf.

Als Hauptursache der verlängerten Lebensspanne wird der Rückgang der Mortalität im Erwachsenenalter angesehen. Die Mortalität im Säuglings- und Kleinkindalter hat – wie in allen westlichen Industriestaaten – seit den 90er Jahren bereits ein so niedriges Niveau erreicht, dass diese die Lebenserwartung kaum mehr beeinflusst.³⁸ Insgesamt ist jedoch für den Anstieg der Lebenserwartung vor allem die Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen verantwortlich; der medizinische Fortschritt spielt eine vergleichsweise geringe Rolle.

Die geringere Lebenserwartung von Männern ist nicht nur genetisch bedingt, sondern auch auf deren risikoreichere Lebensweise zurückzuführen. Diese äußert sich sowohl in einer vermehrten Unfallhäufigkeit (einschließlich Suizid) als auch in ungesünderen Verhaltensweisen, wie häufigeres Rauchen und vermehrter Alkoholkonsum.³⁹ Eine gegenüber Frauen besonders hohe Sterblichkeit weisen die 20- bis 30-jährigen Männer auf („kritische Phase“).

3.1.2 Fernere Lebenserwartung

Mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres können Frauen in Wien damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 24,2 Jahre zu leben (Österreich: 24,6 Jahre), Männer im Durchschnitt noch 20,3 Jahre (Österreich: 20,7 Jahre). Dies entspricht einer Zunahme der ferneren Lebenserwartung seit 1994 von 1,8 Jahren bei den Frauen bzw. von 2,4 Jahren bei den Männern; innerhalb der letzten vier Jahrzehnte ist somit die fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren sowohl für Frauen als auch für Männer um mehr als fünf Jahre gestiegen.

³⁸ Siehe dazu auch den ausführlicheren Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität in Wien, Hrsg. Stadt Wien (2003), S. 61–99.

³⁹ Vgl. Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Tabelle 3.1: Entwicklung der Lebenserwartung in Wien, 1961–2004*

Jahr	Lebenserwartung bei der Geburt		fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren	
	Mädchen	Knaben	Frauen	Männer
1961	73,3	66,7	19,0	15,0
1971	73,5	66,7	18,9	14,8
1981	75,7	69,2	20,2	16,0
1991	78,1	71,3	21,9	17,5
1992	78,1	70,9	21,9	17,5
1993	78,4	71,5	22,3	17,8
1994	78,8	72,2	22,4	17,9
1995	78,8	72,2	22,5	18,1
1996	79,2	72,8	22,5	18,4
1997	79,7	73,8	22,9	18,7
1998	80,3	73,5	23,3	18,7
1999	80,1	74,1	23,2	19,0
2000	80,4	74,4	23,5	19,4
2001	80,7	74,8	23,8	19,9
2002	80,5	75,3	23,7	20,0
2003	80,5	75,0	23,7	19,9
2004	81,3	75,7	24,2	20,3

* 1991–2001 revidierte Werte.

Quelle: Statistik Austria: Demographische Indikatoren für Wien; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Somit kann – unter den heutigen Sterblichkeitsverhältnissen in Wien – für einen 2004 geborenen **weiblichen** Säugling von einer Lebenserwartung von 81,3 Jahren ausgegangen werden. Eine Frau im Alter von 60 Jahren kann heute im Durchschnitt noch weitere 24,2 Jahre leben. Erreicht sie ein Alter von 80 Jahren, besteht die Chance, noch weitere 9,2 Jahre zu leben, und ist sie bereits 90, kann sie im statistischen Durchschnitt mit weiteren 4,5 Jahren rechnen.

Von 100.000 lebend geborenen weiblichen Säuglingen würden daher rund 93.000 das 60. Lebensjahr, rund 65.600 das 80. Lebensjahr und mehr als 27.000 das 90. Lebensjahr erreichen (siehe Tabelle 3.2).

Für einen 2004 geborenen **männlichen** Säugling kann von einer Lebenserwartung von 75,7 Jahren ausgegangen werden. Ein Mann im Alter von 60 Jahren kann heute im Durchschnitt noch weitere 20,3 Jahre, mit 80 Jahren noch weitere 7,5 Jahre leben. Mit 90 Jahren be-

trägt die durchschnittliche weitere Lebenserwartung derzeit 3,6 Jahre.

Unter den Sterblichkeitsverhältnissen von 2004 würden von 100.000 lebend geborenen männlichen Säuglingen etwa 86.500 das 60. Lebensjahr, fast 47.000 das 80. Lebensjahr und knapp 13.700 das 90. Lebensjahr erreichen. Wenngleich ein deutliches Aufholen der Männer zu beobachten ist, bleibt der geschlechtsspezifische Unterschied ab dem 60. Lebensjahr weiterhin bestehen (siehe Tabelle 3.2).

Die angeführte Lebenserwartung der im Jahr 2004 Geborenen wurde aufgrund der derzeitigen Sterblichkeitsverhältnisse berechnet. Da aber mit einem weiteren Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten zu rechnen ist, werden die im Jahr 2004 Geborenen voraussichtlich eine noch höhere Lebenserwartung haben als die derzeitigen Prognosen aussagen können.⁴⁰

⁴⁰ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 61–99.

Tabelle 3.2: Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 2004

Alter In Jahren	fernere Lebenserwartung		Absterbeordnung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	81,3	75,7	100.000	100.000
1	80,8	75,1	99.421	99.439
5	76,8	71,1	99.331	99.378
10	71,9	66,1	99.291	99.366
15	66,9	61,2	99.215	99.258
20	62,1	56,4	98.982	98.967
25	57,1	51,6	98.879	98.576
30	52,2	46,9	98.689	98.037
35	47,3	42,1	98.488	97.598
40	42,5	37,4	98.085	96.834
45	37,7	32,7	97.608	95.820
50	33,0	28,3	96.701	93.992
55	28,5	24,2	95.232	90.968
60	24,2	20,3	92.643	86.459
65	20,1	16,7	88.927	80.289
70	16,2	13,2	83.941	72.172
75	12,5	10,2	76.592	60.857
80	9,2	7,5	65.131	46.640
85	6,4	5,3	48.921	30.036
90	4,5	3,6	27.223	13.686
95	3,3	2,7	9.841	3.590

Quelle: Statistik Austria: Demographische Indikatoren für Wien; Berechnung Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.1.3 Wien im Bundesländervergleich

Im Bundesländervergleich bildet Wien bei der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der **Geburt** bei beiden Geschlechtern das Schlusslicht, bei den Männern Kopf an Kopf mit Niederösterreich. Die „traditionellen“ Spitzenreiter Vorarlberg und Tirol teilen sich nunmehr ihre Vorrangstellung mit Kärnten (Frauen) und Salzburg (Männer). Bemerkenswert ist der Aufholprozess des in der Vergangenheit meist das Schlusslicht bildenden Burgenlandes.

Generell ist in Österreich in vielen Bereichen ein **West-Ost-Gefälle** zu beobachten, wie z. B. im Gesundheitsbewusstsein (körperliche Aktivitäten, Ernährung, Rauchen, etc.), in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, aber auch ein Wohlstandsgefälle. Speziell für Wien (wie für viele Großstädte) kommt noch die besondere Sozialstruktur hinzu (doppelt so hoher An-

teil an Sozialhilfe- oder PflegegeldbezieherInnen als in Gesamtösterreich⁴¹, insgesamt mehr sozial Schwache als in anderen Bundesländern, hoher MigrantInnenanteil⁴²), der geringere Anteil an Vorsorgeuntersuchungen sowie bestimmte Lebensstilfaktoren (höchster RaucherInnenanteil⁴³, hoher Alkoholkonsum, geringere körperliche Betätigung⁴⁴). Nicht nur wird in Wien die Gesundheit subjektiv schlechter eingeschätzt als in anderen Bundesländern⁴⁵ (die subjektiv eingeschätzte Gesundheit korreliert eng mit der Lebenserwartung), es gibt in Wien auch mehr chronische Krankheiten, vor allem Bluthochdruck, Blutzucker, Asthma (alles wiederum Lebensstilfaktoren). Nicht zuletzt ist auch eine bestimmte Art von Stress in Wien besonders ausgeprägt, z. B. Konflikte am Arbeitsplatz oder das allgemein höhere „Tempo“.

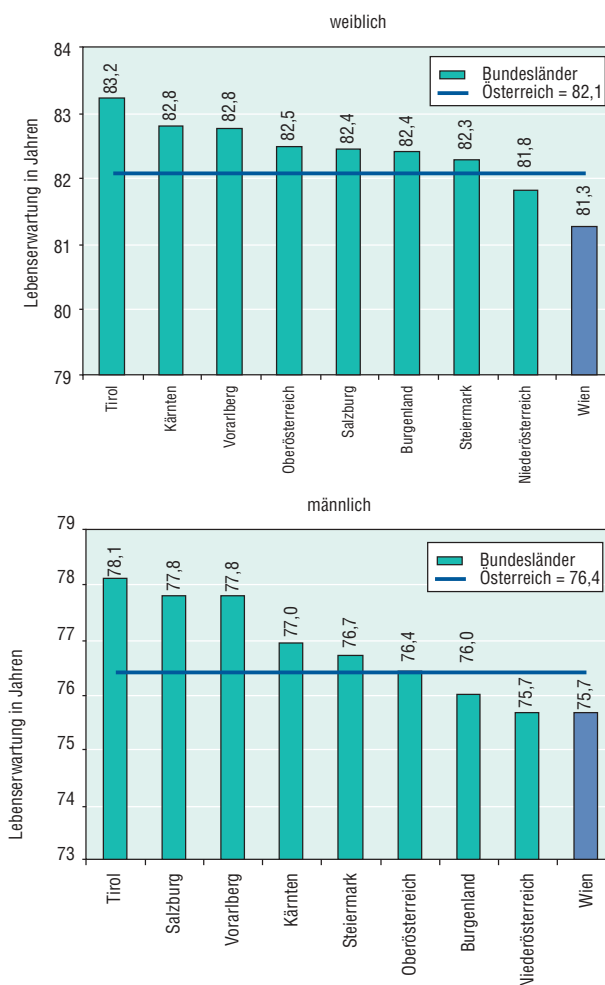
Dass die Lebenserwartung in großstädtischen Ballungsgebieten niedriger ist als in ländlicheren Gebieten

⁴¹ Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch Österreichs.
⁴² Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.
⁴³ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten; Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.
⁴⁴ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999; Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien.
⁴⁵ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

zeigt sich auch in anderen Ländern, wie etwa Deutschland, Italien oder Schweden. Dänemark (bzw. Kopenhagen) ist hier eine Ausnahme.⁴⁶ Wenngleich jedoch

Wien innerhalb Österreichs nicht so gut wegkommt, steigt es im internationalen Städtevergleich recht gut aus.⁴⁷

Grafik 3.2: Lebenserwartung bei der Geburt in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



Quelle: Statistik Austria.

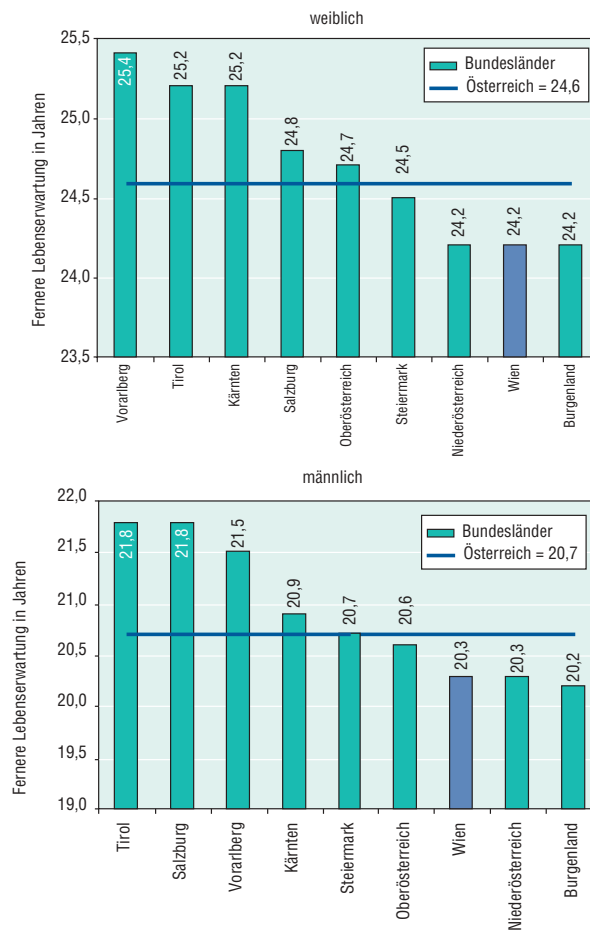
Auch bei der **ferneren Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren** liegt Wien am Ende der unteren Skala, bei den Frauen knapp vor dem Burgenland, bei den Männern knapp vor Niederösterreich und dem Burgenland. Wiederum stechen die westlichen Bundeslän-

der Vorarlberg und Tirol, sowie Kärnten und Salzburg mit der überdurchschnittlich hohen fernerer Lebenserwartung hervor, während die Ostregion Wien, Niederösterreich und das Burgenland deutlich unter dem österreichischen Durchschnittswert liegen.

⁴⁶ Stadt Wien (2003), Broschüre zur Lebenserwartung und Mortalität im internationalen Vergleich, S. 9 und 11.

⁴⁷ Stadt Wien (2003), Broschüre zur Lebenserwartung und Mortalität im internationalen Vergleich, S. 9.

Grafik 3.3: Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



Quelle: Statistik Austria.

3.2 Sterblichkeit und Todesursachen

Zusammenfassung

Trotz eines im Vorjahr beobachteten geringfügigen Anstiegs der **Sterblichkeit** in Wien setzt sich 2004 wieder der klare Trend einer deutlichen Abnahme der Sterblichkeit der letzten Jahre und Jahrzehnte fort. Die altersstandardisierte Mortalität beträgt im Jahr 2004 insgesamt 481,8⁴⁸. Trotz des kontinuierlichen Rückganges ist die Mortalität der Männer noch immer weitaus höher als jene der Frauen. 2004 betrug die altersstandardisierte Sterbeziffer für Männer 636,1; für Frauen hingegen nur 381,0.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen mit Abstand nach wie vor die **Haupttodesursache** der Wiener Bevölkerung (vor allem in den älteren Altersgruppen) dar, wenngleich hier in den letzten Jahren eine deutliche Abnahme zu verzeichnen ist. 2004 wurde bei fast der Hälfte (46 Prozent) der rund 16.000 verstorbenen Wienerinnen und Wiener als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben. Am zweithäufigsten werden von der Mortalitätsstatistik Neubildungen (davon etwa 98 Prozent bösartig) ausgewiesen – mehr als jeder vierte Todesfall (27 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

Zu den häufigsten Todesursachen zählen in weiterer Folge Krankheiten des Verdauungssystems und des Atmungssystems, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen (einschließlich Unfälle). Der ungünstige Lebensstil der Bevölkerung (Rauchen, hoher Alkoholkonsum, ungesunde und unausgewogene Ernährung) macht sich bei fast allen diesen Krankheitsgruppen bemerkbar.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich vor allem auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen. Absolut gesehen versterben Männer bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als Frauen.

Summary: Mortality and Causes of Death

Despite a slight increase in **mortality** in 2003, 2004 saw a continuation of the clear downward trend of the last years and decades in mortality rates in Vienna. The age-standardised mortality rate in 2004 was 481.8⁴⁸ overall. Despite the general decrease in mortality, men still have a much higher mortality than women. In 2004 the age-standardised mortality was 636.1 for men, while for women it was only 381.0.

Cardiovascular diseases are still the **main cause of death** by far (especially in the older age groups), although they have decreased markedly over the last years. In 2004, nearly half of all deaths (46 percent) in Vienna were due to cardiovascular diseases. The mortality figures show neoplasms (approximately 98 percent of them malignant) as the second most frequent cause of death – more than one in four deaths (27 percent) are due to cancer.

Other frequent causes of death are diseases of the digestive system and the respiratory system, nutritional and metabolic diseases, and injuries and poisoning (including accidents). The consequences of the generally unhealthy lifestyle of the population (smoking, high alcohol consumption, unhealthy and unbalanced nutrition) are apparent in nearly all these types of diseases.

Gender-specific differences in mortality are especially visible within the different age groups. In absolute numbers, men die more frequently at a young age than women.

⁴⁸ Auf 100.000 fiktive Bevölkerung. Als Berechnungsbasis wurde die Europäische Standardbevölkerung der WHO herangezogen.

For 100,000 of fictitious inhabitants. The European standard population of the WHO was used as an assessment basis.

Die Hauptursachen dafür dürften zum einen in der bei jüngeren Männern (unter 45 Jahre) bedeutend höheren Unfall- und Suizidrate, zum anderen in den bei Männern der jüngeren Altersgruppen vermehrten Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Erkrankungen des Verdauungssystems liegen.

Die **Säuglingssterblichkeit** bewegt sich weiterhin auf dem niedrigen Niveau der Vorjahre und beträgt im Jahr 2004 5,7 gestorbene Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene.

The main reasons for this are probably on the one hand the significantly higher accident and suicide rates for younger men (below age 45), and on the other hand the higher incidence of cardiovascular diseases and diseases of the digestive system in younger men.

Infant mortality remains at the low level of the previous years and was 5.7 per 1,000 live births in 2004.

3.2.1 Sterberate

2004 verstarben 15.983 Personen der Wiener Wohnbevölkerung, davon waren 85,5 Prozent über 60 Jahre bzw. 63 Prozent über 75 Jahre alt (*Tabelle 3.3*).

Die **Sterberate**, welche die Verstorbenen pro 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe angibt, zeigt für Männer ein ungünstiges Bild: Geschlechtsspezifische Unterschiede zu Ungunsten der Männer lassen sich in

fast allen Altersgruppen erkennen, diese sind aber in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen besonders deutlich ausgeprägt. Die erhöhte Sterblichkeit der jungen Männer kann durch deren risikoreichere Lebensweise erklärt werden (Unfälle, Suizid, etc.). Aber auch bei älteren Männern spielt riskantes Verhalten in Form von ungesunder Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum, etc. eine nicht unerhebliche Rolle in deren erhöhter Sterblichkeit.⁴⁹

⁴⁹ Siehe Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Tabelle 3.3: Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 2004

Alter in Jahren	Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*
0 – u. 1**	47	5,8	49	5,6	96	5,7
1 – u. 5	7	0,2	5	0,2	12	0,2
5 – u. 10	3	0,1	1	0,0	4	0,1
10 – u. 15	6	0,2	9	0,2	15	0,2
15 – u. 20	19	0,5	25	0,6	44	0,5
20 – u. 25	11	0,2	40	0,8	51	0,5
25 – u. 30	22	0,4	61	1,1	83	0,7
30 – u. 35	27	0,4	58	0,9	85	0,7
35 – u. 40	59	0,8	115	1,6	174	1,2
40 – u. 45	65	1,0	141	2,1	206	1,5
45 – u. 50	106	1,9	210	3,8	316	2,8
50 – u. 55	155	3,1	305	6,5	460	4,7
55 – u. 60	288	5,5	484	10,1	772	7,6
60 – u. 65	482	8,2	763	14,8	1.245	11,3
65 – u. 70	383	11,3	582	20,7	965	15,6
70 – u. 75	604	18,4	787	34,1	1.391	24,9
75 – u. 80	1.160	32,6	1.031	52,5	2.191	39,7
80 – u. 85	1.832	56,1	1.108	85,6	2.940	64,4
85 – u. 90	1.426	116,4	640	151,9	2.066	125,5
90 – u. 95	1.569	192,1	542	253,4	2.111	204,8
95 u. dar.	602	304,5	154	377,5	756	317,0
insgesamt	8.873	10,5	7.110	9,3	15.983	9,9

* Altersspezifische Sterbeziffer auf 1.000 EinwohnerInnen in der jeweiligen Altersgruppe.

** Berechnet auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistik Austria, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Die angeführten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Sterblichkeit kommen auch bei der Betrachtung der **Altersstruktur** der verstorbenen Wienerinnen und Wiener zum Ausdruck (*Grafik 3.4*):

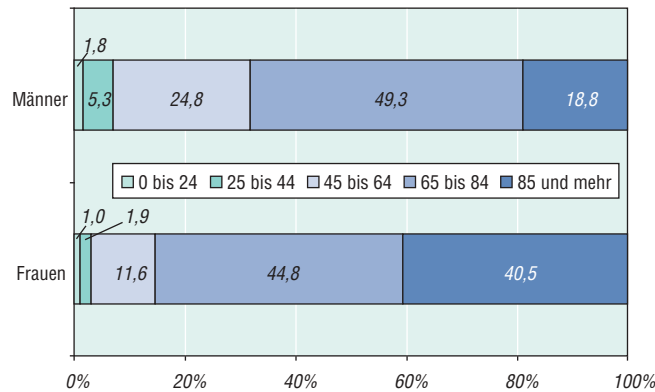
Mehr als 7 Prozent der 2004 verstorbenen **Männer** waren jünger als 45 Jahre, fast ein Viertel war im Alter von 45 bis 64 Jahren. Nahezu die Hälfte der verstorbenen Männer war 65 bis 84 Jahre alt, und nur rund ein knap-

pes Fünftel erreichte ein höheres Alter (85 Jahre und mehr).

Hingegen waren die verstorbenen **Frauen** nur zu knapp 3 Prozent jünger als 45 Jahre und lediglich zu knapp 12 Prozent im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. 45 Prozent waren jedoch in der Altersklasse 65 bis 84 Jahre, und etwas mehr als 40 der verstorbenen Wienerinnen waren 85 Jahre und älter.⁵⁰

⁵⁰ Siehe auch Kapitel 3.2.3 Todesursachen.

Grafik 3.4: Verstorbene Wienerinnen und Wiener nach Alter, Wien 2004



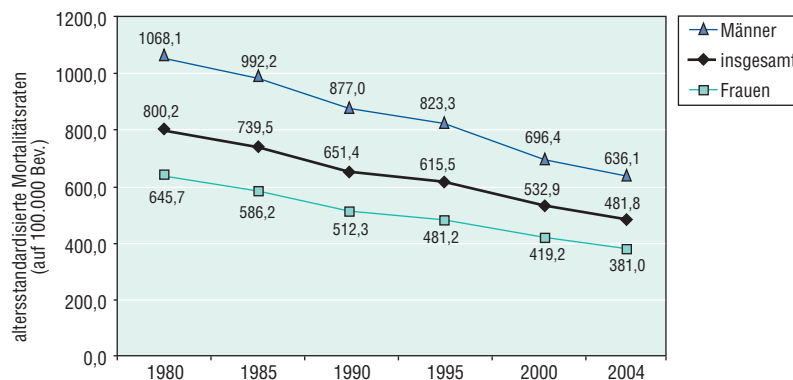
Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Austria.

3.2.2 Sterblichkeitsentwicklung

Die Mortalität ist in Wien zwischen 1980 und 2004 deutlich gesunken. Dies wird an den altersstandardisierten Sterbeziffern⁵¹ ersichtlich: Lag dieser Wert im Jahr 1980 noch bei 791,9, so betrug er im Jahr 2004 nur

noch 481,8. Damit kam es im angegebenen Zeitraum zu einem Rückgang der Gesamtmortalität um mehr als ein Drittel (-39 Prozent). Diese positive Entwicklung zeigt sich sowohl bei den Wiener Frauen als auch bei den Wiener Männern.

Grafik 3.5: Mortalitätsentwicklung (altersstandardisiert*), Wien 1980–2004



* Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf die WHO-Welt-Standardbevölkerung).

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2.3 Todesursachen

Todesursachenstatistik

Im Jahr 2004 verstarben etwas weniger als 16.000 Personen der Wiener Wohnbevölkerung. Von den Ver-

storbenen wurde insgesamt etwas weniger als ein Drittel obduziert. Im Vergleich zu anderen Ländern weist Wien zwar noch immer eine relativ hohe Obduktionsrate auf (2004: 32 Prozent), doch ist in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. In manchen Wiener Spitälern wird überhaupt nicht mehr oder

⁵¹ Gestorbene auf fiktive 100.000 der jeweiligen Altersgruppe, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu erzielen.

nur mehr in eingeschränktem Umfang obduziert. Mit dem Zurückgehen der Obduktionsrate wird auch die bisher relativ hohe Aussagekraft der Wiener Todesursachenstatistik minimiert und Fehlerquellen in Bezug

auf tatsächliche Todesursachen bzw. Verzerrungen von Statistiken sind eine mögliche Folge (wie etwa das Beispiel der Todesfälle infolge von Tuberkulose zeigt).⁵²

Tabelle 3.4: Sterbefälle und Obduktionen, Wien 2004

Gestorbene *	in Krankenanstalten verstorben		nicht in Krankenanstalten verstorben		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
obduziert	3.433	31,2	1.660	33,4	5.093	31,9
nicht obduziert	7.582	68,8	3.308	66,6	10.890	68,1
insgesamt	11.015	100,0	4.968	100,0	15.983	100,0

* Personen der Wiener Wohnbevölkerung.

Quelle: Statistik Austria, bearbeitet von MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Häufigste Todesursachen

1. Nach wie vor stellen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit rund 7.300 Verstorbenen (46 Prozent) die mit Abstand häufigste Todesursache dar. Dennoch ist ein deutlicher Rückgang in dieser Krankheitsgruppe zu verzeichnen. Getrennt nach Geschlecht zeigt sich, dass Wiener Frauen häufiger infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als Männer (51 zu 40 Prozent). Dies ist vor allem durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt.

Mehr als die Hälfte (55 Prozent) der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen entfallen auf **ischämische Herzkrankheiten**, davon wiederum entfällt mehr als ein Drittel auf akuten Myokardinfarkt. Der höchste Stellenwert kommt bei Frauen den sonstigen Herzkrankheiten (34 Prozent aller Herzkrankheiten), bei Männern hingegen dem akuten Myokardinfarkt (44 Prozent aller Herzkrankheiten) zu.⁵³ Umfangreiche Präventionsmaßnahmen auf diesem Sektor verlieren daher auch weiterhin nicht an Aktualität.

2. Ebenfalls nach wie vor weist die Mortalitätsstatistik als zweithäufigste Todesursache **Neubildungen**

(zu 98 bis 99 Prozent bösartig, plus etwas mehr als 1 Prozent Neubildungen mit unsicherem Verhalten⁵⁴) aus. Mehr als jeder vierte Todesfall (27 Prozent) ist daher auf eine bösartige Neubildung zurückzuführen. Krebserkrankungen spielen als Haupttodesursache bei den Wiener Männern (30 Prozent) eine etwas größere Rolle als bei den Wiener Frauen (25 Prozent).⁵⁵

Sowohl in der weiblichen als auch in der männlichen Bevölkerungsgruppe nehmen innerhalb der Kategorie der Neubildungen die **Verdauungsorgane** den ersten Rang ein. Jeweils ein Drittel aller Krebstodesfälle ist auf eine bösartige Neubildung im Bereich der Verdauungsorgane zurückzuführen.

An zweiter Stelle der Todesursachen aufgrund einer Krebserkrankung stehen beim **weiblichen** Geschlecht die bösartigen Neubildungen der **Brustdrüse** (18 Prozent aller weiblichen Krebstodesfälle), gefolgt von den bösartigen Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (14 Prozent). Wie in anderen Ländern, in denen die weibliche Raucherquote in den letzten Jahren deutlich anstieg, ist auch in Wien die Zunahme der Lungenkrebssterblichkeit besorgniserregend. In manchen Ländern

⁵² Siehe Kap. 4.6.3 Tuberkulose.

⁵³ Siehe auch Kap. 4.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

⁵⁴ 2004: 4.316 Neubildungen. Davon 40 (0,9 Prozent) gutartig (Frauen: 27; Männer: 13) und 61 (1,4 Prozent) mit unsicherem Verhalten (Frauen: 38; Männer 23).

⁵⁵ Siehe auch Kapitel 4.5 Krebs.

hat diese die Brustkrebssterblichkeit bereits überholt.

In der **männlichen** Bevölkerungsgruppe hingegen stellen die bösartigen Neubildungen der **Atmungsorgane** (v. a. der Lunge) nach wie vor die zweithäufigste Ursache der Krebssterblichkeit dar (31 Prozent). Die dritthäufigste Krebstodesursache entfällt auf bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** (10 Prozent).

Präventions- bzw. Früherkennungsmaßnahmen können die Sterblichkeit an Krebserkrankungen reduzieren. Vor allem die hohe Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane könnte durch eine gesündere Lebensweise (gesunde Ernährung, Nicht-Rauchen) reduziert werden.

- 3. Jeweils mehr als 5 Prozent aller Todesfälle weisen **Krankheiten des Verdauungssystems** sowie **Krankheiten des Atmungssystems** auf, gefolgt von den **Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten**

heiten (vor allem Diabetes) sowie den **Verletzungen und Vergiftungen** (einschließlich Unfälle) mit fast 800 Toten (knapp 5 Prozent aller Todesfälle). Mehr als die Hälfte dieser zuletzt genannten Todesursachengruppe ist auf **Unfälle** zurückzuführen, davon wiederum etwa ein Drittel auf Stürze (30 Prozent) sowie mehr als ein Drittel auf Suizid und Selbstbeschädigung (34 Prozent).

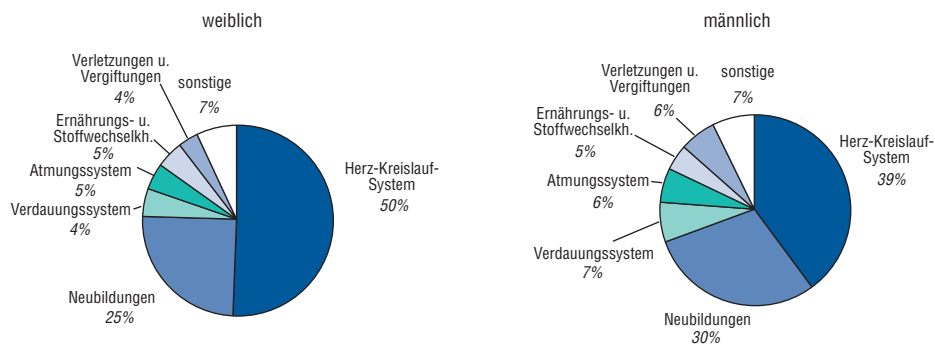
Sowohl bei den Todesursachen aufgrund einer Erkrankung der Atmungsorgane als auch bei den Todesfällen aufgrund einer Krankheit der Verdauungsorgane lässt sich der Einfluss des ungünstigen Lebensstils der Bevölkerung (Rauchen, hoher Alkoholkonsum, ungesunde und unausgewogene Ernährung) erkennen. Mit einer gesünderen Lebensweise könnte zudem auch ein Teil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenso wie ein Teil der am häufigsten auftretenden Krebserkrankungen (wiederum im Bereich der Verdauungs- und Atmungsorgane) vermieden werden.

Getrennt nach Geschlecht ergibt sich folgende Rangreihung der Todesursachen:

Rangfolge der häufigsten Todesursachen im Berichtsjahr 2004 in Wien

Rangfolge	Frauen	Männer	insgesamt
1.	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2.	Neubildungen	Neubildungen	Neubildungen
3.	Krankheiten des Atmungssystems	Krankheiten des Verdauungssystems	Krankheiten des Verdauungssystems
4.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Verletzungen und Vergiftungen	Krankheiten des Atmungssystems
5.	Krankheiten des Verdauungssystems	Krankheiten des Atmungssystems	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6.	Verletzungen und Vergiftungen	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Verletzungen und Vergiftungen

Grafik 3.6: Todesursachen Wien 2004, Anteile nach Hauptgruppen, differenziert nach Geschlecht



Quelle: MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen.

Tabelle 3.5: Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 2004

ICD-10 Nr. *	Hauptgruppen (I–XIX) und einzelne ausgewählte Todesursachen	weiblich		männlich		insgesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
A00 – B99 darunter	I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	86	1,0	86	1,2	172	1,1
A15–A19, B90	Tuberkulose einschl. Spätfolgen	5		8		13	
B15–B19	Virushepatitis	58		47		105	
B20–B24	AIDS (HIV-Krankheit)	9		24		33	
C00 – D48 darunter	II. Neubildungen **	2.209	24,9	2.107	29,6	4.316	27,0
C15–C16, C18–C22, C25	B.N.*** der Verdauungsorgane	623		660		1.283	
C32–C34	B.N. der Atmungsorgane	305		546		851	
C50	B.N. der Brustdrüse	398		3		401	
C53–C56, C61	B.N. der Geschlechtsorgane	211		211		422	
C64, C67	B.N. der Harnorgane	77		125		202	
C81–C96	B.N. des lymphatischen u. hämatopoetischen Gewebes	180		169		349	
D50 – D89	III. Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	13	0,1	10	0,1	23	0,1
E00 – E90 darunter	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	437	4,9	332	4,7	769	4,8
E10–E14	Diabetes mellitus	363		280		643	
F00 – F99 darunter	V. Psychische und Verhaltensstörungen	37	0,4	120	1,7	157	1,0
F10	Störungen durch Alkohol	13		52		65	
F11–F16, F18–F19	Drogenabhängigkeit, Toxikomanie	18		65		83	
G00 – H95	VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems, des Auges und Ohres	149	1,7	119	1,7	268	1,7
I00 – I99 darunter	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	4.494	50,6	2.833	39,8	7.327	45,8
I10, I12, I15	Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung	41		17		58	
I11	Bluthochdruck mit Herzbeteiligung	258		91		349	
I13	Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit	–		–		–	
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	2.342		1.679		4.021	
darunter							
I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	637		733		1.370	
I30–I33, I39–I52	Andere Herzkrankheiten	806		431		1.237	
I60–I69	Hirngefäßkrankheiten	579		340		919	
J00 – J99 darunter	X. Krankheiten des Atmungssystems	447	5,0	395	5,6	842	5,3
J10–J11	Grippe	–		–		–	
J12–J18	Pneumonie	121		91		212	
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	309		280		589	
darunter							
J45–J46	Asthma	18		7		25	
K00 – K99 darunter	XI. Krankheiten des Verdauungssystems	392	4,4	484	6,8	876	5,5
K25–K28	Magen-, Duodenal- und Gastrojeunalgeschwür	39		28		67	
K70, K73–K74	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	151		336		487	

Fortsetzung

Tabelle 3.5 (Fortsetzung): Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 2004

ICD-10 Nr. ¹	Hauptgruppen (I-XIX) und einzelne ausgewählte Todesursachen	weiblich		männlich		insgesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
L00 – L99	XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4	0,0	5	0,1	9	0,1
M00 – M99	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	22	0,2	5	0,1	27	0,2
N00 – N99	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	192	2,2	99	1,4	291	1,8
O00 – O99	XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	0,0	–	–	1	0,0
P00 – P96	XVI. Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	31	0,3	36	0,5	67	0,4
Q00 – Q99	XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	17	0,2	22	0,3	39	0,2
R00 – R99 darunter	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifizierbar sind	28	0,3	12	0,2	40	0,3
R95	Plötzlicher Kindstod (SIDS)	3		1		4	
S00 – T98 darunter (nach der äußeren Todesursache)	XIX. Verletzungen und Vergiftungen	314	3,5	445	6,3	759	4,7
V01–X59 darunter	Unfälle	200		224		424	
V01–V99	Transportmittelunfälle	35		54		89	
W00–W19	Unfälle durch Sturz	123		105		228	
X40–X49	Unfälle durch Vergiftungen	2		7		9	
X60–X84	Selbstmord und Selbstbeschädigung	74		181		255	
X85–Y09	Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen	9		14		23	
Y10–Y34	Ereignisse, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	14		9		23	
insgesamt		8.873	100,0	7.110	100,0	15.983	100,0

* Nummer der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen in der zehnten Revision, Ausgabe 1992 (ICD-10).

** Neubildungen 2004: 4.316. Davon 40 (0,9 Prozent) gutartig (Frauen: 27; Männer: 13) und 61 (1,4 Prozent) mit unsicherem Verhalten (Frauen: 38; Männer 23).

*** B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Alter und Sterblichkeit⁵⁶

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich auch in den einzelnen Altersgruppen der verstorbenen Wiener Bevölkerung. Absolut gesehen, versterben Männer bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als Frauen. Die Hauptursachen dafür dürften zum einen in der bei jüngeren Männern (bis 44 Jahre) bedeutend höheren Unfall- und Suizidrate, zum anderen in den bei Männern der jüngeren Altersgruppen

vermehrten Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Erkrankungen des Verdauungssystems liegen.

In der Altersgruppe **0 bis 24 Jahre** stellen bei beiden Geschlechtern Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien bei weitem die Haupttodesursache dar. Abgesehen von den „sonstigen Todesursachen“ folgen an zweiter Stelle Unfälle, an dritter Stelle Suizid (der jedoch erst ab der Pubertät

⁵⁶ Siehe dazu auch Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, insbesondere S. 158–166.

an Bedeutung gewinnt) – beides nimmt beim männlichen Geschlecht einen deutlich höheren Anteil ein. Auch Neubildungen nehmen bereits einen beträchtlichen Anteil an den Haupttodesursachen ein.

Frauen zwischen **25 und 44** Jahren sterben am häufigsten an bösartigen Neubildungen (37 Prozent aller Todesursachen), mit großem Abstand gefolgt von den Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Für Männer dieser Altersgruppe stellen Suizid und Krankheiten des Verdauungssystems die beiden Haupttodesursachen dar. Die Suizidrate ist übrigens in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern relativ hoch (18 bzw. 9 Prozent).

Mehr als die Hälfte der Wiener Frauen im Alter von **45 bis 64** Jahren sterben an Neubildungen⁵⁷, fast ein

Fünftel infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Bei den Männern ist zwar die Rangfolge gleich, doch beträgt der Anteil der Neubildungen 39 Prozent, während die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem Viertel für die Todesfälle in dieser Altersgruppe verantwortlich sind.

In der Altersgruppe der **über 65-Jährigen** sind bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen die führende Todesursache (Frauen 57 Prozent; Männer 48 Prozent aller Todesfälle dieser Altersgruppe), gefolgt von bösartigen Neubildungen (Frauen 20,5 Prozent; Männer 27,5 Prozent). Im Vergleich zu den Vorjahren fällt bei den mittleren und älteren Altersgruppen übrigens ein Rückgang in der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit auf (vgl. auch Grafik 3.8).

⁵⁷ Zu etwa 98 Prozent bösartige Neubildungen (Krebs).

Tabelle 3.6: Todesursachenhäufigkeit nach Geschlecht und Alter, in Prozent und absolut, Wien 2004

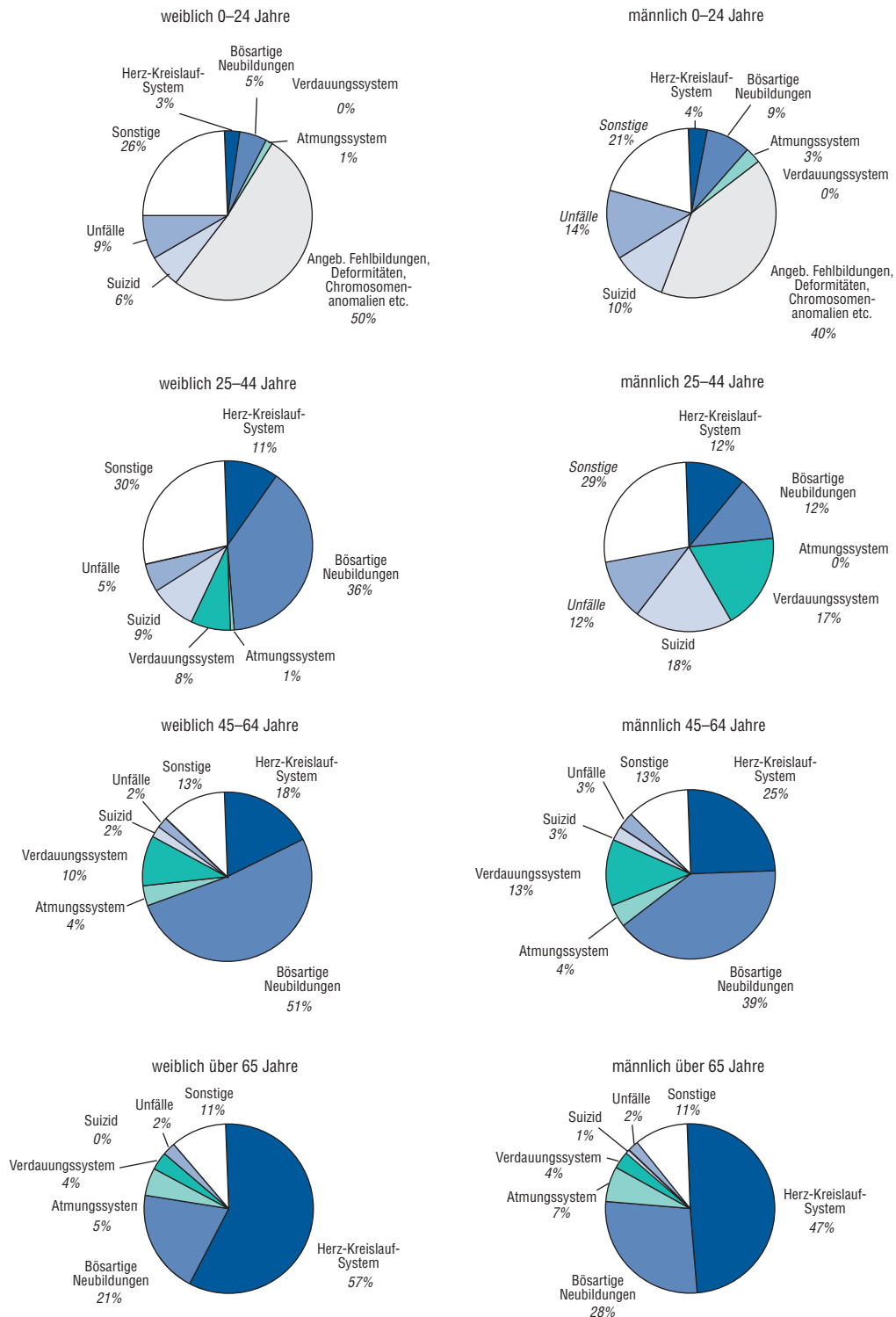
Todesursache(n) nach Alter	Häufigkeit*	
	weiblich	männlich
0 – unter 25 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	3,2 %	3,9 %
bösartige Neubildungen	5,4 %	8,5 %
Krankheiten des Atmungssystems	1,1 %	3,1 %
Krankheiten des Verdauungssystems	0,0 %	0,0 %
Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben; Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	49,5 %	39,5 %
Suizid	6,5 %	10,1 %
Unfälle**	8,6 %	14,0 %
sonstige Todesursachen	25,8 %	20,9 %
zusammen (absolut = 100 %)	100,0 %	100,0 %
absolut	93	129
25 – unter 45 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	11,0 %	12,0 %
bösartige Neubildungen	37,0 %	12,0 %
Krankheiten des Atmungssystems	0,6 %	0,0 %
Krankheiten des Verdauungssystems	7,5 %	17,1 %
Suizid	9,2 %	18,4 %
Unfälle**	5,2 %	12,3 %
sonstige Todesursachen	29,5 %	28,3 %
zusammen (absolut = 100 %)	100,0 %	100,0 %
absolut	173	375
45 – unter 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	18,1 %	25,3 %
bösartige Neubildungen	50,4 %	38,7 %
Krankheiten des Atmungssystems	3,9 %	3,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	10,2 %	13,4 %
Suizid	2,3 %	3,2 %
Unfälle**	2,0 %	3,2 %
sonstige Todesursachen	13,0 %	12,5 %
zusammen (absolut = 100 %)	100,0 %	100,0 %
absolut	1.031	1.762
über 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	56,6 %	48,3 %
bösartige Neubildungen	20,5 %	27,5 %
Krankheiten des Atmungssystems	5,3 %	6,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	3,6 %	3,8 %
Suizid	0,4 %	0,9 %
Unfälle**	2,1 %	2,1 %
sonstige Todesursachen	11,4 %	10,7 %
zusammen (absolut = 100 %)	100,0 %	100,0 %
absolut	7.576	4.844

* Anteile der Todesursachen innerhalb der Altersgruppen.

** V01–X59.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Grafik 3.7: Häufigkeit von Todesursachen in den einzelnen Altersgruppen nach Geschlecht, Wien 2004



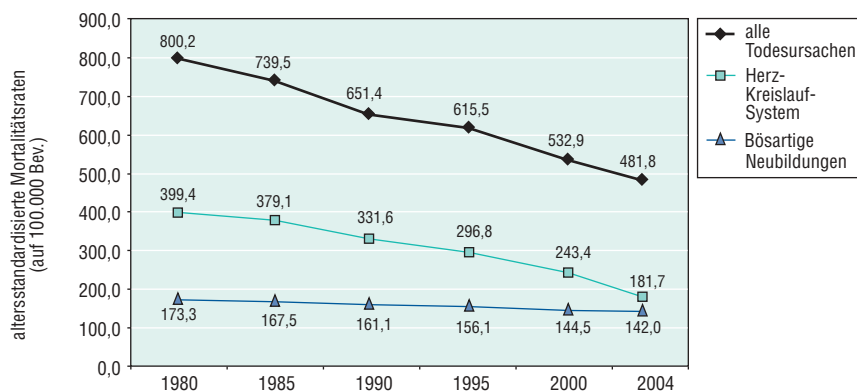
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen.

Sterblichkeit und Todesursachen im zeitlichen Vergleich

Der deutliche Rückgang der altersstandardisierten Gesamtmortalität in Wien (-39 Prozent) zwischen 1980 und 2004 findet seinen Ausdruck in der Entwicklung der Haupttodesursachen. Obwohl Herz-Kreislauf-Er-

krankungen und Krebserkrankungen nach wie vor die beiden häufigsten Todesursachen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung darstellen, verzeichneten sowohl die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (-54 Prozent!) als auch die bösartige Neubildungen (-18 Prozent) beträchtliche Abnahmen. Dieser Trend ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten.

Grafik 3.8: Entwicklung der altersstandardisierten* Mortalität in Wien, 1980–2004



* Berechnung (Standardisierung) basiert auf der WHO Welt-Standardbevölkerung.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Auch im Vergleich zum Vorjahr nahm die Gesamtsterblichkeit (alle Todesursachen) deutlich ab (-6 Prozent). Im Berichtsjahr 2004 beträgt die altersstandardisierte Mortalitätsrate für alle Todesursachen 481,8, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen 181,7 und für bösartige Neubildungen 142,0 (auf 100.000; siehe Tabelle 3.7).

Die Abnahme der Gesamtmortalität gegenüber 2003 ist vor allem zurückzuführen auf Rückgänge bei den psychischen und Verhaltensstörungen (-24 Prozent) sowie den Krankheiten des Atmungssystems (-13 Prozent). Abnahmen verzeichneten auch die Krankheiten des Kreislaufsystems (-7 Prozent). Bei den Frauen zeichnet sich nach dem Anstieg der letzten Jahre bei den Krankheiten der Atmungsorgane möglicherweise

nun ein umgekehrter Trend ab – 2004 konnte ein neuerlicher Rückgang der Sterbeziffer um rund 22 Prozent beobachtet werden. Bei den Männern ist ein leichter Anstieg bei den Verletzungen und Vergiftungen (+5 Prozent) zu beobachten (siehe Tabelle 3.8).

Trotz des kontinuierlichen und deutlichen Rückganges der Sterblichkeit darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Mortalität der Männer noch immer weit höher als jene der Frauen ist. 2004 betrug die altersstandardisierte Sterbeziffer für Männer 636,1, für Frauen hingegen nur 381,0. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich nicht nur in der Gesamtmortalität, sondern auch bei den bedeutendsten Todesursachen (siehe folgende Tabellen).

Tabelle 3.7: Altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung insgesamt und nach Haupttodesursachen*, Wien 1980–2004

Jahr	Todesursachen								
	alle Todesursachen			Herz-Kreislauf-System			Bösartige Neubildungen		
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.
1980	645,7	1068,1	800,2	227,8	526,2	399,4	145,9	233,5	174,0
1985	586,2	992,2	739,5	299,0	517,6	379,1	142,2	222,7	168,6
1990	512,3	877,0	651,4	260,6	450,7	331,6	132,1	215,4	161,1
1995	481,2	823,3	615,5	237,6	390,3	296,8	132,0	202,0	156,1
1996	469,4	790,6	596,7	238,4	381,9	293,8	124,7	195,2	150,6
1997	447,6	749,4	564,4	219,6	363,4	276,0	128,4	194,3	151,4
1998	425,6	756,5	555,6	211,0	359,9	267,9	118,0	194,5	146,1
1999	433,9	720,6	549,5	215,2	342,7	265,6	118,2	186,6	144,3
2000	419,2	696,4	532,9	192,9	316,9	243,4	120,5	184,0	144,5
2001	404,9	670,2	513,2	189,3	306,7	236,6	114,2	176,5	138,3
2002	411,0	652,2	509,0	179,7	274,3	218,3	115,8	179,5	139,6
2003	409,6	661,3	512,5	161,5	248,3	196,0	117,9	187,9	144,6
2004	381,0	636,1	481,8	146,8	240,5	181,7	116,3	183,1	142,0

* Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf die WHO Welt-Standardbevölkerung).

Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Tabelle 3.8: Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Todesursachen*, Veränderungen in Wien zwischen 2003 und 2004

Todesursache	2003			2004			Veränderungen 2003–2004		
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.
Krankheiten des Kreislaufsystems	161,5	248,3	196,0	146,8	240,5	181,7	-9,1	-3,1	-7,3
Bösartige Neubildungen	117,9	187,9	144,6	116,3	183,1	142,0	-1,4	-2,5	-1,8
Verletzungen und Vergiftungen	24,1	44,8	33,5	19,6	47,0	32,1	-18,4	+4,9	-4,2
Krankheiten des Verdauungssystems	21,2	46,0	33,0	20,8	45,1	32,1	-2,2	-1,9	-2,7
Krankheiten des Atmungssystems	21,6	33,7	25,8	16,9	33,4	22,6	-21,7	-0,9	-12,6
Psychische und Verhaltensstörungen	4,1	18,7	11,1	4,1	13,3	8,5	-0,1	-28,8	-23,6
Todesursachen insgesamt (Wien)	409,6	661,3	512,5	381,0	636,1	481,8	-7,0	-3,8	-6,0
Todesursachen insgesamt (Österreich)	374,8	621,0	480,0						

* Gestorbene auf 100.000 Personen der jeweiligen Gruppe (Standardisierung auf Europäischer Standardbevölkerung der WHO).

Quelle: Statistik Austria; bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2.4 Säuglingssterblichkeit

Seit den frühen 70er Jahren reduzierte sich die **Säuglingssterblichkeitsrate**⁵⁸ in Wien kontinuierlich – wenngleich es in einigen Jahren zu einem kurzfristigen geringen Anstieg kam, der jedoch eher einer Ausnahme und keiner Trendumkehr entsprach. Seit 1999 bewegt sich die Säuglingssterblichkeit zwischen 5,1 und 6,3 gestorbenen Säuglingen pro 1.000 Lebendgeborene. Der Wert für 2004 beträgt 5,7 (2003: 6,3 Promille). Insgesamt nahm die Säuglingssterblichkeit zwischen 1978 und 2004 um 66 Prozent ab und entspricht schon seit einigen Jahren einem auch im internationalen Ver-

gleich sehr günstigen Wert. Die etwas höhere Säuglingssterblichkeit Wiens ist in der – auch international feststellbaren – höheren Frühgeburtenhäufigkeit großstädtischer Regionen begründet.

Mit Ausnahme des Jahres 2000 ist die Säuglingssterblichkeit bei männlichen Säuglingen immer etwas höher als bei Mädchen. Allerdings ist auch 2004 eine geringfügig niedrigere männliche Säuglingssterblichkeit im Vergleich zur weiblichen zu beobachten; sie beträgt für männliche Säuglinge 5,6 Promille, für weibliche Säuglinge 5,8 Promille.

Tabelle 3.9: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–2004

Jahr	gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene*			Totgeborene	
	weiblich	männlich	insgesamt	insgesamt**	auf 1.000 Lebendgeborene
1978	15,1	18,4	16,8	99	7,4
1979	18,2	18,9	18,5	90	6,6
1980	13,7	16,2	15,0	101	7,0
1981	12,3	15,7	14,1	82	5,4
1982	11,8	18,0	14,9	75	5,0
1983	12,7	16,8	14,8	89	6,1
1984	12,5	15,0	13,8	83	5,7
1985	8,6	14,3	11,5	76	5,3
1986	8,7	11,9	10,4	81	5,6
1987	10,9	12,3	11,6	53	3,6
1988	8,3	10,4	9,4	58	3,7
1989	9,7	10,3	10,0	74	4,6
1990	8,7	8,6	8,7	60	3,7
1991	7,9	9,0	8,5	62	3,6
1992	8,4	11,4	9,9	65	3,7
1993	7,6	8,6	8,1	64	3,7
1994	5,8	6,0	5,9	73	4,3
1995	6,4	8,9	7,7	68	4,2
1996	5,1	5,6	5,4	83	5,1
1997	5,7	3,5	4,6	80	5,2
1998	6,9	7,0	7,0	74	4,9
1999	4,7	5,5	5,1	82	5,4
2000	5,2	5,0	5,1	70	4,5
2001	5,0	7,6	6,3	72	4,7
2002	5,4	6,0	5,7	79	4,8
2003	6,0	6,6	6,3	81	4,9
2004	5,8	5,6	5,7	72	4,3

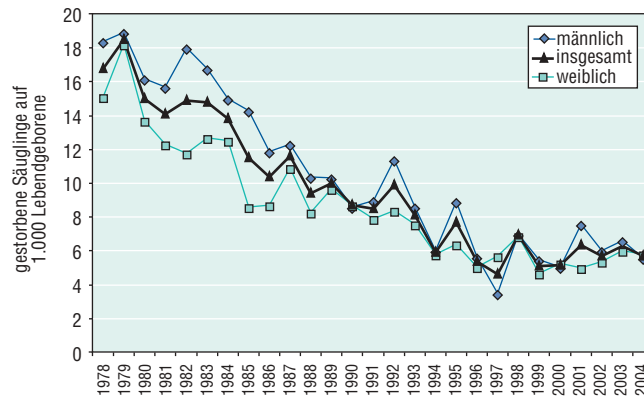
* Säuglingssterblichkeitsrate: Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Jahres (und desselben Geschlechts).

** Ab 1995 weiter gefasste Definition der Totgeborenen.

Quelle: Statistik Austria: Demographische Indikatoren für Wien; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

⁵⁸ Gestorbene im ersten Lebensjahr bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Grafik 3.9: Säuglingssterblichkeit insgesamt und nach Geschlecht, Wien 1978–2004

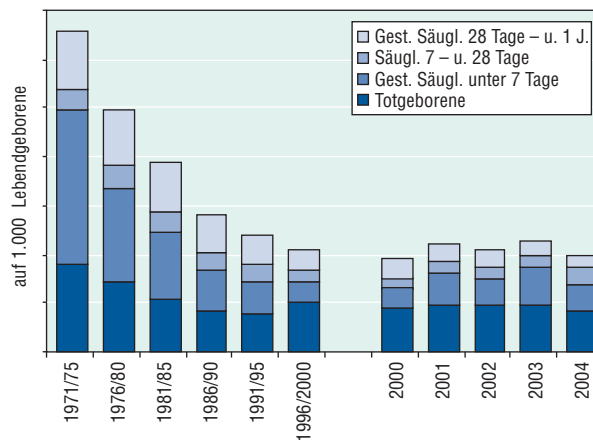


Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

So wie die Säuglingssterblichkeit blieb auch die Rate der **Totgeburten** 2004 in etwa auf dem Niveau der letzten Jahre (4,27 Totgeborene auf 1.000 Lebendgebore-

ne). Insgesamt wurden im Berichtsjahr 72 Totgeburten verzeichnet.

Grafik 3.10: Totgeborene und Säuglingssterblichkeit, Entwicklung in Wien 1971–2004



Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Austria (Bevölkerungsstatistik).

**IV.
EPIDEMIOLOGIE**

EPIDEMIOLOGY

INHALT

4	EPIDEMIOLOGIE	101
4.1	SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	101
4.2	CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	105
4.3	HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	110
4.4	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	114
4.5	KREBS (BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN)	122
4.5.1	Krebsinzidenz	123
4.5.2	Krebsmortalität	134
4.5.3	Ausgewählte Krebserkrankungen	135
	Weiblicher Brustkrebs	135
	Prostatakrebs	138
	Darmkrebs	139
	Lungenkrebs	141
4.6	INFEKTIONSKRANKHEITEN	145
4.6.1	Einleitung	145
4.6.2	Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS	148
	Bakterielle Meningitiden in Wien 1998–2002	152
4.6.3	Tuberkulose	155
4.6.4	AIDS und HIV-Infektionen	161
4.6.5	Geschlechtskrankheiten	169
4.6.6	Influenza und grippale Infekte	174
4.7	KRANKENSTÄNDE	176
4.7.1	Krankenstandsfälle	177
4.7.2	Krankenstandstage	180
4.7.3	Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall	182
4.7.4	Durchschnittliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter/Angestellte)	185
4.8	SPITALSENTLASSUNGSSTATISTIK	188

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Zusammenfassung

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

Drei Viertel der Wienerinnen und Wiener beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“, etwas weniger als ein Fünftel als „mittelmäßig“ und nur rund 7 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Mit fortschreitendem Alter wird der eigene Gesundheitszustand kontinuierlich schlechter beurteilt. Auch wirken sich ein niedriges Bildungsniveau und eine niedrige berufliche Position ungünstig auf das subjektive Gesundheitsempfinden aus.

Seit 1991 hat sich die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Wienerinnen und Wiener verbessert, wobei vor allem die Älteren an guter Gesundheit gewonnen haben. Hingegen hat sich die subjektive Gesundheit der jüngeren Wienerinnen und Wiener in diesem Zeitraum verschlechtert.

Summary: Subjective State of Health

In a narrower sense, health describes the subjectively experienced lack of physical, mental and psychological disorders or alterations, i.e. a status in which diseases and pathological changes cannot be detected.

Three in four Viennese men and women describe their state of health as “excellent” or “good”, just below one in five describe it as “average”, and only approximately 7 percent as “poor” or “very poor”.

The subjective assessment of health becomes more negative with age. A low level of education and a low occupational standing also have a negative influence on the subjective state of health.

Since 1991, the subjective state of health of the Viennese population has improved overall, especially among the elderly. Younger people, on the other hand, now assess their state of health more negatively than in 1991.

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes bildet einen wesentlichen Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen. Internationale Studien belegen zudem, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes mit dem – auf ärztlichen Diagnosen beruhenden – objektiven Gesundheitszustand eng zusammenhängt.

Im vorliegenden Bericht wird für die Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes auf die im Jahr 1999 erhobenen Mikrozensus-Daten⁵⁹ zurückgegriffen, wel-

che neben geschlechts- und altersspezifischen Analysen auch die Berechnung von Zusammenhängen des Gesundheitszustandes mit sozioökonomischen Faktoren wie Bildungshöhe, Erwerbsstatus, berufliche Position und Nationalität ermöglichen. Weiters ist mittels dieser Daten ein Vergleich mit den Mikrozensus-Ergebnissen des Jahres 1991 möglich.

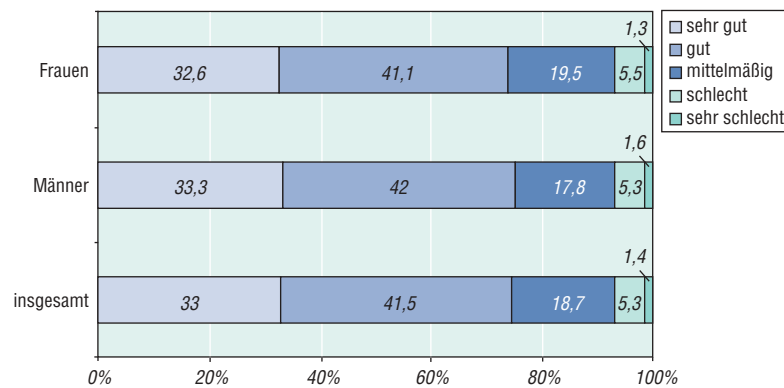
Dem Mikrozensus 1999 zufolge beurteilen drei Viertel aller Wienerinnen und Wiener ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“, etwa ein Fünftel als

⁵⁹ Stichprobenumfang für Wien: n = 5.866.

„mittelmäßig“, und nur rund sieben Prozent schätzen ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht ein“.

Die Unterschiede zwischen den **Geschlechtern** sind äußerst gering: Bei Frauen zeigt sich eine geringfügig negativere Beurteilung als bei Männern.

Grafik 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Mit fortschreitendem **Alter** wird der eigene Gesundheitszustand kontinuierlich schlechter beurteilt: Während noch etwa die Hälfte der 15- bis 29-Jährigen über

einen sehr guten Gesundheitszustand berichten, schätzen nur mehr rund 15 Prozent der über 60-Jährigen ihre Gesundheit mit „sehr gut“ ein.

Tabelle 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter in Prozent, Wien 1999

Alter	subjektiver Gesundheitszustand				
	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
Männer					
15 bis 29	51,3	37,8	7,6	2,6	0,7
30 bis 44	38,7	43,5	14,3	2,8	0,7
45 bis 59	27,3	43,9	21,4	5,9	1,5
60 bis 74	17,2	46,0	26,1	8,2	2,5
75 und mehr	13,7	36,6	31,8	12,8	5,1
Frauen					
15 bis 29	49,3	36,8	11,4	2,5	0,0
30 bis 44	40,9	41,5	13,3	3,3	0,9
45 bis 59	23,4	45,9	22,3	7,1	1,3
60 bis 74	16,0	42,6	30,9	9,1	1,5
75 und mehr	16,2	34,3	33,7	10,5	5,4

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zudem zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit. Je höher die Bildung und je höher die berufliche Position, desto positiver wird der Gesundheitszustand beurteilt: Ge-

sundheitlich am meisten benachteiligt sind Personen mit Pflichtschule als höchstem **Bildungsabschluss**. Während 83 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss von zumindest guter

Gesundheit berichten, ist dies nur bei 60 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen mit Pflichtschulbildung der Fall.

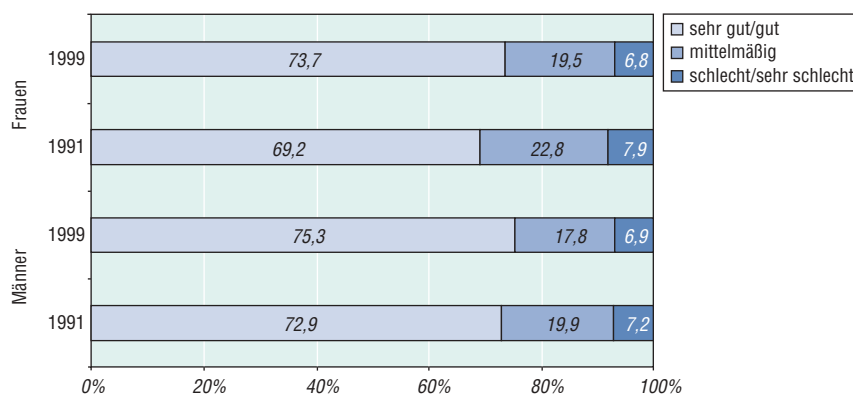
Auch **Arbeiter** beurteilen ihre Gesundheit deutlich negativer als andere Berufsgruppen: 29 Prozent der Arbeiter und 33 Prozent der Arbeiterinnen schreiben sich eine mittelmäßige oder noch schlechtere Gesundheit zu, während nur 14 Prozent der männlichen und 15 Prozent der weiblichen Angestellten sowie 18 Prozent der männlichen und 16 Prozent der weiblichen Beamten ihre Gesundheit so schlecht einschätzen.

Arbeitslosigkeit hat besonders negative Auswirkungen auf das subjektive Befinden: Berichten erwerbstätige

ge Männer zu 83 Prozent von zumindest guter Gesundheit, so sind es bei arbeitslosen Männern nur 53 Prozent. Dieser Unterschied fällt bei Frauen geringer aus, ist aber dennoch vorhanden (erwerbstätig: 81 Prozent, arbeitslos: 67 Prozent)⁶⁰.

Der Vergleich der altersstandardisierten Werte lässt erkennen, dass sich der subjektive Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener seit 1991 verbessert hat. Allerdings ist diese **positive Entwicklung** bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. So ist der Anteil der Frauen mit „sehr guter Gesundheit“ um 6,1 Prozentpunkte gestiegen, bei Männern hingegen nur um 1,1 Prozentpunkte.

Grafik 4.2: Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1991 und 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

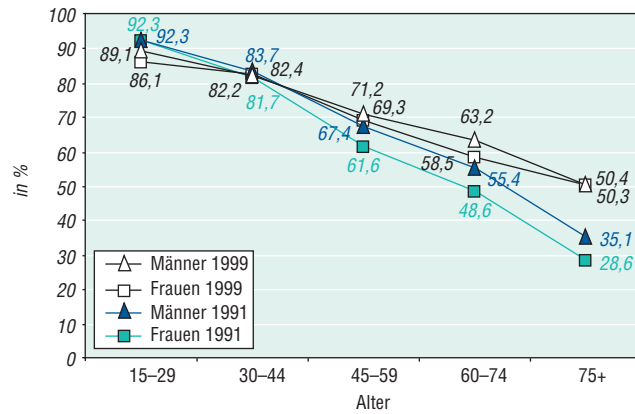
Der **Altersvergleich** zeigt, dass vor allem die ältere Wiener Bevölkerung – und hier wiederum verstärkt die älteren Frauen – an guter Gesundheit gewonnen haben. So ist seit 1991 bei den über 75-Jährigen der Anteil der Frauen mit zumindest guter Gesundheit von 29 auf 51 Prozent gestiegen; hingegen kam es bei den Männern dieser Altersgruppe zu einem etwas geringeren Anstieg, von 35 auf 50 Prozent. Somit bezeichnen etwa die Hälfte der älteren Frauen und Männer in Wien ihre Gesundheit als zumindest gut.

Weniger günstig entwickelte sich die gesundheitliche Situation bei der jüngsten Altersgruppe (15–29 Jahre). Bei ihnen hat sich der subjektive Gesundheitszustand seit 1991 verschlechtert. Vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Anteile mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit deutlich gesunken (um 6 Prozentpunkte). Dieser Trend zeigt sich auch bei den männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (minus 3 Prozentpunkte), jedoch ist er geringer ausgeprägt als bei der weiblichen Vergleichsgruppe.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

⁶¹ Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

Grafik 4.3: Sehr guter/guter Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener nach Alter und Geschlecht im Zeitvergleich (1991 und 1999)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

4.2 Chronische Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 30 Prozent der Wiener Bevölkerung sind chronisch krank, das heißt von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Die häufigsten chronischen Erkrankungen sind erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein und Zuckerkrankheit.

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

Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind von chronischen Krankheiten häufiger betroffen als jene mit höheren Bildungsabschlüssen. Arbeitslose berichten ebenfalls bedeutend häufiger von chronischen Krankheiten als Erwerbstätige.

Summary: Chronic Diseases

Approximately 30 percent of the Viennese population are chronically ill, i.e. they suffer from at least one chronic disease (women: 31 percent; men: 28 percent). The most frequent chronic diseases are hypertension, disorders of the spine, diseases of the joints of the hip or the legs, and diabetes.

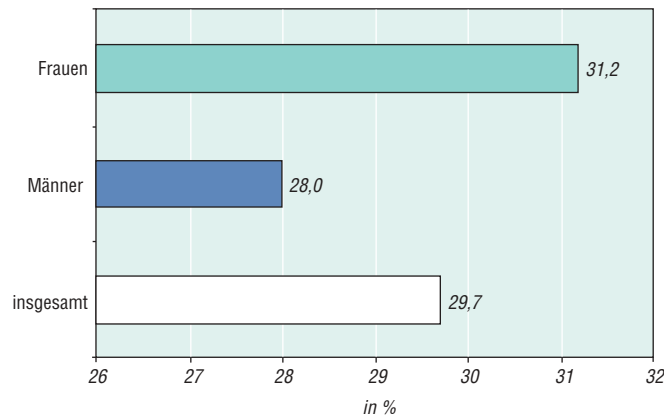
In general, the incidence of chronic diseases increases with age: more than half of the Viennese population above age 60 have at least one chronic disease.

Persons with a low level of education are more frequently affected by chronic diseases than those with a higher level of education. The incidence of chronic diseases is also higher among unemployed persons than others.

Chronische Krankheiten, die sowohl für den Einzelnen als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine enorme Belastung darstellen, wurden im Mikrozensus 1999 als Erkrankungen, an welchen Personen dauernd leiden, abgefragt. Im Rahmen dieser Erhebung wurde den Befragten eine Liste mit 30 verschiedenen Krankheiten vorgelegt, von welchen sie maximal vier nennen konnten. Die gewonnenen Daten bilden die Grundlage für das vorliegende Kapitel.

Etwas weniger als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet den eigenen Angaben zufolge unter zumindest einer chronischen Erkrankung, **Frauen** der Tendenz nach häufiger als Männer (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Frauen sind darüber hinaus nicht nur häufiger, sondern im Durchschnitt auch von mehr chronischen Krankheiten betroffen als Männer: Einem Durchschnittswert von 0,41 bei Männern steht ein Wert von 0,55 bei Frauen gegenüber.

Grafik 4.4: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Im **Alter** nehmen die chronischen Krankheiten stark zu: Bei den über 75-jährigen Wienerinnen und Wienern leiden schon mehr als die Hälfte an mindestens einer chronischen Krankheit. Es fällt auf, dass vor allem in der Al-

tersgruppe der 45- bis 59-Jährigen die Werte der Frauen (41 Prozent) klar über jenen der Männern (35,5 Prozent) liegen. In allen anderen Altersgruppen ist die Betroffenheit der Geschlechter relativ ausgeglichen.

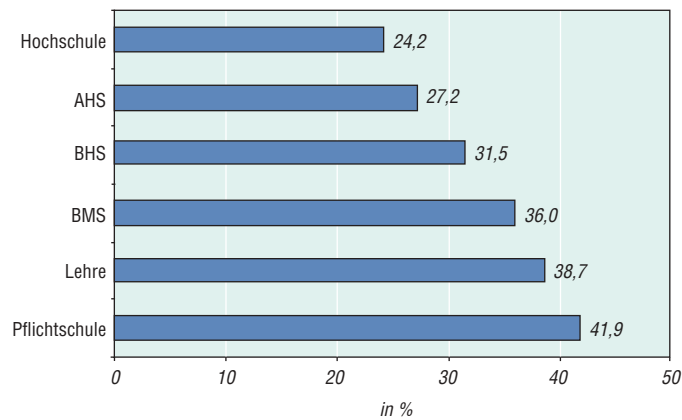
Tabelle 4.2: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1999

Alter	Anteil der chronisch Kranken (in %)		
	insgesamt	Männer	Frauen
0 bis 14	16,1	16,5	15,7
15 bis 29	19,3	18,3	20,2
30 bis 44	22,6	23,2	22,1
45 bis 59	38,3	35,5	41,0
60 bis 74	47,8	47,6	47,9
75 und mehr	53,1	54,4	52,5
zusammen	29,7	28,0	31,2

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Auch sind Personen mit niedrigem **Bildungsniveau** von chronischen Krankheiten häufiger betroffen als jene mit höheren Bildungsabschlüssen. So leiden HochschulabsolventInnen nur zu 24 Prozent an chronischen Krankheiten, während dieser Anteil bei den PflichtschulabsolventInnen 42 Prozent beträgt.

Relativ große Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des **Erwerbsstatus**: Arbeitslose berichten bedeutend häufiger (35 Prozent) von chronischen Krankheiten als Erwerbstätige (25 Prozent).

Grafik 4.5: Chronische Krankheiten nach Schulbildung, Wien 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Die Wiener Werte liegen über jenen des **Bundesdurchschnitts** (österreichische Frauen: 29 Prozent, österreichische Männer: 26 Prozent). Bei Wiener Männern treten vor allem erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, andere Hauterkrankungen und Lungenasthma häufiger als bei österreichischen Männern insgesamt auf. Wiener Frauen sind – zusätzlich zu einer Reihe anderer Erkrankungen – ebenfalls von erhöhtem Blutdruck und Zuckerkrankheit stärker betroffen als österreichische Frauen insgesamt.⁶²

Die **häufigsten chronischen Erkrankungen** der in Wien lebenden Männer sind erhöhter Blutdruck (7,2

Prozent), Schäden an der Wirbelsäule (5,7 Prozent), Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein (je 2,7 Prozent). Auch Frauen leiden am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck (7,0 Prozent) und Schäden an der Wirbelsäule (6,9 Prozent), gefolgt von Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein (4 Prozent).

Von niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen/thrombosen/Krampfadern, Gelenkerkrankungen und Rheuma sind Frauen bedeutend öfter betroffen als Männer. Bei Herzinfarkt, Schlaganfall und Asthma hingegen weisen Männer höhere Werte auf.

⁶² Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

Tabelle 4.3: Häufige bzw. wichtige chronische Erkrankungen nach Geschlecht, Wien 1999

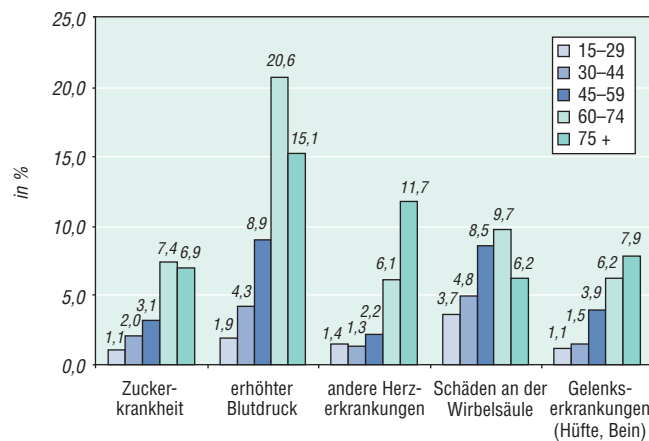
chronische Krankheiten	Anteil der chronisch Kranken (in %)		
	insgesamt	Männer	Frauen
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	2,8	2,7	2,9
erhöhter Blutdruck	7,1	7,2	7,0
niedriger Blutdruck	2,0	0,6	3,4
Herzinfarkt	0,3	0,4	0,2
andere Herzkrankheiten	2,7	2,4	2,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,5	0,2
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	1,4	1,0	1,9
Augenkrankheiten	1,8	1,4	2,1
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,6	1,4	1,9
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,5	1,3	1,7
Asthma	1,5	1,9	1,2
Hautallergien	1,8	1,6	2,1
Schäden an der Wirbelsäule	6,3	5,7	6,9
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	3,4	2,7	4,0
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,2	1,6	2,8
Gefäßstörungen an den Beinen	1,6	1,1	2,1
Gelenksrheumatismus	1,5	0,4	2,4

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

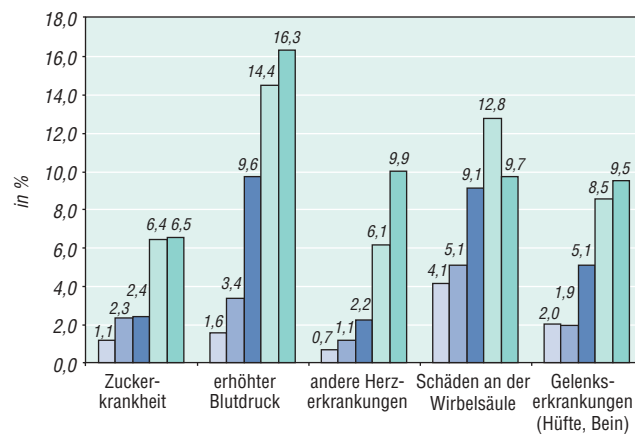
Einige chronische Krankheiten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Dazu gehören Diabetes, Bluthochdruck, andere Herzkrankheiten, Schäden an der Wir-

belsäule und Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein. Die entsprechenden Werte sind den beiden folgenden Grafiken zu entnehmen.

Grafik 4.6: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern nach Alter, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Grafik 4.7: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener **Frauen** nach Alter, 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

4.3 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Zusammenfassung

Rund 4 Prozent der in Privathaushalten wohnenden Wiener Bevölkerung sind auf **Hilfe bei wichtigen persönlichen Verrichtungen** (z. B. essen, waschen, Toilette aufsuchen) angewiesen. Der Hilfebedarf nimmt mit dem Alter stark zu: Bei den über 75-Jährigen benötigen schon 12 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer eine Hilfe bei persönlichen Verrichtungen. Sozial eher schwache Gruppen, wie Personen mit Pflichtschulabschluss, Arbeitslose und MigrantInnen aus Jugoslawien und der Türkei, haben einen höheren Hilfebedarf als die Vergleichsgruppen.

Auf **Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens** (z. B. einkaufen, kochen, Wäsche waschen) sind rund 5 Prozent der Wienerinnen und Wiener angewiesen. Im hohen Alter steigt der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens drastisch an: 13 Prozent der über 75-jährigen Männer und 23 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe benötigen zumindest manchmal eine Unterstützung bei diesen Tätigkeiten.

Summary: Long-term Daily Care and Assistance

*Of the Viennese population living in private households, some four percent need **assistance in matters of personal hygiene and care** – such as eating, washing or bathing, going to the bathroom. The need for assistance increases rapidly with age: in the age group above 75, 12 percent of women and 8 percent of men require daily care. Socially disadvantaged groups, such as persons with compulsory schooling only, unemployed persons, and immigrants from former Yugoslavia and Turkey require assistance more frequently than others.*

*Approximately 5 percent of the Viennese population need **assistance with daily tasks** – such as shopping, cooking and laundry. The need for assistance with daily tasks also increases dramatically in old age: 13 percent of men above age 75 and 23 percent of women in this age group require assistance with these tasks at least from time to time.*

Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen

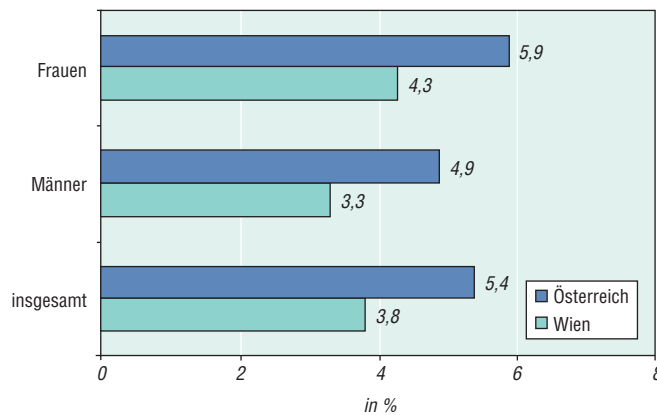
Im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms zu Fragen zur Gesundheit wurde der durch gesundheitliche Gründe – also durch chronische Erkrankungen, dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters – entstehende Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens (z. B. einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen) und bei persönlichen Verrichtungen (z. B. essen, waschen/baden, Toilette aufsuchen) ermittelt. Ausgehend von der empirisch gesicherten Annahme, dass Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, in der Regel auch Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens benötigen, wurde zur Ermittlung des Gesamtbedarfs zunächst der Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen erfasst. In einem zweiten Schritt

wurden dann jene Personen (ab 15 Jahren), die „nie“ oder nur „manchmal“ Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen, gefragt, ob und wie häufig sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens brauchen.⁶³

Von der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung können 3,8 Prozent aus gesundheitlichen Gründen wichtige persönliche Verrichtungen (z. B. essen, waschen/baden, Toilette aufsuchen) nicht selber ausüben und sind zumindest manchmal auf die Hilfe anderer angewiesen, **Frauen** (4,3 Prozent) etwas häufiger als **Männer** (3,3 Prozent). Die Österreich-Werte sind deutlich höher (insgesamt: 5,4 Prozent, Männer: 4,9 Prozent, Frauen: 5,9 Prozent). Dieser Unterschied lässt sich durch die Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten erklären: In Wien leben mehr pflegebedürftige ältere Menschen in Heimen als im gesamten Bundesgebiet.

⁶³ Siehe Kapitel 4.3.2.

Grafik 4.8: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen, Wien und Österreich, 1999

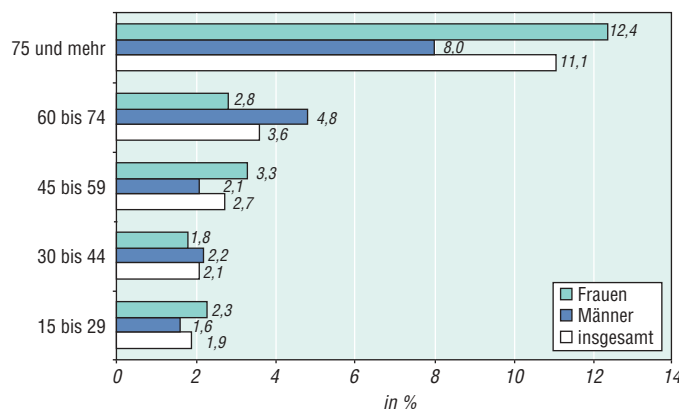


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999, Berechnungen: ipr.

Der Bedarf an Hilfe nimmt mit dem **Alter** deutlich zu: In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen sind nur rund zwei Prozent auf Hilfe bei persönlichen Verrichtungen angewiesen, hingegen benötigen diese schon elf Prozent der über 75-Jährigen. Den höchsten Anteil von Hilfebedürftigen weisen mit 12,4 Prozent die über 75-jährigen Frauen auf.

Eine gleichzeitige Analyse der Daten zum persönlichen Hilfebedarf nach Alter und Geschlecht zeigt, dass die Männer in den Altersgruppen der 30- bis 44-Jährigen sowie der 60- bis 75-Jährigen dominieren, während in allen anderen Altersgruppen die Frauen höhere Werte aufweisen.

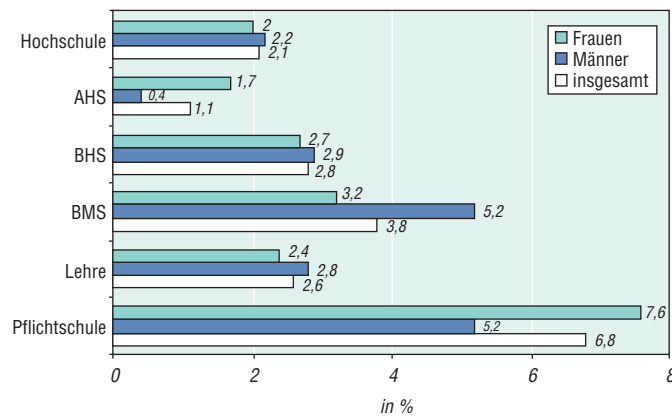
Grafik 4.9: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Alter und Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Eindeutige Unterschiede in der Hilfebedürftigkeit ergeben sich nach der **Bildungshöhe**: PflichtschulabsolventInnen haben mit rund sieben Prozent den höchsten Hilfebedarf, gefolgt von Personen mit abgeschlossener berufsbildender mittlerer Schule (rund 4 Pro-

zent), berufsbildender höherer Schule und Lehre (je 3 Prozent). Die Werte der AHS- und HochschulabsolventInnen liegen hingegen klar darunter. Dieser Bildungseinfluss ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern feststellbar.

Grafik 4.10: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Bildung und Geschlecht, Wien 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Auch Erwerbsstatus und Nationalität sind wichtige soziale Einflussfaktoren für Hilfebedürftigkeit: **Arbeitslose** sind deutlich häufiger (4,9 Prozent) von Hilfebedürftigkeit betroffen als Erwerbstätige (1,7 Prozent). Ebenso sind **MigrantInnen** aus dem ehemaligen Jugoslawien (4,7 Prozent) und der Türkei (6,5 Prozent) häufiger als österreichische StaatsbürgerInnen (2,9 Prozent) oder MigrantInnen aus anderen Ländern (3,0 Prozent) hilfebedürftig.

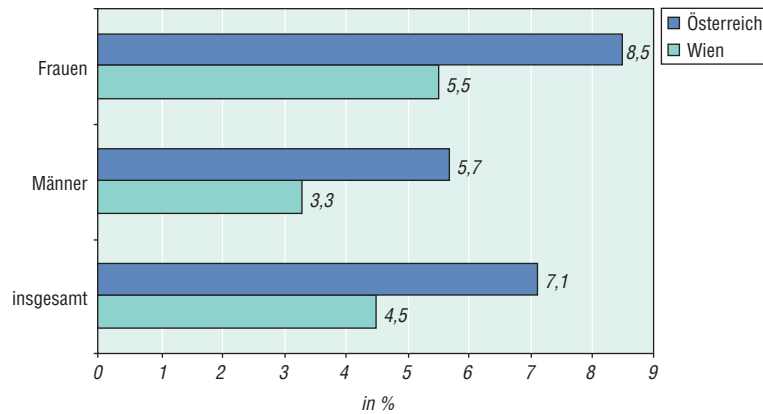
Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen (Gesamtbedarf an Hilfe)

Ausgehend von der Annahme, dass Personen, die häufig bzw. immer Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, auch Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des tägli-

chen Lebens haben, sind von den über 15-jährigen Wienerinnen und Wienern 4,5 Prozent zumindest manchmal auf Hilfe angewiesen, **Frauen** wiederum häufiger als **Männer**. 3,3 Prozent der Männer und 5,5 Prozent der Frauen brauchen zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

Wie beim Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen sind auch beim gesamten Hilfebedarf (Hilfebedarf bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens plus Hilfebedarf bei persönlichen Verrichtungen) die **Österreich-Werte** deutlich höher als jene in Wien (*siehe oben*): Im gesamten Bundesgebiet sind 7,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Personen (Männer: 5,7 Prozent, Frauen: 8,5 Prozent) zumindest manchmal auf Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens angewiesen.

Grafik 4.11: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, Wien und Österreich, 1999

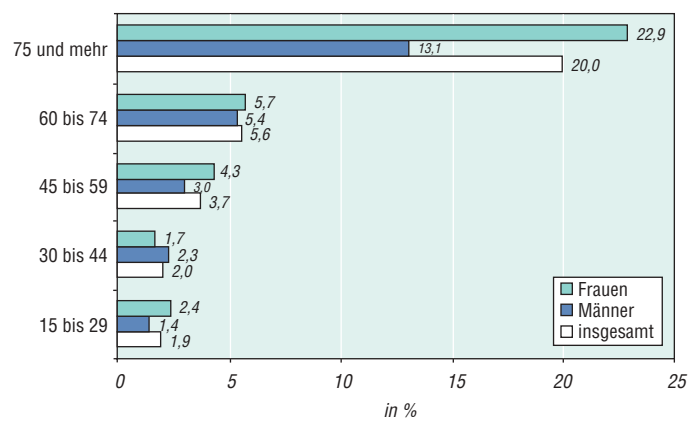


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Ebenso nimmt der Bedarf an Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens im **Alter** zu. Im hohen Alter steigt insbesondere bei den Frauen der Hilfebedarf drastisch an: In Wien geben von den über 75-Jährigen rund 13 Prozent der Männer und 23 Prozent der

Frauen an, zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens zu benötigen. Fast 7 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe brauchen eine solche Hilfe häufig bzw. immer.

Grafik 4.12 Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens nach Alter und Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

4.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 12 Prozent der Wienerinnen und Wiener⁶⁴ geben laut Ergebnissen des Mikrozensus 1999 an, an erhöhtem Blutdruck, Herzerkrankungen (einschließlich eines bereits erlittenen Herzinfarkts), Hirngefäßerkrankungen (einschließlich eines erlittenen Schlaganfalls), Venenentzündungen oder Venenthrombosen zu leiden. Mehr als drei Prozent der Wiener Frauen geben auch einen zu niedrigen Blutdruck an.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind jedoch nicht nur **weit verbreitet**, sondern binden auch einen erheblichen Teil der stationären Leistungen, tragen zu einem wesentlichen Teil zu frühzeitigen Pensionierungen bei und bilden, trotz des deutlichen Rückganges in den letzten Jahren, mit fast der Hälfte (46 Prozent) aller Todesfälle noch immer die **häufigste Todesursache** der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. 2004 verstarben mehr als 7.300 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Den Hauptanteil bilden dabei die ischämischen Herzkrankheiten (vor allem **Herzinfarkt**).

Als wesentlicher **Risikofaktor** für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, neben genetischen und so genannten „unabänderlichen“ Risikofaktoren (wie Alter, familiäre Belastung, Geschlecht), der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren.

Summary: Cardiovascular Diseases

According to the results of the Mikrozensus 1999 survey, approximately 12 percent of the Viennese population⁶⁴ reported hypertension, heart diseases (including past myocardial infarctions), cerebrovascular diseases (including past strokes), phlebitis, or vein thromboses. More than three percent of Viennese women also reported hypotension.

*Cardiovascular diseases not only have a **high incidence**, they are also responsible for a significant portion of in-patient treatments, an important cause of early retirement, and despite a significant reduction over the past few years, they remain the **most frequent cause of death** in Vienna (and Austria overall) – cardiovascular diseases account for 46 percent of all deaths. In 2004, more than 7,300 Viennese died from cardiovascular diseases. The largest group was ischemic heart diseases (especially myocardial infarction).*

*A major **risk factor** for cardiovascular diseases – in addition to genetic and unmodifiable risk factors such as age, heredity and sex – is the **life style** in the industrialised countries, particularly smoking, excessive alcohol consumption, hypertension (for coronary heart disease and strokes), high cholesterol, diabetes and overweight (in summary, dietary habits). Other risk factors are psychosocial factors and a sedentary life style.*

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zählen heute zu den wichtigsten chronischen Krankheiten und stellen auch mit Abstand die häufigsten Todesursachen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung dar.

Betroffen sind davon vor allem ältere Menschen. Im Einzelnen werden unter dieser Gesamtkategorie folgende Krankheiten subsummiert (nach ICD-10):

⁶⁴ Nur Befragte in Privathaushalten, keine Angaben zu Personen in Krankenanstalten, Pflegeheimen und sonstigen Einrichtungen. Respondents in private households only. Data does not include persons in hospitals, nursing homes etc.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems <I00–I99>

- Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung <I10, I12, I15>
- Bluthochdruck mit Herzkrankheit <I11>
- Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit <I13>
- ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>
- darunter akuter Myokardinfarkt <I21–I22>
- andere Herzkrankheiten <I30–I33, I39–I52>
- Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall, etc.) <I60–I69>

Verbreitung

Da es in Österreich keine statistische Aufzeichnung zur Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt (keine Meldepflicht), können zur Abschätzung des Ausmaßes von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung nur verschiedene **Gesundheitsbefragungen** herangezogen werden. Diese beziehen sich jedoch nur auf Personen in Privathaushalten (Eigenangaben). Der insbesondere in dieser Krankheitsgruppe hohe Anteil von Betroffenen im fortgeschrittenen Alter, vor allem wenn bereits hospitalisiert oder in einem Pflegeheim, wird somit nicht erfasst. Dennoch

geben Gesundheitsbefragungen einen wichtigen Anhaltspunkt.

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

Aufgrund von Gesundheitsbefragungen lässt sich feststellen, dass chronische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Wien stark verbreitet sind, wobei der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter deutlich steigt (*siehe Tabelle 4.4 sowie Tabelle 4.5*)⁶⁵. Laut Ergebnissen des **Mikrozensus** aus dem Jahr 1999 leiden 11,5 Prozent der Wiener **Männer** (Österreich: 8,6 Prozent) sowie 12,2 Prozent der Wiener **Frauen** (Österreich: 11,2 Prozent) an erhöhtem Blutdruck, Herzerkrankungen (einschließlich bereits erlittenem Herzinfarkt), Hirngefäßkrankungen (einschließlich bereits erlittenem Schlaganfall), Venenentzündungen oder Venenthrombosen. Zu niedriger Blutdruck wird darüber hinaus vor allem von Frauen angegeben (Wien: 3,4 Prozent; Österreich: 2,5 Prozent).

⁶⁵ Siehe auch Stadt Wien (2002), Mikrozensus Wien 1999, S. 106–107.

Tabelle 4.4: Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems in Österreich und Wien nach Geschlecht und Alter, laut Mikrozensus 1999*

Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	Österreich	Wien						
		Wien insges.	davon im Alter von					
			0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
in % (Mehrfachnennungen möglich)								
Frauen								
erhöhter Blutdruck	6,4	7,0	2,7	1,6	3,4	9,6	14,4	16,3
niedriger Blutdruck	2,5	3,4	2,0	3,6	3,3	4,9	2,8	2,5
Herzinfarkt	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,9
andere Herzerkrankungen	2,2	2,9	2,1	0,7	1,1	2,2	6,1	9,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,8
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,0	1,9	0,3	0,4	1,0	2,9	4,3	3,7
Männer								
erhöhter Blutdruck	4,9	7,2	4,7	1,9	4,3	8,9	20,6	15,1
niedriger Blutdruck	0,8	0,6	0,0	0,0	0,3	1,2	1,8	0,7
Herzinfarkt	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	2,2	0,9
andere Herzerkrankungen	1,9	2,4	0,5	1,4	1,3	2,2	6,1	11,7
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,5	0,5	0,0	0,0	0,1	0,9	0,8	4,4
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	0,8	1,0	0,4	1,2	0,5	0,5	2,1	3,7

* Eigenangaben, nur Befragte in Privathaushalten.

Quelle: Stadt Wien (2002), Mikrozensus Wien 1999, S. 106–107.

Die Ergebnisse des **Wiener Gesundheits- und Sozial-surveys** zeigen für **Frauen** ein weniger eindeutiges Bild hinsichtlich Anstieg der Erkrankungen mit dem Al-

ter.⁶⁶ Allerdings fällt auch hier die bei Frauen weitaus höhere Verbreitung von hohem Blutdruck, auch bereits in jungen Jahren, auf (siehe folgende Tabelle).^{67 68}

⁶⁶ Dies kann unter Umständen in der im Vergleich zum Mikrozensus viel kleineren Stichprobe sowie am Auswahlverfahren liegen.

⁶⁷ Vgl. Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, S. 204–205.

⁶⁸ Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Verbreitung und Sterblichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen siehe auch Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark, S. 25 f. und 34 f., sowie BMGF (2005), Österreichischer Frauengesundheitsbericht.

Tabelle 4.5: Herz-Kreislauf-Krankheiten in Wien nach Geschlecht und Alter, laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001 *

Herz-Kreislauf-Krankheiten	Altersgruppen			
	16–24	25–44	45–59	60+
	in % (Mehrfachnennungen möglich)			
Frauen				
hoher Blutdruck	26,4	18,8	22,5	21,8
Herzinfarkt, Angina pectoris	4,0	4,0	1,4	0,9
Hirnschlag	0,0	0,0	0,0	0,0
Männer				
hoher Blutdruck	0,9	4,5	15,0	29,8
Herzinfarkt, Angina pectoris	0,9	1,8	2,5	1,8
Hirnschlag	0,0	0,5	0,7	0,0

* Eigenangaben, nur Befragte in Privathaushalten.

Quelle: Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, S. 204.

Ausmaß und Bedeutung

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems binden auch einen erheblichen Teil der **stationären Leistungen**. Im Jahr 2002 waren insgesamt 13,6 Prozent der stationären Aufnahmefälle in Wiener Krankenanstalten (Männer 15,7 Prozent, Frauen 12,0 Prozent) auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen. Insgesamt wurden in den Wiener Krankenanstalten rund 70.000 stationäre Aufenthalte (etwa zur Hälfte Männer und Frauen) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Hauptdiagnose) registriert (siehe Tabelle 4.29). In der Spitalstatistik wird jedoch der Alterseffekt besonders deutlich: Bereits ab etwa 45 Jahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Aufnahmen (vor allem bei den Männern), bei den über 65-Jährigen (fast 41.200 Fälle) überwiegen eindeutig die Frauen.⁶⁹ Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems betrug 17,9 Tage (Frauen 10,0 Tage; Männer 8,3 Tage).⁷⁰

Bei den **Krankenständen** fallen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Betroffenen weniger ins Gewicht. Dennoch waren unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse im Jahr 2002 drei Prozent aller Kranken-

standsfälle auf Herz- und Gefäßerkrankungen zurückzuführen. Insgesamt wurden fast 22.000 Krankheitsfälle (davon entfielen 53 Prozent auf Frauen) aufgrund von Herz- und Gefäßerkrankungen verbucht.⁷¹

In **Österreich** waren im Jahr 2000 12,6 Prozent der Neuzugänge an **Pensionen** der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Insgesamt handelte es sich dabei um 2.242 Neuzugänge (Männer 1.742, Frauen 500).⁷²

Risikofaktoren

Als wesentlicher Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, neben **genetischen** und so genannten „**unabänderlichen**“ Risikofaktoren (wie Alter, familiäre Belastung, Geschlecht), der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren.⁷³

⁶⁹ Siehe Tabelle 4.28 zur Spitalsentlassungsstatistik.

⁷⁰ Siehe Kap. 4.8, insbesondere Tabelle 4.29.

⁷¹ Siehe Kapitel 4.7 zu den Krankenständen.

⁷² Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 106.

Mortalität

Das Ausmaß der einzelnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung wird vor allem auch in der Todesursachenstatistik deutlich ersichtlich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Statistik nur jene Fälle erfasst, bei denen diese Krankheit die **Haupttodesursache** bildet. Aufgrund der Multimorbidität (insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) kann diese Statistik daher kein realistisches Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens wiedergeben. Vor allem werden dadurch auch die Auswirkungen der oben genannten Lebensstilfaktoren unterschätzt.

Laut Todesursachenstatistik sind unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen – sowohl zahlenmäßig als auch hinsichtlich der für die Betroffenen erwachsenden

Folgen – vor allem die koronaren Herzkrankheiten (darunter insbesondere der akute Myokardinfarkt) sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen (vor allem Schlaganfall) von Bedeutung.

Im Jahr 2004 verstarben mehr als 7.300 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dies entspricht knapp 46 Prozent aller Todesfälle (Männer 40 Prozent; Frauen 51 Prozent). Den Hauptanteil bilden dabei die ischämischen Herzkrankheiten mit 59 Prozent aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und hierbei insbesondere der Herzinfarkt.

Die genauere Verteilung der einzelnen Krankheiten findet sich in *Tabelle 4.6. Grafik 4.13* veranschaulicht diese Verteilung, getrennt nach Geschlecht, auch optisch.

Tabelle 4.6: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als Haupttodesursache, Wien 2004

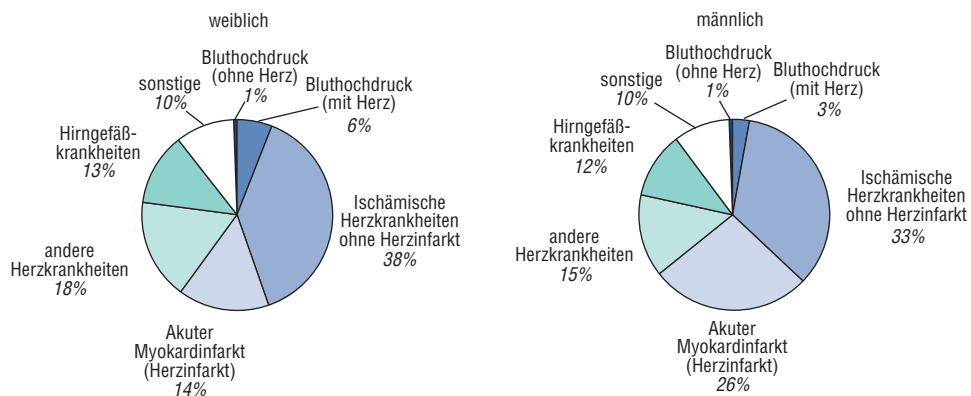
ICD-10 Code	Haupttodesursache	Anteile					
		insgesamt		weiblich		männlich	
		abs.	ASR*	abs.	ASR*	abs.	ASR*
I10, I12, I15	Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung	58	1,2	41	1,0	17	1,4
I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	349	7,5	258	7,3	91	7,2
I13	Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit	0	0,0	0	0,0	0	0,0
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	4.021	102,1	2.342	77,6	1.679	139,9
I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	1.370	41,5	637	26,6	733	63,2
I30–I33, I39–I52	andere Herzkrankheiten	1.237	28,5	806	24,4	431	35,4
I60–I69	Hirngefäßkrankheiten	919	23,1	579	19,8	340	28,2
	sonstige	743		468		275	
I00–I99	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems insgesamt	7.327	181,7	4.494	146,8	2.833	235,0

* ASR = Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

⁷³ Siehe auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 108 und 116.

Grafik 4.13: Herz-Kreislauf-Mortalität in Wien 2004, nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

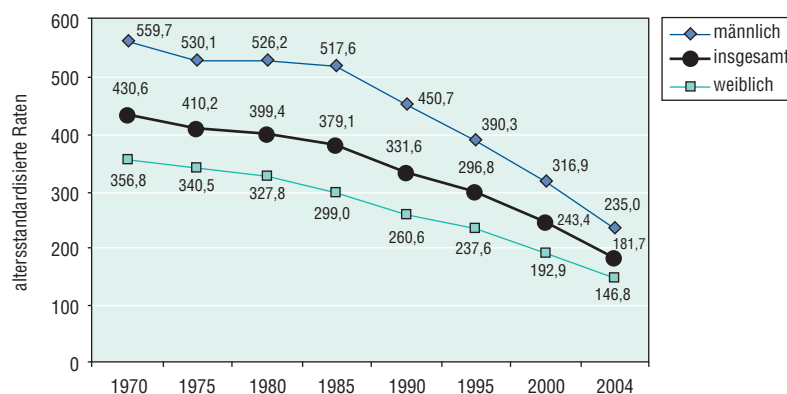
Im zeitlichen Verlauf zeigt die Herz-Kreislauf-Mortalität eine erfreuliche Entwicklung. Dennoch, trotz des deutlichen Sinkens der Herz-Kreislauf-Mortalitätsraten in den vergangenen Jahrzehnten (und ihres Hauptbeitrages zum Rückgang der Gesamtsterblichkeit⁷⁴), verursacht diese Krankheitsgruppe nach wie vor die meisten Sterbefälle (siehe oben).

Die Entwicklung der relativen Herz-Kreislauf-Mortalität in den letzten beiden Jahrzehnten zeigt vor allem seit etwa 1984 einen zunächst leichten, ab etwa 1992

stärker abfallenden Verlauf. Im Vergleich zu 1985 hat sich die Sterblichkeit bis zum Jahr 2004 sowohl in Wien als auch in Österreich bei beiden Geschlechtern mehr als halbiert.⁷⁵ Dennoch ist die Herz-Kreislauf-Mortalität bei den Männern etwa eineinhalbmals so hoch wie bei den Frauen (Wien 1,6-mal, Österreich 1,5-mal).

Die folgende Grafik zeigt den deutlichen Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität in Wien vor allem seit Mitte der 1980er-Jahre, insbesondere bei den Männern.

Grafik 4.14: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien, 1970–2004, nach Geschlecht (standardisierte Raten*)



* Pro 100.000. Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

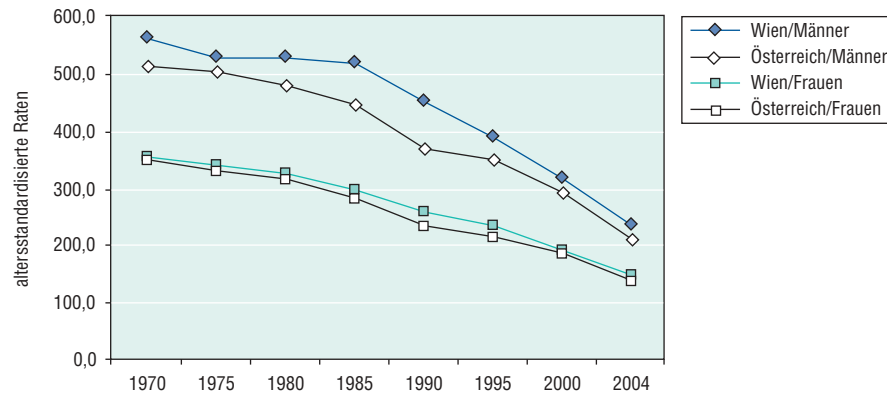
⁷⁴ Vgl. auch Kap. III, Grafik 3.8.

⁷⁵ Wiener Frauen –51 Prozent, Wiener Männer –55 Prozent; Österreichische Frauen –51 Prozent, Österreichische Männer –53 Prozent.

Grafik 4.15 zeigt die Entwicklung in Wien im **Vergleich zu Gesamtösterreich** seit 1970. Wie ersichtlich, liegen zwar die Wiener Raten noch immer etwas über den ös-

terreichischen, doch hat sich der Abstand vor allem im letzten Jahrzehnt deutlich verringert.

Grafik 4.15: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und in Österreich seit 1970, nach Geschlecht (standardisierte Raten*)



* Pro 100.000. Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO).

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

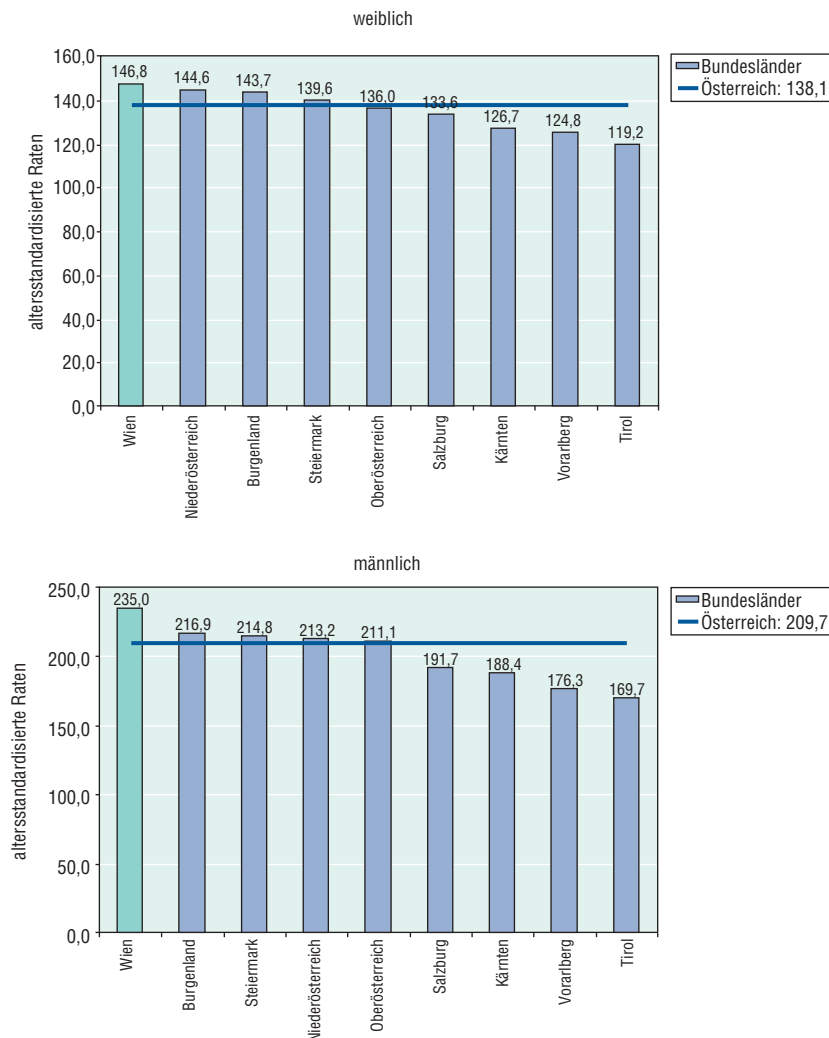
Auch im **Bundsländervergleich** zeigt sich, dass in Wien bei beiden Geschlechtern die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher ist als in den anderen Bundesländern und im gesamten Bundesgebiet. Die standardisierte Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen lag im Jahr 2004 in Wien bei den Männern

um 12 Prozent, bei den Frauen um mehr als 6 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt.⁷⁶

Die niedrigste Herz-Kreislauf-Mortalität weist bei beiden Geschlechtern Tirol, gefolgt von Vorarlberg und Kärnten, auf.

⁷⁶ Im Vergleich mit den anderen Ländern der Europäischen Union liegt Österreich hinsichtlich der Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Geschlechtern eher im oberen Bereich. Vgl. dazu Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich, S. 34.

Grafik 4.16: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht (unterschiedliche Skalierung), 2004 (altersstandardisierte Raten* pro 100.000)



* Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Zur **Verbreitung** von Herz-Kreislauf-Krankheiten, zu **Risikofaktoren, Prävention** und **Rehabilitation**, zu **regionalen Vergleichen** sowie zur genaueren Analyse der **Herz-Kreislauf-Mortalität** siehe auch weitere Pu-

blikationen der Stadt Wien, insbesondere der Bericht zu chronischen Krankheiten,⁷⁷ zu Lebenserwartung und Mortalität,⁷⁸ zu Ergebnissen des Mikrozensus 1999⁷⁹ sowie zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey⁸⁰.

⁷⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 105–121.

⁷⁸ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 128–133, 170–171, 205–209.

⁷⁹ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

⁸⁰ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

4.5 Krebs (bösartige Neubildungen) ⁸¹

Zusammenfassung

Neuerkrankungen (Inzidenz): 2002⁸² erkrankten insgesamt 3.406 Wienerinnen und 3.320 Wiener an Krebs (also jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener). Die altersstandardisierte Inzidenzrate pro 100.000⁸³ betrug für Frauen 222,2, für Männer 311,0.

Die **häufigsten Krebserkrankungen** erfolgten im Bereich der Verdauungsorgane, vor allem im unteren Darmabschnitt (bei Frauen und Männern für jeweils 27 Prozent aller Lokalisationen verantwortlich). Bei den Frauen folgt an zweiter Stelle Brustkrebs (26 Prozent aller Lokalisationen), bei den Männern Prostatakrebs (21 Prozent aller Lokalisationen). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs) stellt für Männer die dritthäufigste (20 Prozent), für Frauen bereits die vierthäufigste (10 Prozent) Krebslokalisierung dar.

Wenngleich kein durchgehender **Trend** erkennbar ist, so sank doch die Krebsinzidenz zwischen 1984 und 2002 leicht, bei den Frauen um 16 Prozent, bei den Männern um 10 Prozent. Seit einigen Jahren liegt Wien bei beiden Geschlechtern unter den Inzidenzraten für Gesamtösterreich.

Bei den Wiener **Frauen** ist der Rückgang der Krebsinzidenz vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des Magens, des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers und des Kolorektums zurückzuführen. Allerdings ist seit 1987 auch ein deutlicher Anstieg der Lungenkrebsrate in der weiblichen Bevölkerung festzustellen, was vor allem auf das veränderte Rauchverhalten der Frauen zurückzuführen ist.

Summary: Cancer (Malignant Neoplasms)

New cancer cases (Incidence): In 2002⁸², a total of 3,406 women and 3,320 men in Vienna were diagnosed with cancer (one in 244 Viennese women and one in 226 men). The age-standardised incidence rate per 100,000⁸³ was 222.2 for women and 311.0 for men.

The most frequent types of cancer are malignant neoplasms of the digestive organs, in particular cancer of the lower intestine (27 percent of all cancer cases in both men and women). Cancer of the mammary gland is the second most frequent cancer type for women (26 percent of all cancer cases), while for men it is cancer of the prostate (21 percent). Malignant neoplasms of the respiratory organs (mainly lung cancer) are the third most frequent cancer type (20 percent) for men, while for women it is the fourth most frequent (10 percent).

While it is hard to make out a continuous **trend**, cancer incidence has slightly decreased between 1984 and 2002, by 16 percent for women and by 10 percent for men. For several years now Vienna has been below the Austrian average in incidence rates for both genders.

In Viennese **women**, the reduction is mainly due to a decrease in malignant neoplasms of the stomach, cervix, uterus and colorectum. However, a marked increase in lung cancer rates in the female population since 1986 can be observed, which is mainly due to the changes in smoking behaviour among women.

⁸¹ Siehe auch Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 134–147 und 168–169. Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 122–201. Statistik Austria (2004), Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich.

⁸² Stand Juli 2005. *Data July 2005.*

⁸³ Berechnung von altersstandardisierten Raten basiert auf fiktiver Bevölkerung (hier: Welt-Standardbevölkerung der WHO) zu Zwecken der Vergleichbarkeit. / Calculation based on WHO World Standard Population.

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei den Wiener **Männern** ist zum einen erklärbar durch den starken Anstieg des Prostatakrebses, zum anderen durch den gleichzeitigen Rückgang von Magenkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs.

Der starke Anstieg von Prostatakrebs, vor allem seit 1992, wird unter anderem mit den vermehrten Vorsorgeuntersuchungen („Screening-Effekt“) sowie verbesserten Diagnosemöglichkeiten erklärt.

Sterblichkeit (Mortalität): 2004 wurden in Wien insgesamt 4.215 Todesfälle infolge einer bösartigen Neubildung gemeldet, davon entfielen 51 Prozent auf Personen weiblichen und 49 Prozent auf Personen männlichen Geschlechts.

Für beide Geschlechter stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (vor allem Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel aller Lokalisationen mit Abstand die **häufigste Todesursache** dar. An zweiter Stelle folgt bei den Frauen Brustkrebs (19 Prozent), bei den Männern bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs).

Sowohl Darmkrebs als auch Lungenkrebs stehen in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil der Betroffenen (Ernährungsverhalten, Rauchen). Die Bemühungen zu einer wirksamen **Primärprävention** müssen daher fortgesetzt bzw. intensiviert werden.

*The fluctuations in the development of the **male** cancer incidence rate are due to a marked increase in cancer of the prostate on the one hand and a simultaneous decrease in stomach, lung and intestinal cancer.*

The dramatic increase in prostate cancer since 1992 can be attributed in part to the growing number of checkups (“screening effect”) and improved diagnostic methods.

Mortality: *In 2004, a total of 4,215 deaths due to malignant neoplasms were reported (51 percent women, 49 percent men).*

*Malignant neoplasms of the digestive organs (in particular intestinal cancer) are the by far **most frequent cancer-related cause of death** for both men and women, with approximately one third of cancer cases. The second most frequent cause of death for women is cancer of the mammary gland (19 percent), while for men it is malignant neoplasms of the respiratory organs (in particular lung cancer).*

*Both intestinal cancer and lung cancer are closely connected to life style (dietary habits, smoking). Efforts for efficient **primary prevention measures** therefore must be continued and redoubled.*

4.5.1 Krebsinzidenz

Krebserkrankungen sind aus medizinisch-epidemiologischer Sicht als ein multifaktorielles Geschehen anzusehen. Der individuelle Lebensstil, biologische, chemische und physikalische Faktoren treten hierbei in Wechselwirkung. Bestimmte Risikofaktoren scheinen dabei eine ausschlaggebende Rolle zu übernehmen (z. B. Tabakkonsum für Lungenkrebs oder Sonnenbrände für Hautkrebs). Ein Teil der Krebserkrankungen (z. B. Darm-, Lungen- und Hautkrebs) könnte durch eine Änderung des Lebensstils (Rauchen, Ernährung, Sonnenbäder) sowie durch Früherkennung vermieden bzw. in manchen Fällen geheilt werden.

Seit 1969 gibt es per Gesetz ein österreichisches Krebsregister. Die Qualität der Daten kann seit 1983 als sehr gut beurteilt werden.

Für die Analyse der Entwicklung der Krebserkrankungen kann man auf verschiedene Maßzahlen zurückgreifen. Zum einen stehen die jährlichen Absolutzahlen der Neuerkrankungen zur Verfügung (Inzidenz). Diese sind jedoch nicht für zeitliche, alters- und geschlechtsspezifische Vergleiche oder Vergleiche zu anderen Bevölkerungen geeignet. Deshalb werden altersstandardisierte Raten berechnet, basierend auf der (fiktiven) Weltstandardbevölkerung der WHO. Hierbei wird innerhalb jeder Altersgruppe eine Rate auf 100.000 Per-

sonen gleichen Alters und Geschlechts berechnet. Setzt man diese Raten zueinander in Beziehung, kann man das Risiko für bestimmte Gruppen vergleichen.⁸⁴

Die folgenden Zahlen zu den Krebserkrankungen beinhalten nur invasive Tumoren, also keine Carcinoma in Situ-Fälle. Enthalten sind jedoch die so genannten DCO-Fälle (Death Certificate Only), also jene Sterbefälle an Krebs, welche vor dem Ableben der Person bzw. vor Feststellung der Todesursache nicht dem Krebsregister gemeldet waren.⁸⁵

Österreich

Jährlich erkranken in Österreich über 30.000 Menschen an Krebs. Im zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2002 erkrankten 34.984 (2001: 35.439) Österreicherinnen und Österreicher (davon 47,4 Prozent Frauen und 52,6 Prozent Männer) an bösartigen Neubildungen (Inzidenz). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr zwar einen Rückgang der Inzidenzfälle (absolut) um 1,3 Prozent, im Vergleich zu vor zehn Jahren jedoch eine Zunahme um 10,7 Prozent (wobei der Anstieg vor allem bei den Männern sehr drastisch ausfällt: +21,8 Prozent). Jedoch ändert sich dieses Bild unter Berücksichtigung der Veränderung der Altersstruktur in diesem Zeitraum. Demnach zeigt sich im langfristigen Trend bei den Männern nur eine leichte Zunahme, bei den Frauen hingegen keine nennenswerte Veränderung des Krebsrisikos. Im Vergleich zu 1992 hat die altersstandardisierte Inzidenzrate bei Männern um 3,5 Prozent zugenommen und bei Frauen um -4,6 Prozent abgenommen.

Während sich die Inzidenzfälle in etwa zur Hälfte auf Frauen und Männer verteilen, ergibt sich nach Ausschaltung von demografischen Faktoren durch Altersstandardisierung⁸⁶ ein etwas anderes Bild: Die altersstandardisierte Inzidenzrate zeigt 2002 für Frauen in Österreich einen Wert von 231,4, für Männer einen Wert von 332,0. Das Risiko an Krebs zu erkranken war daher im Berichtsjahr für Männer um 43,5 Prozent höher als für Frauen. Insgesamt zeigen aber die alters-

standardisierten Raten für beide Geschlechter einen leicht sinkenden Verlauf.

Die häufigste Krebserkrankung bei den österreichischen Männern ist seit 1994 Prostatakrebs, bei den österreichischen Frauen ist nach wie vor Brustkrebs die häufigste Lokalisation. Bei beiden Geschlechtern folgt Darmkrebs (Kolonrektalkrebs) an zweiter Stelle.

Wien

In Wien erkranken jedes Jahr rund 7.000 Menschen an einer bösartigen Neubildung. 2002 wurden 6.726 (2001: 6.980) Krebs-Neuerkrankungen festgestellt. Dies entspricht einem leichten Rückgang von -3,6 Prozent im Vergleich zum Jahr davor bzw. -5,3 Prozent im Vergleich zu 2000. Nahezu zwei Drittel aller Krebs-Neuerkrankungen treten im Alter von über 65 Jahren auf.

Absolut gesehen verteilen sich die Neuerkrankungen zu knapp 51 Prozent (3.406 Personen) auf die weibliche und zu rund 49 Prozent (3.320 Personen) auf die männliche Bevölkerungshälfte. Werden allerdings die altersstandardisierten Erkrankungsdaten berechnet, zeigt sich, dass die Rate von Männern über jener der Frauen liegt: 311,0 Neuerkrankungen pro 100.000 Männer stehen 222,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen gegenüber. Bezieht man die Absolutzahlen auf die Wiener Bevölkerung des gleichen Jahres⁸⁷, so bedeutet dies, dass 2002 jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener⁸⁸ an Krebs erkrankte.

Die Entwicklung der altersstandardisierten Raten der Krebserkrankungen in Wien seit 1984 zeigt für **Frauen** zwischen 1988 und 1996 einen relativ kontinuierlich abnehmenden Trend. Nach dem sprunghaften Anstieg 1997 sank zwar die Krebsinzidenz wieder, doch lässt sich seit 1999 kein klarer Trend erkennen. Bei den **Männern** verlief die Entwicklung zwischen 1984 und 1996 relativ konstant, mit einem leichten Anstieg Ende der 1980er Jahre. Wie bei den Frauen ist auch bei den Männern 1997 ein sprunghafter Anstieg zu verzeich-

⁸⁴ Vgl. auch Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 241.

⁸⁵ Vgl. Statistik Austria (2002), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 260.

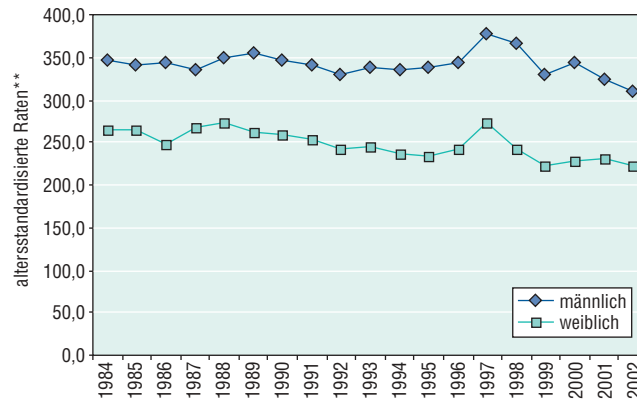
⁸⁶ Beruht auf fiktiver Bevölkerung (pro 100.000). Als Berechnungsbasis wurde die Weltstandardbevölkerung der WHO verwendet (siehe oben).

⁸⁷ Wiener Bevölkerung 2002: 832.659 Personen weiblichen Geschlechts, 751.155 Personen männlichen Geschlechts.

⁸⁸ Alle Altersgruppen.

nen; seither ist jedoch ein tendenzieller Rückgang zu beobachten (siehe folgende Grafik). **Insgesamt** sank die Krebsinzidenz zwischen 1984 und 2002 bei den Frauen um 16,2 Prozent, bei den Männern um 10,1 Prozent.

Grafik 4.17: Krebsinzidenz* Wien 1984–2002 (altersstandardisierte Raten**)

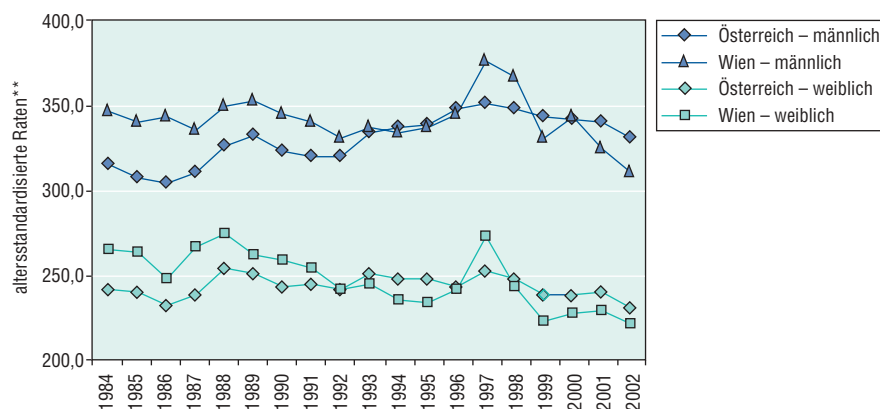


* Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
 ** Auf 100.000, bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Im **Österreich-Vergleich** liegt Wien in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern unter den entsprechenden Inzidenzraten für Gesamtösterreich.

Grafik 4.18: Krebsinzidenz* Wien und Österreich 1984–2002 (altersstandardisierte Raten**)

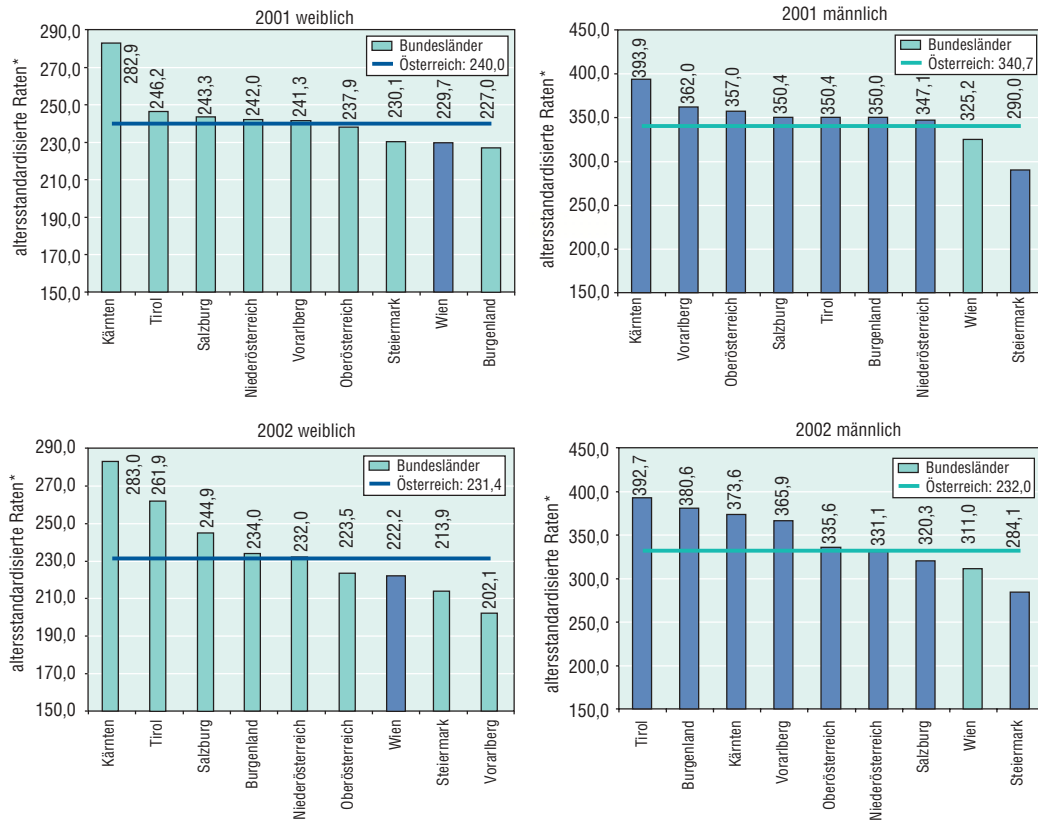


* Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
 ** Auf 100.000, bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Auch im **Bundesländervergleich** erweist sich das Krebsinzidenzrisiko der Wienerinnen und Wiener in beiden ausgewerteten Jahren vergleichsweise niedrig. Spitzenreiter ist 2001 bei beiden Geschlechtern, 2002 bei den Frauen Kärnten (siehe folgende Grafik). Ob es sich dabei um eine verbesserte Früherkennung handelt oder ein tatsächlich höheres Krebsrisiko in Kärnten, kann hier nicht beantwortet werden.

Grafik 4.19: Krebsinzidenz 2001 und 2002 im Bundesländervergleich, nach Geschlecht (unterschiedliche Skalierung)



* Auf 100.000 Bevölkerung; bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Häufigkeit der wichtigsten Krebslokalisationen

Während in den Vorjahren – gemessen an den **absoluten Fällen** – Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung von Wiener **Frauen** bildete (2001: 28 Prozent aller Fälle; 2002: 26,2 Prozent aller Fälle), standen 2002 die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, aber auch Rektum, Bauchspeicheldrüse und Magen; insgesamt 27 Prozent) an erster Stelle (2001: 26,0 Prozent aller Fälle; 2002: 26,5 Prozent aller Fälle).

Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock) nehmen mit 13,5 Prozent den dritten Rang ein. Der Anteil am weiblichen Lungenkrebs (einschließlich Bronchien und Luftröhre) bzw. an den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane insgesamt beträgt rund 10 Prozent.

Bei Wiener **Männern** treten bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (27,3 Prozent; auch hier v. a. Dickdarm und Rektum, gefolgt von Bauchspeicheldrüse, Leber und Magen), der männlichen Genitalorgane (22,6 Prozent aller Krebslokalisationen, überwiegend auf bösartige Neubildungen der Prostata zurückzuführen) sowie bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (19,5 Prozent), hier vor allem der Lunge (17,4 Prozent, einschließlich Bronchien und Luftröhre) am häufigsten auf. Der Anteil an den bösartigen Neubildungen der Harnorgane ist bei den Männern mit über 12,8 Prozent ebenfalls sehr hoch.

In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an Darm-, Magen-, Leber- und Lungenkrebs, sowie an bösartigen Neubildungen im Bereich der sonstigen Atmungsorgane (Kehlkopf, etc.), der

Harnblase und der Niere feststellen. Diese sind zu einem großen Teil durch Rauchverhalten, erhöhten Alkoholkonsum und ungesundes Ernährungsverhalten erklärbar.

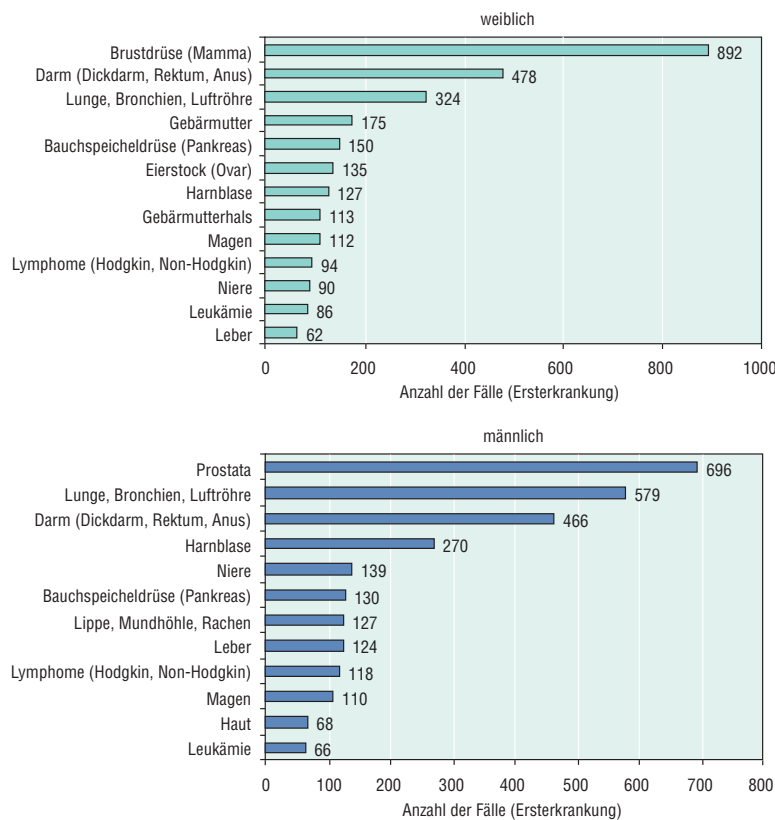
Eine **Rangreihung** der einzelnen Krebserkrankungen, getrennt nach Geschlecht, ergibt daher für Wien im Jahr 2002 folgendes Bild:

Rangreihung der wichtigsten Krebserkrankungen (Inzidenz) in Wien 2002, absolut und Anteil an allen Lokalisationen, nach Geschlecht

Rang	Frauen			Männer		
	Lokalisation	Fälle	in %	Lokalisation	Fälle	in %
1	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen: C15–C26)	903	27,0	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas, Galle und Magen: C15–C26)	907	27,3
2	Brustdrüse (C50)	892	26,2	Prostata (C61)	696	21,0
3	weibliche Genitalorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovar, etc.: C51–C58)	460	13,5	Atmungsorgane (v. a. Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf: C30–C39)	646	19,5
4	Atmungsorgane (v. a. Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf: C30–C39)	344	10,1	Harnorgane (v. a. Harnblase, Niere: C64–C68)	426	12,8

Eine detailliertere Aufschlüsselung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Lokalisationen zeigt die folgende Grafik.

Grafik 4.20: Häufigste bösartige Neubildungen (Ersterkrankung) nach Geschlecht, Wien 2002



Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts bzw. ohne die beiden geschlechtsspezifischen Lokalisationen Prostata und Brustdrüse) stellten auch 2002 bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane mit 26,9 Prozent (darunter v. a. Darmkrebs mit 14 Prozent aller Lokalisationen) sowie Lungenkrebs (einschließlich Bronchien und Luftröhre) mit 13,4 Prozent und bösartige Neubildungen der Harnorgane (9,8 Prozent) die häufigsten Krebserkrankungen der Wiener Bevölkerung dar.

Alle genannten Krebsarten stehen in engem Zusammenhang zum Lebensstil der Betroffenen. Vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege sind zu einem sehr hohen Anteil mit dem Tabakkonsum verbunden.⁸⁹ Darmkrebs weist häufig auf langjähriges falsches Ernährungsverhalten hin, und Blasenkrebs ist ebenfalls zu einem hohen Anteil tabakassoziiert und lebensstilbedingt.

Die wichtigsten **tabakassoziierten Krebserkrankungen** (Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf, Lippe, Mundhöhle und Rachen) sind bei Wiener Männern für

23,3 Prozent, für Wiener Frauen für 10,2 Prozent aller Krebserkrankungen verantwortlich. Bedenklich ist vor allem der rasante Anstieg sowohl der tabakassoziierten Krebsinzidenz als auch der entsprechenden Mortalität bei den Frauen, und zwar schon in relativ jungen Altersgruppen. Wirksame Maßnahmen, die über diverse Empfehlungen, freiwillige Vereinbarungen und kurzfristige, ineffektive Jugendkampagnen hinausgehen, wären hier dringend angesagt.⁹⁰

In Hinblick auf die Häufigkeit der genannten Krebserkrankungen sollte die **Präventionsarbeit** daher auch in Zukunft verstärkt auf die Bereiche Darm-, Lungen-, Brust- und Prostatakrebs konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils (mit entsprechender Information) zum Teil vermieden, die zuletzt genannten durch Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Verlauf gemildert werden könnten.

Die folgenden beiden Tabellen geben die Wiener Krebsinzidenz für die Jahre 2002 und 2001 wieder.

⁸⁹ Siehe Kap. 4.5.3 zu Lungenkrebs.

⁹⁰ Siehe Kap. 9.4.2 zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Rauchens.

Tabelle 4.7: Krebsinzidenz¹ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2002^{2,3}

ICD-10 Code ⁴⁾	Lokalisation	weiblich		männlich		insgesamt	
		absolut	auf 100.000 ⁵	absolut	auf 100.000 ⁵	absolut	auf 100.000 ⁵
C00–C14	B.N. ⁶ Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (Rachen)	55	4,5	127	12,1	182	8,0
C15–C26	B.N. d. Verdauungsorgane	903	48,2	907	82,9	1.668	57,7
C15	B.N. d. Ösophagus (Speiseröhre)	24	1,8	41	3,8	65	2,7
C16	B.N. d. Magens	112	5,6	110	10,0	222	7,4
C17	B.N. d. Dünndarms	7	0,4	5	0,4	12	0,4
C18	B.N. d. Dickdarms	324	17,2	277	25,0	601	20,3
C19–C21	B.N. d. Rektums und d. Anus	154	9,0	189	17,6	343	12,7
C22	B.N. d. Leber und d. intrahepatischen Gallengänge	62	3,2	124	11,6	186	6,8
C23, C24	B.N. d. Gallenblase und Gallenwege	68	3,5	30	2,7	98	3,1
C25	B.N. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	150	7,5	130	11,7	280	9,3
C30–C39	B.N. Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	344	22,8	646	59,3	990	38,2
C32	B.N. d. Larynx (Kehlkopf)	12	0,9	55	4,9	67	2,6
C33–C34	B.N. d. Luftröhre, Bronchien und d. Lunge	324	21,4	579	53,4	903	34,9
C40–C41	B.N. d. Knochens und d. Gelenkknorpels	7	0,9	6	0,6	13	0,7
C43	Bösartiges Melanom der Haut	46	3,3	68	6,6	114	4,7
C45–C49	B.N. mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe	35	3,0	35	3,8	70	3,2
C50	B.N. d. Brustdrüse (Mamma)	892	63,4	6	0,5	898	35,3
C51–C58	B.N. d. weiblichen Genitalorgane	460	31,6	–	–	460	17,7
C53	B.N. d. Cervix uteri (Gebärmutterhals)	113	9,0	–	–	113	4,8
C54, C55	B.N. d. anderen Teile der Gebärmutter	175	11,4	–	–	175	6,5
C56	B.N. d. Ovars (Eierstock)	135	9,1	–	–	135	5,1
C51, C52, C57, C58	B.N. sonst. u. n. n. bez. weibl. Genitalorgane	37	2,1	–	–	37	1,2
C60–C63	B.N. d. männlichen Genitalorgane	–	–	750	69,6	750	29,0
C61	B.N. d. Prostata	–	–	696	63,1	696	25,8
C64–C68	B.N. d. Harnorgane	234	13,3	426	38,9	660	24,0
C64	B.N. d. Niere, ausgen. Nierenbecken	90	5,7	139	12,7	229	8,6
C67	B.N. der Harnblase	127	6,8	270	24,6	397	14,2
C69–C72	B.N. Auge, Gehirn und sonst. Teile d. ZNS	56	4,2	64	7,2	120	5,7
C70–C72	B.N. d. Zentralnervensystems	50	3,9	55	6,3	105	5,1
C73–C75	B.N. d. Schilddrüse und sonst. endokriner Drüsen	105	9,3	45	4,9	150	7,3
C73	B.N. d. Schilddrüse	105	9,3	40	4,3	145	7,0
C76–C80	B.N. ungenau bez., sekund. und n. n. bez. Lokalisationen	44	2,3	23	2,1	67	2,2
C81–C96	B.N. lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	224	15,3	217	22,4	441	18,2
C81	Hodgkin-Lymphom	11	1,3	18	2,4	29	1,8
C82–C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	83	5,4	100	10,1	183	7,3
C90	Bösartige Plasmazellneubildungen (Plasmozytom)	44	2,6	33	3,0	77	2,7
C91–C95	Leukämie	86	6,1	66	7,0	152	6,4
C97	B.N. als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C00–C43, C45–C97	Bösartige Neubildungen zusammen	3.406	222,2	3.320	311,0	6.726	257,1

1 Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).

2 Stand 2005.

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

4 Positionsnummern nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD-10).

5 Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

6 B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister), zusätzliche Berechnungen durch Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Tabelle 4.8: Krebsinzidenz¹ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2001^{2,3}

ICD-10 Code ⁴⁾	Lokalisation	weiblich		männlich		insgesamt	
		absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁶⁾
C00–C14	B.N. ⁷⁾ Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (Rachen)	52	3,8	123	12,9	175	
C15–C26	B.N. d. Verdauungsorgane	959	51,1	890	81,8	1.849	
C15	B.N. d. Ösophagus (Speiseröhre)	22	1,5	50	4,7	72	
C16	B.N. d. Magens	124	7,2	121	11,0	245	
C17	B.N. d. Dünndarms	10	0,7	15	1,4	25	
C18	B.N. d. Dickdarms	346	17,4	295	26,7	641	
C19–C21	B.N. d. Rektums und d. Anus	177	10,0	153	14,2	330	
C22	B.N. d. Leber und d. intrahepatischen Gallengänge	65	3,3	107	9,9	172	
C23, C24	B.N. d. Gallenblase und Gallenwege	53	2,6	30	2,8	83	
C25	B.N. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	160	8,3	116	10,7	276	
C30–C39	B.N. Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	332	22,7	616	58,1	948	
C32	B.N. d. Larynx (Kehlkopf)	6	0,6	49	4,8	55	
C33–C34	B.N. d. Luftröhre, Bronchien und d. Lunge	323	21,7	558	52,5	881	
C40–C41	B.N. d. Knochens und d. Gelenkknorpels	4	0,6	16	2,2	20	
C43	Bösartiges Melanom der Haut	60	4,2	74	7,0	134	
C45–C49	B.N. mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe	59	4,0	52	5,1	111	
C50	B.N. d. Brustdrüse (Mamma)	982	69,5	8	0,8	990	
C51–C58	B.N. d. weiblichen Genitalorgane	446	29,9	–	–	446	
C53	B.N. d. Cervix uteri (Gebärmutterhals)	86	7,7	–	–	86	
C54,C55	B.N. d. anderen Teile der Gebärmutter	174	11,2	–	–	174	
C56	B.N. d. Ovars (Eierstock)	150	9,2	–	–	150	
C51,C52,C57,C58	B.N. sonst. u. n. n. bez. weibl. Genitalorgane	36	1,8	–	–	36	
C60–C63	B.N. d. männlichen Genitalorgane	–	–	864	81,4	864	
C61	B.N. d. Prostata	–	–	798	73,7	798	
C64–C68	B.N. d. Harnorgane	246	13,8	419	38,4	665	
C64	B.N. d. Niere, ausgen. Nierenbecken	95	6,0	121	11,3	216	
C67	B.N. der Harnblase	134	6,9	276	25,0	410	
C69–C72	B.N. Auge, Gehirn und sonst. Teile d. ZNS	59	4,5	73	8,2	132	
C70–C72	B.N. d. Zentralnervensystems	52	4,0	70	7,9	122	
C73–C75	B.N. d. Schilddrüse und sonst. endokriner Drüsen	98	8,8	49	5,4	147	
C73	B.N. d. Schilddrüse	93	8,3	43	4,2	136	
C76–C80	B.N. ungenau bez., sekund. und n. n. bez. Lokalisationen	48	2,4	23	2,0	71	
C81–C96	B.N. lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	207	14,4	221	21,9	428	
C81	Hodgkin-Lymphom	12	1,4	15	1,7	27	
C82–C85,C96	Non-Hodgkin-Lymphom	89	6,2	85	8,4	174	
C90	Bösartige Plasmazellneubildungen (Plasmozytom)	32	1,8	32	2,8	64	
C91–C95	Leukämie	74	5,0	89	9,0	163	
C97	B.N. als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	0	0,0	0	0,0	0	
C00–C43, C45–C97	Bösartige Neubildungen zusammen	3.552	229,7	3.428	325,2	6.980	

- 1 Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusiv DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
- 2 Zuletzt verfügbare Daten aus dem Jahr 2001. Vorläufige Zahlen (Stand 27.1.2005).
- 3 Aufgrund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BGBl.Nr.138/1969 und BGBl.Nr. 425/1969 sowie der Krebsstatistikverordnung BGBl.Nr.171/1978.

- 4 Positionsnummern nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD-10).
- 5 Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.
- 6 Keine Gesamtraten verfügbar.
- 7 B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Zeitliche Entwicklung

Die auf Basis von **altersstandardisierten Raten** nach Lokalisationen analysierte Entwicklung der Krebsinzidenz seit 1984 zeigt für Wien folgendes Bild.

Frauen

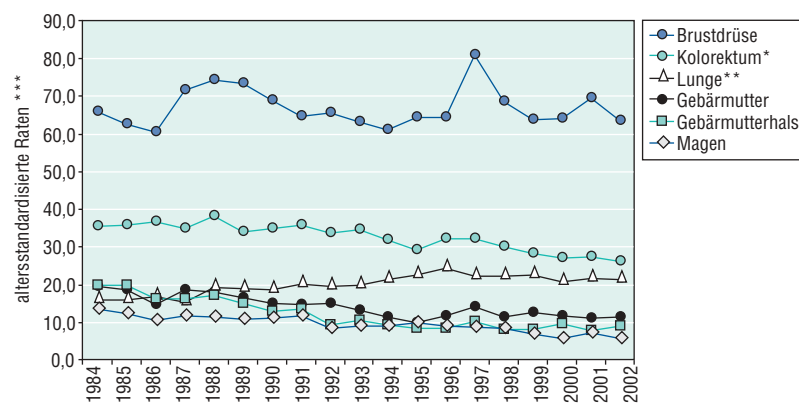
Bei den Wiener Frauen ist der im Zeitraum zwischen 1984 und 2002 beobachtete Rückgang der altersstandardisierten Krebserkrankungsrate vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des **Magens** (–58 Prozent), des **Gebärmutterhalses** (–55 Prozent), anderer Teile der **Gebärmutter** (–42 Prozent) und des **Kolorektums** (–26 Prozent) zurückzuführen.

Eine Zunahme ist jedoch bei den Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** festzustellen. Dieser nahm bei den Frauen zwischen 1984 und 2002 um 35 Prozent zu. 2002 erkrankten mehr als 21 von 100.000 Frauen (altersstandardisiert) an Lungenkrebs. Das Risiko an Lungen-

krebs zu erkranken ist zwar weiterhin für Männer ungleich höher, doch verringerte sich das Verhältnis zwischen Frauen und Männern in den letzten zehn Jahren von 1:3,3 auf 1:2,5. Der starke Anstieg bei den Lungenkarzinomen ist als Folge des zunehmenden Raucheranteiles in der weiblichen Bevölkerung zu interpretieren.⁹¹

Das Erkrankungsrisiko von weiblichem **Brustkrebs** ging in diesem Zeitraum (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1989) vorerst etwas zurück, 1997 war jedoch ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Der anschließende Rückgang war nur kurz; 2000 und vor allem 2001 ist wieder ein Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu beobachten. Erst 2002 kam es wieder zu einem leichten Rückgang. In der seit 1994 insgesamt zu beobachtenden Zunahme bzw. der nach wie vor hohen Erkrankungsrate dürfte sich vor allem auch die vermehrte Brustkrebs-Früherkennung (Vorsorgeuntersuchungen) widerspiegeln („Screening-Effekt“).⁹²

Grafik 4.21: Krebsinzidenz Frauen – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002



* Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (C18–C21).

** Lunge, Luftröhre, Bronchien (C33–C34).

*** Auf 100.000 Bevölkerung, bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister); eigene Berechnungen.

⁹¹ Siehe auch Kap. 4.5.3 zu Lungenkrebs.

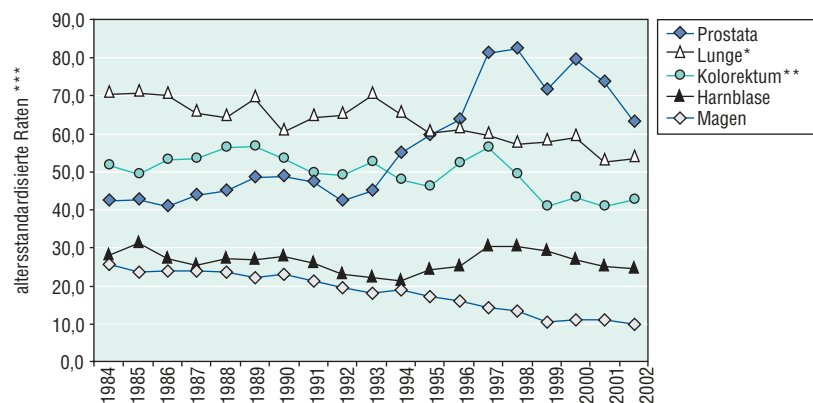
⁹² Siehe auch Kap. 4.5.3 zu Brustkrebs.

Männer

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei Männern ist einerseits erklärbar durch den starken Anstieg des **Prostatatakreb**ses, insbesondere zwischen 1992 und 2000 (+87 Prozent!), andererseits durch den gleichzeitigen Rückgang von **Magenkrebs** (seit 1990: -57 Prozent), **Lungenkrebs** (seit 1993: -24 Prozent) und **Kolorektalkrebs** (seit 1989: -25 Prozent).

Der Lungenkrebs, der in Wien – trotz des seit 1993 beobachtbaren Rückganges – bis 1995 die häufigste Krebserkrankung bei Männern darstellte, wurde 1996 vom stetig ansteigenden Prostatatakrebs überholt. Der rasante Anstieg der Prostatatakrebsinzidenz ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen⁹³ („Screening-Effekt“).

Grafik 4.22: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002



* Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (C18–C21).

** Lunge, Luftröhre, Bronchien (C33–C34).

*** Auf 100.000 Bevölkerung, bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister); eigene Berechnungen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken ist für die männliche Bevölkerung etwa 2,5-mal so hoch wie für die weibliche. Auch haben Männer – trotz des starken Rückganges – noch immer ein 1,6-mal so hohes Risiko an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms oder Mastdarms (Kolorektums) zu erkranken als Frauen.

Vorsorgeuntersuchungen und Tumorstadien

Durch die vermehrte Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sowie Screening-Programmen zeigt sich mitunter eine frühere Erkennung der Krebserkrankungen.

Das Tumorstadium gibt Auskunft über den Fortschritt der Krebserkrankung. Die Ausbreitung des Tumorstadiums ist bei den einzelnen Tumorlokalisationen oft sehr unterschiedlich. Dass z. B. nur ein geringer Teil aller bösartigen Neubildungen der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses das doch weiter fortgeschrittene regionalisierte Tumorstadium aufweist (Tumorausbreitung in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen) wird auf die meist frühe Erkennung durch den im Rahmen der regelmäßigen gynäkologischen Untersuchung durchgeführten „Krebs-Abstrich“ zurückgeführt. 2001 wurden fast zwei Drittel (65,3 Prozent) aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs bereits im Vorstadium (CIS⁹⁴) erkannt, bei 16,5 Prozent war der Tumor noch auf das

⁹³ Vgl. dazu auch Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Ursprungsorgan beschränkt (lokalisiert). Auch beim Prostata- und Brustkrebs werden rund die Hälfte aller Tumorerkrankungen sehr früh erkannt (CIS 52,6 Prozent; lokalisiert 46,6 Prozent).⁹⁵

Insgesamt wurden in Österreich mehr als 30 Prozent aller Fälle bereits im Vorstadium (CIS) erkannt oder solange der Tumor noch auf das Ursprungsorgan beschränkt war (lokalisiert).

2001 hatten etwa ein Viertel aller Magenkarzinome (25,0 Prozent), Lungenkarzinome (23,0 Prozent) und Brustkarzinome (27,7 Prozent) ein regionalisiertes Tumorstadium, d. h. der Tumor war bereits in unmittelbares benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten ausgebreitet, jedoch noch keine Fernmetastasen. Am höchsten ist der Anteil des regionalen Tumorstadiums beim Darmkrebs (40,1 Prozent).⁹⁶

Mehr als ein Viertel aller Lungenkrebs- und ein Fünftel aller Magenkrebs-erkrankungen (Österreich) wiesen bereits bei der Ersterkennung nachgewiesene Fernmetastasen auf (disseminiert).⁹⁷

Damit zeigt sich auch die gesundheitspolitische Bedeutung von **Vorsorgeuntersuchungen**, die von der Bevölkerung zwar bereits in hohem Ausmaß genutzt werden⁹⁸, deren Inanspruchnahme aber weiterhin gefördert werden muss. Gleichzeitig soll jedoch auch die Sinnhaftigkeit mancher Vorsorgeuntersuchungen geprüft werden bzw. PatientInnen über die Vor- und Nachteile von Screening-Untersuchungen besser informiert werden.

So etwa wird die **Mammographie** in Österreich ab etwa dem 35. Lebensjahr empfohlen und ab dem 40. Lebensjahr in zweijährigen Intervallen von den Kranken-

kassen bezahlt, wobei die wissenschaftliche Basis für diese Empfehlung unklar ist. Die WHO empfiehlt ein zweijähriges Screening für 50- bis 69-Jährige, während sie dem Screening von 40- bis 49-Jährigen aufgrund der nicht bewiesenen Effektivität kritisch gegenüber steht.⁹⁹ Darüber hinaus ist für alle Altersgruppen die Effektivität des Mammographie-Screenings nach wie vor umstritten und eine Reduktion der Sterblichkeit ist nicht nachgewiesen. Auch in Wien ging die Sterblichkeit, trotz der Empfehlung und Förderung von Mammographien (auch bei jüngeren Frauen), zwischen 1994 und 2004 um nur etwas über 14 Prozent zurück.¹⁰⁰ Umgekehrt sind durchaus Schäden im Sinn von unnötigen Eingriffen und falsch positiven Resultaten gegeben.¹⁰¹ Im Bereich der Brustkrebsvorsorge wäre daher vor allem auch eine vermehrte Aufforderung bzw. Schulung zur Selbstuntersuchung bereits bei jungen Mädchen, aber auch bei erwachsenen Frauen als nach wie vor beste Vorsorge- und Früherkennungsmethode zu propagieren.

Gebärmutterhals-Screening ist hingegen als effektive Methode zur Senkung der Morbidität und Mortalität anerkannt und die wichtigsten internationalen Organisationen (WHO¹⁰², CDC¹⁰³, USPTF¹⁰⁴) empfehlen eine Untersuchung in 3-Jahres-Intervallen von 21- bis 65-jährigen Frauen. Häufigeres Screening kann den bereits hohen Schutz von 90,8 Prozent Reduktion nur mehr geringfügig erhöhen: Mit einem jährlichen Screening, wie dies in Österreich für Frauen ab 20 Jahren von den Krankenkassen bezahlt wird, wird eine Reduzierung von 93,5 Prozent erreicht. Das heißt, mit ungefähr dreifachem Ressourceneinsatz kann nur ein zusätzlicher Nutzen von 2,7 Prozentpunkten erreicht werden. Mit einem systematischen und zielgruppenorientierten Früherkennungsprogramm kann laut WHO die Sterblichkeit um ca. 60 Prozent reduziert werden.¹⁰⁵

⁹⁴ CIS = Carcinoma in Situ.

⁹⁵ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 243.

⁹⁶ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 242 f.

⁹⁷ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 243.

⁹⁸ Zum Thema Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen siehe Kap. 11.3.

⁹⁹ WHO (2003), Cytology screening: <<http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/>> und Screening for breastcancer: <<http://www.who.int/cancer/detection/breast-cancer/en/>>.

¹⁰⁰ Siehe weiter unten Kap. Weiblicher Brustkrebs.

¹⁰¹ Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark 2003, S. 43.

¹⁰² WHO – Weltgesundheitsorganisation.

¹⁰³ CDC – Centers for Disease Control.

¹⁰⁴ USPTF – US Preventive Task Force.

¹⁰⁵ Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark 2003, S. 46.

4.5.2 Krebsmortalität

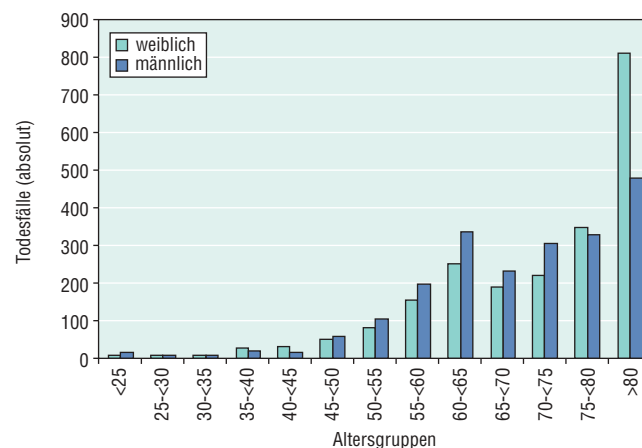
Ebenso wie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen auch Krebserkrankungen vor allem bei älteren Menschen eine der Haupttodesursachen dar. Insbesondere mit dem Anstieg der Lebenserwartung kam es daher in den letzten Jahren auch zu einem Anstieg der Krebserkrankungen. Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren werden Krebserkrankungen, ebenso wie auch andere Alterserkrankungen, voraussichtlich weiterhin zunehmen.¹⁰⁶

Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben im Jahr 2004 in Wien 4.215 Menschen an einer bösartigen Neubildung, davon waren 2.144 (51 Prozent) weiblichen und 2.071 (49 Prozent) männlichen Geschlechts.¹⁰⁷ Krebs stellt damit die **zweithäufigste Todesursache** in Wien dar: Mehr als ein Viertel (27 Prozent) der im Jahr

2004 Verstorbenen starben an den Folgen einer Krebserkrankung. Allerdings zeigen sich dabei geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Männern erklären Krebserkrankungen fast 30 Prozent aller Todesfälle, bei Frauen 25 Prozent. Bei den Frauen stellt Krebs in der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen jedoch die Todesursache Nummer eins dar.

Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben steigt mit dem **Alter**. Ab etwa 45 Jahren steigt das Risiko bei beiden Geschlechtern merklich an. Während bis zum Alter von etwa 75 Jahren mehr Männer als Frauen an einer bösartigen Neubildung versterben, wobei insbesondere die Altersgruppe der 60- bis 65-jährigen Männer besonders gefährdet ist, überwiegt (altersbedingt) das weibliche Geschlecht in den obersten Altersgruppen (siehe folgende Grafik)¹⁰⁸.

Grafik 4.23: Bösartige Neubildungen, Gestorbene nach Geschlecht, Wien 2004



Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen.

Innerhalb der Krebserkrankungen stellen für beide Geschlechter bösartige Neubildungen im Bereich der **Ver-**

daungsorgane (v. a. Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel die häufigste Todesursache dar.

¹⁰⁶ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität.

¹⁰⁷ Siehe Tabelle 3.5 in Kapitel 3.2.3 – Todesursachenstatistik. Die hier angeführten Zahlen basieren auf den Neubildungen insgesamt (4.316), abzüglich gutartige Neubildungen (40) sowie Neubildungen mit unsicherem Verhalten (61), also 4.215 bösartige Neubildungen (97,7 Prozent aller Neubildungen).

Frauen: 2.209 Neubildungen insgesamt, abzüglich 27 gutartige Neubildungen und 38 Neubildungen mit unserem Verhalten, also 2.144 bösartige Neubildungen.

Männer: 2.107 Neubildungen insgesamt, abzüglich 13 gutartige Neubildungen und 23 Neubildungen mit unsicherem Verhalten, also 2.071 bösartige Neubildungen.

¹⁰⁸ Siehe auch Grafik 3.7 in Kap. 3.2.3 – Alter und Sterblichkeit.

An zweiter Stelle folgt bei den Frauen **Brustkrebs** mit fast 19 Prozent aller Krebslokalisationen, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (v. a. Lungenkrebs) mit 26 Prozent.

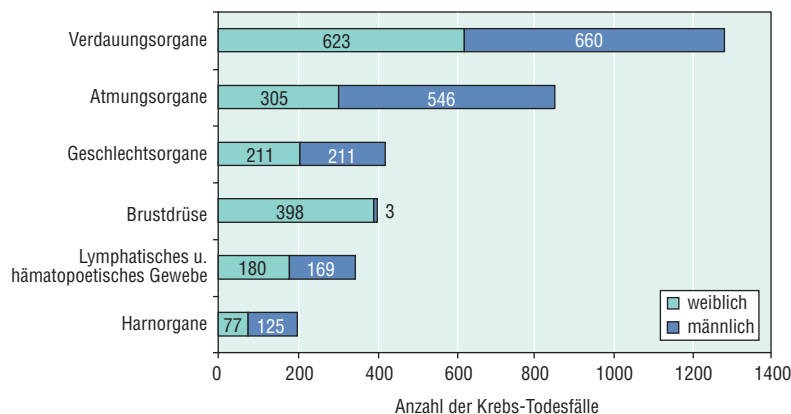
Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den 60er Jahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten stark an. Mittlerweile sind bösartige Neubildungen der Atmungsorgane bereits die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Wiener Frauen (14 Prozent aller Krebstodesfälle).¹⁰⁹

Bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** (Männer: Prostata; Frauen: vor allem Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock) sind zu jeweils rund 10 Prozent für die Krebstodesfälle verantwortlich. In der männlichen Bevölkerung bildet Prostatakrebs die dritthäufigste Krebstodesursache.¹¹⁰

Zusammenfassend stellt sich 2004 für Wien die **Rangfolge** der an Krebs Verstorbenen nach Geschlecht – wie im Vorjahr – folgendermaßen dar:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Verdauungsorgane (v. a. Darm)	1. Verdauungsorgane (v. a. Darm)
2. Brustdrüse	2. Atmungsorgane (v. a. Lunge)
3. Atmungsorgane (v. a. Lunge)	3. Geschlechtsorgane (Prostata)

Grafik 4.24: Häufigste Krebstodesfälle, Wien 2004



Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

4.5.3 Ausgewählte Krebserkrankungen¹¹¹

Weiblicher Brustkrebs

In der **Ätiologie** von Brustkrebs werden mehrere mögliche **Einfluss- und Risikofaktoren** diskutiert. Einflüsse und Belastungen bereits vor dem Erwachsenen-

alter scheinen einen wichtigen Einfluss auf eine spätere Erkrankung zu haben. Zum einen dürften bereits Risikofaktoren im frühen Lebensstadium eine wichtige Rolle im Entstehen dieser Krankheit spielen – diskutiert werden etwa Einflüsse der Ernährung in der Kindheit, präpubertärer Wachstumsprozess (z. B. Körpergröße im Alter von 7 Jahren), sowie pränatale Einflüsse

¹⁰⁹ Siehe Kapitel 4.5.3 zu Lungenkrebs.

¹¹⁰ Zur Krebsmortalität siehe auch Spezialberichte zu Lebenserwartung und Mortalität (Stadt Wien, 2003), S. 134–137 sowie zu chronischen Krankheiten (Stadt Wien, 2004), S. 130–132.

¹¹¹ Siehe auch Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 134–147 sowie Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 122–201.

und Geburtsgewicht.¹¹² Weithin anerkannte Risikofaktoren sind jedoch vor allem Familiengenese, spätes Alter bei Erstgeburt, niedrige Fertilität, frühe Menarche, und Vorhandensein von endogenen Östrogenen. Zum andern sucht man auch Erklärungen unter Berücksichtigung der Ereignisse des gesamten Lebenslaufes der Patientin (*life course approach*). Bedeutende Lebensereignisse sowie Ernährungsgewohnheiten (insbesondere Fettkonsum) scheinen deshalb ebenfalls bedeutende Einflussfaktoren darzustellen.¹¹³ Auch Umweltgifte (Pestizide, etc.) sowie Hormone (v. a. exogene Östrogene) in der Nahrung (z. B. Fleisch aus Massentierhaltung, nicht-biologisches Gemüse) gelten als carcinogen und brustkrebsfördernd.

Insgesamt werden also für die Entstehung von Brustkrebs **genetische, hormonelle, ernährungsbedingte, umweltbedingte sowie medizinische und biologische Faktoren** genannt. Das heißt auch, dass Risikofaktoren zur Entstehung von Brustkrebs in jedem Lebensalter auftreten. Damit wird auch die Erhebung und Analyse von Lebensstil-Daten gesundheitspolitisch relevant. Insgesamt sind die kausal-temporären Beziehungen im Zusammenhang mit der Entstehung von Brustkrebs als sehr komplex zu bezeichnen.

Das Erkrankungsrisiko (**Inzidenz**) an weiblichem Brustkrebs ging seit Anfang der 1980er Jahre (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1989) vorerst etwas zu-

rück, 1997 war jedoch ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Der anschließende Rückgang war nur kurz; 2000 und vor allem 2001 ist wieder ein Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu beobachten. Erst 2002 ist wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Insgesamt ist seit 1994 eine leichte Zunahme der Brustkrebsinzidenz zu beobachten.

2002 erkrankten 892 Wienerinnen (d. h. jede 933. Frau¹¹⁴) an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse; die altersstandardisierte Inzidenzrate betrug 63,4.¹¹⁵

In der Zunahme der letzten Jahre bzw. der nach wie vor hohen Erkrankungsrate dürfte sich vor allem auch die vermehrte Brustkrebs-Früherkennung (Vorsorgeuntersuchungen) widerspiegeln („Screening-Effekt“). Auswirkungen der vermehrten Früherkennung auf die **Mortalität** sind jedoch bisher nur in geringem Ausmaß feststellbar.¹¹⁶ Seit 1997 lässt sich zwar ein leichter Rückgang beobachten (-16 Prozent), doch ist die Sterblichkeit an Brustkrebs noch immer hoch. 2004 verstarben 398 Wienerinnen infolge einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Dies entspricht einer Rate von 23,2 Todesfällen pro 100.000.¹¹⁷

Die folgende Grafik veranschaulicht die Entwicklung der Neuerkrankungen im Vergleich zu den Todesfällen auf der Basis von altersstandardisierten Raten.

¹¹² Die Kombination hohes Geburtsgewicht und überdurchschnittliche Körpergröße im Alter von 7 Jahren scheint z. B. ein Risikofaktor für die Entstehung von Brustkrebs zu sein.

¹¹³ LEON & BEN-SHLOMO (1997).

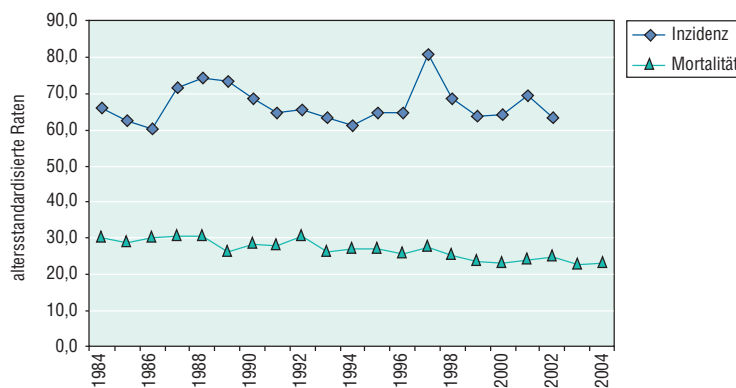
¹¹⁴ Alle Altersgruppen.

¹¹⁵ 2001: 982 Erkrankungen, d. h. jede 834. Wienerin. Die Inzidenzrate betrug 69,5.

¹¹⁶ Siehe dazu auch Erläuterungen in Kap. 4.5.1.2 (Vorsorgeuntersuchungen).

¹¹⁷ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Grafik 4.25: Brustkrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten**, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50).

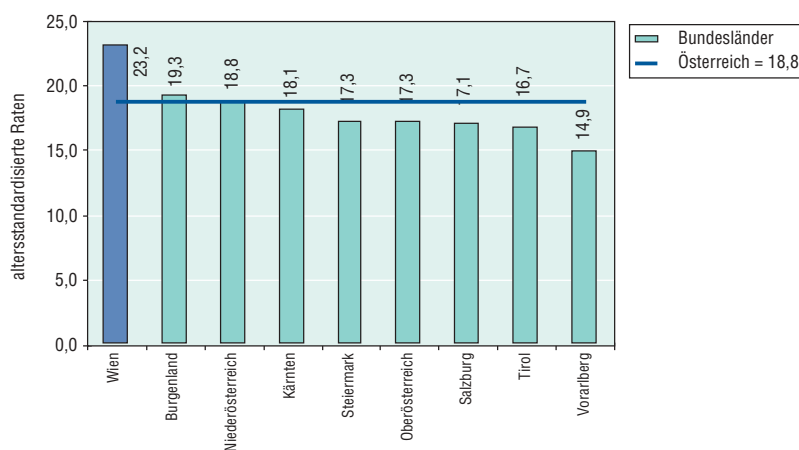
** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundsländer-Vergleich** zeigt sich die klare Spitzenposition Wiens; mit großem Abstand folgen die beiden anderen Bundesländer der Ostregion: das Burgen-

land und Niederösterreich. Die niedrigste Brustkrebsmortalität weisen Vorarlberg und Tirol auf.

Grafik 4.26: Brustkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, 2004



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Mehr zu Risikofaktoren, Verbreitung, Entwicklung der Brustkrebsinzidenz nach Altersgruppen, Tumorstadien, stationäre Aufenthalte, Mortalität nach Altersgruppen, europäischer Vergleich, Präventionsmaßnahmen

und Behandlungsmethoden siehe Spezialbericht der Stadt Wien zu chronischen Krankheiten¹¹⁸ sowie Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität¹¹⁹. Eine Beschreibung des Wiener Brustkrebs-Früherkennungs-

¹¹⁸ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 142–149.

programmes 2000–2002 „Die Klügere sieht nach“ findet sich ebenfalls in dem erstgenannten Bericht.¹²⁰

Prostatakrebs

Während die Mortalität von Prostatakrebs seit 1997 eine leicht sinkende Tendenz aufweist, kam es in Wien seit etwa 1992 zu einer drastischen Zunahme der diagnostizierten Erkrankungen. Dieser rasante Anstieg ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen („Screening-Effekt“).

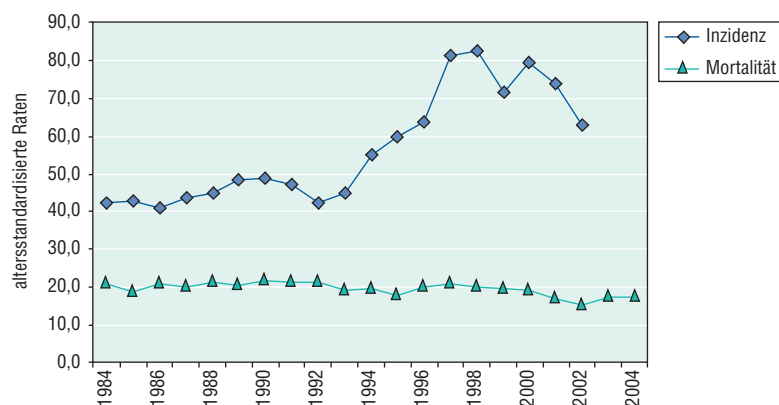
Zur Zeit gibt es keine wirkliche Heilung bei Prostatakrebs. Die derzeit noch recht unbefriedigenden und aggressiven, für den Patienten teilweise auch risikoreichen Behandlungsmöglichkeiten (radikale Prostatektomie, Strahlentherapie oder abwarten und beobachten), sprechen gegen ein umfassendes Screening-Programm. In der Mehrzahl der Fälle verursacht die Erkrankung an Prostatakrebs nicht die spätere Todesursache. Trotz mangelnder Beweise für die Wirksamkeit, hohem Risiko (erhöhte Morbidität und möglicherweise auch Mortalität infolge von operativen Be-

handlungen¹²¹), bedeutsamen psychischen Auswirkungen sowie Verlust an Lebensqualität haben jedoch Prostataoperationen und großteils unnötige Biopsien in den letzten Jahren in vielen Ländern stark zugenommen.

Inzidenz: Bösartige Neubildungen der Prostata bilden mit 21 Prozent aller Krebslokalisationen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Der starke Anstieg von Prostatakrebskrankungen seit 1992 wurde 1999 mit einem leichten Rückgang vorerst unterbrochen. 2000 kam es zu einem neuerlichen Anstieg. Seither ist jedoch wieder ein Rückgang der diagnostizierten Erkrankungen zu verzeichnen. 2002 erkrankten 696 Wiener (d. h. jeder 1079. Mann¹²²) an Prostatakrebs. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 63,1.¹²³

Im Gegensatz zur Entwicklung der Inzidenz ist der Verlauf der **Mortalität** innerhalb der letzten zwanzig Jahre relativ konstant, wenngleich seit 1997 eine leicht sinkende Tendenz zu beobachten ist. Im Jahr 2004 verstarben 211 Wiener infolge einer Prostatakrebskrankung. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 17,5.¹²⁴

Grafik 4.27: Prostatakrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten**, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen der Prostata (C61).

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

¹¹⁹ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 137–140.

¹²⁰ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 150–151.

¹²¹ The International Prostate Screening Trial Evaluation Group (1999) und LEGLER et al. (1998).

¹²² Alle Altersgruppen.

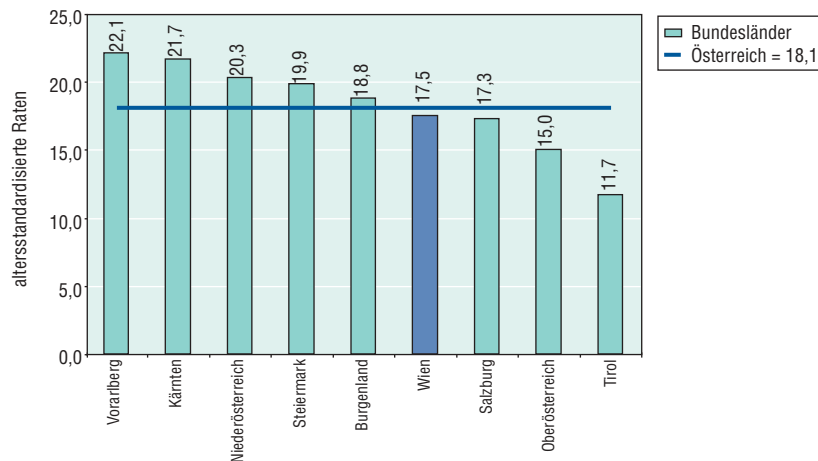
¹²³ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

¹²⁴ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Im **Bundesländer-Vergleich** liegt Wien im unteren Mittelfeld, etwas unter dem Durchschnittswert für Gesamtösterreich. Auffallend hoch ist die Prostatakrebs-

mortalität in Vorarlberg und Kärnten, während Tirol mit Abstand die niedrigsten Raten aufweist.

Grafik 4.28: Prostatakrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, 2004



* Bösartige Neubildungen der Prostata (C61). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zur Altersstruktur der neu Erkrankten, zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Prostatakrebs, zur Inzidenz im Europäischen Vergleich sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe insbesondere den von der Stadt Wien publizierten Spezialbericht zu chronischen Krankheiten¹²⁵ sowie den Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität in Wien¹²⁶.

Darmkrebs

Kolorektale Karzinome entstehen aus einer komplexen Wechselwirkung zwischen **Umfeltfaktoren, genetischen Faktoren und individuellem Verhalten** (insbesondere fettreiche und faserarme Ernährung, aber auch körperliche Inaktivität sowie übermäßiger Alkoholkonsum).¹²⁷

Inzidenz: Darmkrebs, vor allem im untersten Darmabschnitt (Dickdarm¹²⁸), zählt zu den häufigsten

Kreberkrankungen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. Die im Unterschied zu den Absolutzahlen deutlich höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate der Männer zeigt nach dem sprunghaften Anstieg 1997 eine deutliche Abnahme. Bei den Frauen erstreckt sich die sinkende Tendenz relativ kontinuierlich bereits auf einen längeren Zeitraum, wenngleich es nach dem Tiefpunkt 2000 wieder zu einem leichten Anstieg kam.

2002 erkrankten in Wien 601 Personen (324 Frauen und 277 Männer) an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms. Weitere 343 Personen (154 Frauen und 189 Männer) erkrankten an einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum and Anus. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von insgesamt 33,0 pro 100.000 (Frauen: 26,2; Männer: 42,6), für Dickdarm 20,3 (Frauen 17,2; Männer 25,0).¹²⁹

Auch bei der **Mortalität** weisen Männer höhere Raten

¹²⁵ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 152–158.

¹²⁶ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 140–142.

¹²⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 168.

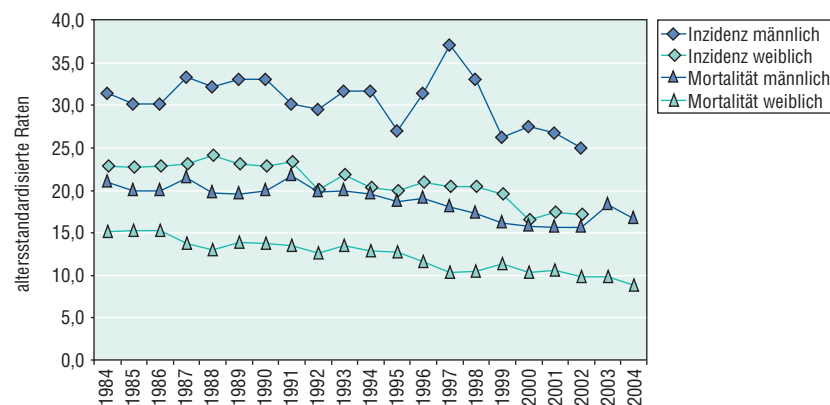
¹²⁸ Nach ICD-10 Code: C18.

¹²⁹ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

auf als Frauen. Wenngleich es bei beiden Geschlechtern in den letzten zehn Jahren insgesamt zu einem Rückgang der Darmkrebssterblichkeit kam (1994–2004: Männer –15 Prozent; Frauen –32 Prozent), so ist dieser bei den Frauen besonders ausgeprägt. Bei den Männern ist ein deutlicher Rückgang bis 2002 zu verzeichnen, 2003 stieg jedoch die Sterblichkeit wieder an und sank 2004 nur leicht ab (siehe folgende Grafik).

2004 wurden in Wien insgesamt 392 Todesfälle (davon 198 Frauen und 194 Männer) infolge eines Dickdarmkarzinoms gemeldet. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 16,6 (Männer) bzw. 8,8 (Frauen) pro 100.000.¹³⁰ Berücksichtigt man auch die Todesfälle aufgrund einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum und Anus (73 Frauen, 70 Männer), so erhöht sich die Anzahl der Todesfälle auf 535.

Grafik 4.29: Darmkrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten** nach Geschlecht, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18).

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

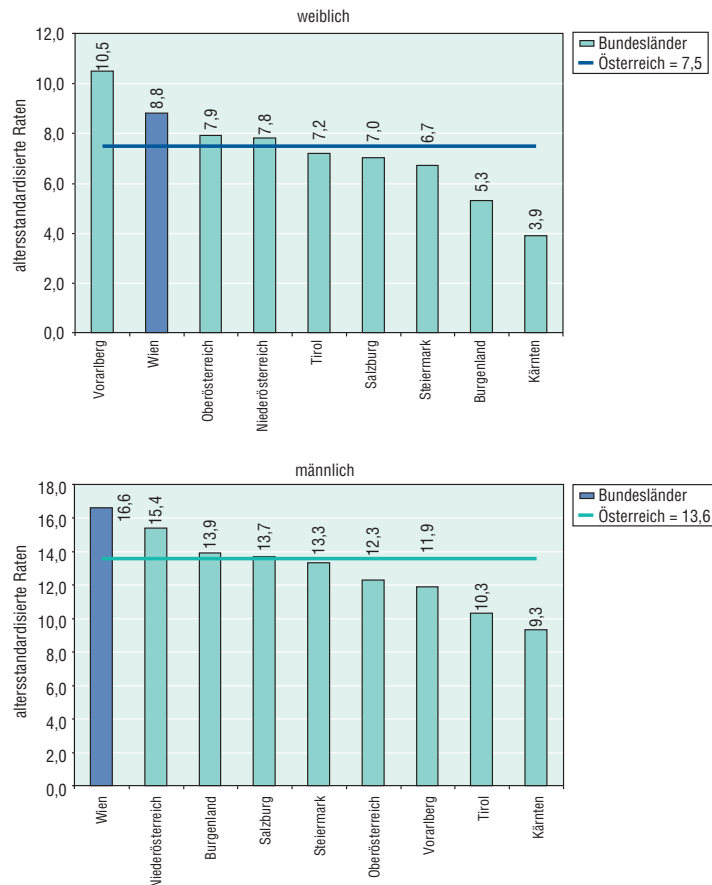
Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundesländer-Vergleich** rangieren die Wiener **Frauen** hinter dem (eher unerklärlichen) Spitzenreiter Vorarlberg an zweiter Stelle. Im Gegensatz zur generell sehr hohen Krebsrate in Kärnten zeigen die Kärntnerinnen bei der Darmkrebsmortalität die mit Abstand niedrigste Rate. Bei den **Männern** weisen die Wiener die höchste Darmkrebsmortalität auf, gefolgt von Nie-

derösterreich und dem Burgenland. Die Kärntner, Tiroler und Vorarlberger Männer weisen hingegen die niedrigsten Raten auf. Hier zeigt sich besonders deutlich das bekanntermaßen ungünstige Ernährungsverhalten der Ostregion, insbesondere der männlichen Bevölkerung.

¹³⁰ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Grafik 4.30: Darmkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zur Altersstruktur der neu Erkrankten, zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Kolorektalkrebs, zur Verbreitung und Entwicklung von Neuerkrankungen, zur Inzidenz und Mortalität im europäischen Vergleich sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe die von der Stadt Wien veröffentlichten Spezialberichte zu chronischen Krankheiten¹³¹ und zu Lebenserwartung und Mortalität¹³².

Lungenkrebs

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge¹³³ (Lungenkrebs, auch Bronchialkarzi-

nom) ist wohl diejenige Lokalisation, welche quantitativ den größten Anteil an denjenigen Krebserkrankungen und Krebstodesfällen einnimmt, die in hohem Ausmaß (etwa zu 90 Prozent) mit dem **Rauchverhalten** in Zusammenhang stehen. Zwar wird wie gesagt diese Krebserkrankung nicht *nur* durch Rauchen verursacht, doch weisen RaucherInnen im Vergleich zu Nicht-RaucherInnen ein 10- bis 20-faches Risiko auf. Der tatsächlichen Erkrankung gehen viele Jahre lang dauernder Rauchkonsum voraus. Der Häufigkeitsgipfel der Lungenkrebserkrankungen und –sterblichkeit tritt daher erst um das 50. bis 60. Lebensjahr auf.

¹³¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 167–174.

¹³² Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 142–144.

¹³³ ICD-10 Code : C33–C34.

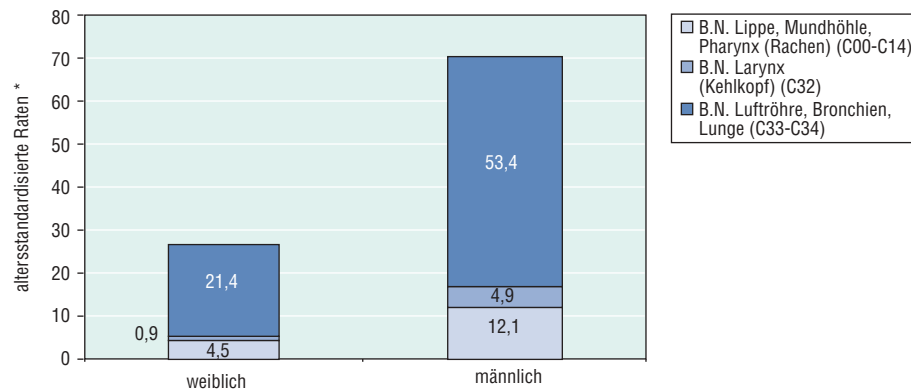
Dass RaucherInnen eine erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen, ist in der Literatur bereits gut dokumentiert. Eine norwegische Studie¹³⁴ untersuchte z. B. den Einfluss von Rauchen auf die Dauer von chronischen Krankheiten vor dem Tod. Die 23 Jahre dauernde follow-up Studie belegt, dass RaucherInnen im Durchschnitt neun Jahre früher als Nicht-RaucherInnen an einer chronischen Krankheit erkranken, im Durchschnitt fünf Jahre früher sterben, und im Durchschnitt vier Jahre länger krank sind bevor sie sterben.

Vergangene und gegenwärtige Missverständnisse in Bezug auf die Gefahren des Rauchens beruhen zu einem großen Teil auf der langen Zeitspanne zwischen dem Beginn des Rauchens und dem Auftreten von Krankheiten, welche in Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, bzw. einem feststellbaren Anstieg von entsprechenden Erkrankungsraten innerhalb einer Bevölkerung und in der Folge einem deutlichen Anstieg der Sterberaten in dieser Bevölkerung.¹³⁵

Neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane zählt Krebs zu den bedeutendsten chronischen Krankheiten. Nicht nur der vielzitierte Lungenkrebs, sondern auch Krebserkrankungen im Bereich des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens, aber auch Blasenkrebs und andere Krebserkrankungen von Organen, die keinen direkten Kontakt zum Rauchen aufweisen (wie z. B. Bauchspeicheldrüse, Niere, Magen, hämatopoetisches Gewebe, Gebärmutterhals, etc.), stehen in engem Zusammenhang mit dem Rauchverhalten.¹³⁶

Innerhalb der Krebserkrankungen von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchvorgang stehen, nimmt freilich der Lungenkrebs den Hauptanteil ein. Bei den Männern ist jedoch auch der Anteil an Todesfällen infolge von Krebserkrankungen im Bereich von Lippe, Mundhöhle und Rachen (Zungenkrebs, etc.) nicht unwesentlich.¹³⁷

Grafik 4.31: Erkrankungshäufigkeit von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, Wien 2002



* Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

2002 erkrankten in Wien 1152 Personen (761 Männer und 391 Frauen) an einer bösartigen Neubildung der Lunge, der Bronchien, der Luftröhre, des Kehlkopfes,

der Lippe, der Mundhöhle oder des Rachens. Im Jahr 2004 starben in Wien 955 Personen (631 Männer und 324 Frauen) infolge einer dieser Krebslokalisationen.

¹³⁴ SANDVIK et al.

¹³⁵ JHA & CHALOUKKA (2000), S. 23.

¹³⁶ Ebda.

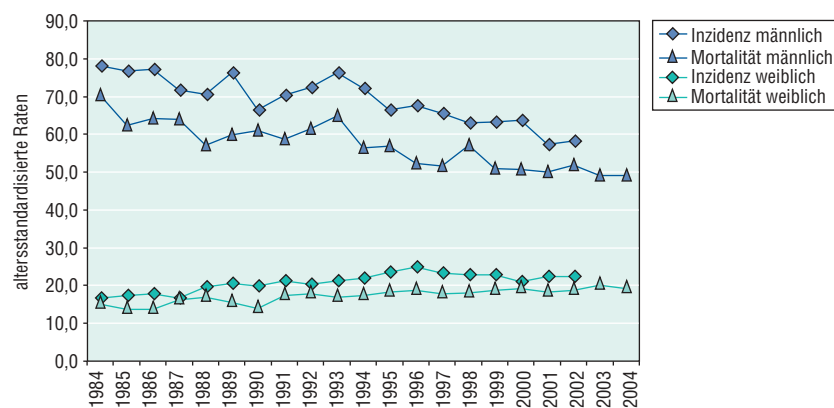
¹³⁷ Siehe auch Stadt Wien (2002), Gesundheitsbericht Wien 2002, S. 101–105.

Betrachtet man die Organe, welche in direktem Bezug zum Rauchvorgang stehen, gesamt – also Lippe, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge¹³⁸ – so zeigt sich folgendes Bild:

- Männer weisen sowohl eine fast dreimal so hohe Erkrankungsrate (2002: 70,4 : 26,8 pro 100.000) als auch eine fast dreimal so hohe Sterblichkeit auf als Frauen.
- Wengleich noch immer sehr hoch, weisen die Erkrankungs- und Mortalitätsraten der Männer eine sinkende Tendenz auf, während die Raten der Frauen deutlich ansteigen.

Die alarmierende Entwicklung bei den **Frauen** zeigt zwischen 1990 und 2002 eine Zunahme der Lungenkrebsinzidenz um 13 Prozent, der Sterblichkeit um mehr als ein Drittel (36 Prozent). Dies dürfte mit dem gestiegenen Raucheranteil in der weiblichen Bevölkerung seit den frühen 70er Jahren in Zusammenhang stehen. Der in den letzten Jahren insbesondere bei weiblichen Jugendlichen gestiegene Raucheranteil wird sich wahrscheinlich erst in späteren Jahren statistisch auswirken. Die Auswirkungen von Spätfolgen sowie die derzeit geringen Heilungschancen machen eine Prävention vor allem bei noch jungen Menschen deshalb doppelt wichtig.¹³⁹

Grafik 4.32: Bösartige Neubildungen der Lunge, der Bronchien, der Luftröhre, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten** nach Geschlecht, Wien ab 1984



* ICD-10: C32–C34.

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundesländer-Vergleich** wird die auch innerhalb Österreichs höchste RaucherInnenquote Wiens¹⁴⁰ in der höchsten Lungenkrebsmortalität sowohl bei Frau-

en als auch bei Männern ersichtlich. Burgenländische Frauen und Salzburger Männer zeigen hingegen die niedrigste Sterblichkeit an Lungenkrebs.

¹³⁸ Nach ICD-10 Code: C00–C14, C32–C34.

¹³⁹ Siehe Kap. 9.4.2 zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Rauchens.

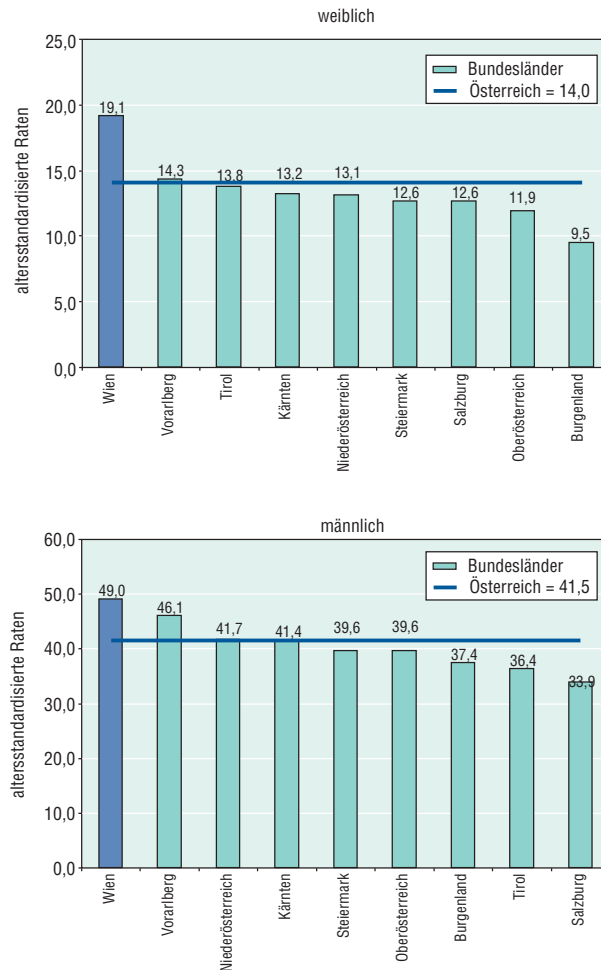
¹⁴⁰ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien.

Statistik Austria (2002b), Rauchgewohnheiten.

Statistik Austria (2002a), Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen.

Grafik 4.33: Lungenkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



* Bösartige Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (C32–C34). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zu **Risikofaktoren**, **Altersstruktur** der neu Erkrankten und Verstorbenen sowie Erkrankungen und Mortalität von Lungenkrebs im **europäischen Vergleich** siehe Spezialbericht zu chronischen Krankheiten in Wien.

Zur Epidemiologie und **gesundheitspolitischen Bedeutung** des Rauchens sowie zu wirksamen **Maßnahmen** zur Eindämmung der Tabakepidemie siehe Abschnitt IX, Kapitel 9.4.2.

4.6 Infektionskrankheiten

4.6.1 Einleitung

Unter Infektionskrankheiten versteht man, vereinfacht ausgedrückt, das Eindringen, das Vorhandensein sowie die Vermehrung von Krankheitserregern, wie Viren, Bakterien, Pilze, Protozoen, Parasiten oder auch Prionen (BSE), im menschlichen Körper, sofern die Immunabwehr mit den Eindringlingen nicht sofort bzw. sehr schnell fertig wird oder dagegen nicht ausreichend ist.¹⁴¹

Für viele Infektionskrankheiten besteht in Österreich eine gesetzliche Anzeigepflicht. Dennoch werden nicht alle Erkrankungen (vor allem im Bereich der Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, etc.) von den Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen gemeldet, sodass für viele Erkrankungen mit einer wesentlich höheren Anzahl tatsächlicher Fälle zu rechnen ist.

Durch vermehrte und auch immer frühere Impfungen werden heute die durch Impfung vermeidbaren Krankheiten immer seltener, andere hingegen – im Verhältnis – immer mehr.

Historische Entwicklung

Bei den Infektionskrankheiten vollzog sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts ein enormer Wandel. Die im 19. Jahrhundert noch vorherrschenden und weit verbreiteten Infektionskrankheiten, die damals die häufigste Todesursache darstellten, haben heute nicht mehr dieselbe Bedeutung; viele dieser Krankheiten haben heute sogar so gut wie überhaupt keine Bedeutung mehr. Diese Veränderungen trafen nicht nur für Österreich, sondern für alle Industrieländer zu.

Einer amerikanischen Publikation zufolge starben im ausgehenden 19. Jahrhundert in den USA und großen Teilen Europas mehr als 80 Prozent der Bevölkerung bereits in der Kindheit an einer Infektionskrankheit (v. a. Tuberkulose, Influenza/Lungenentzündung, Pocken, Ruhr, Typhus und Diphtherie). Ein Großteil der Über-

lebenden fiel noch vor Erreichen des mittleren Erwachsenenalters dem Hungertod oder einer Seuche zum Opfer.¹⁴² In Österreich starben um 1900 mehr als 50 Prozent der Bevölkerung an einer Infektionskrankheit. Die damalige Situation in Wien war jedoch – im Vergleich zu den meisten anderen Ländern und Städten – bedeutend besser: 1900 entfiel knapp ein Drittel aller Todesursachen auf Infektionskrankheiten (darunter vor allem Tuberkulose, mit Abstand gefolgt von Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Typhus).¹⁴³ Mit der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beginnenden Verbesserung der sanitären Verhältnisse, der (für ganz Österreich geltenden) Einführung des Reichssanitätsgesetzes 1870 und der Eröffnung der ersten Wiener Hochquellenwasserleitung im Jahr 1873 konnte das Wiener Gesundheitswesen innerhalb Europas als vorbildlich bezeichnet werden. Auch die weitere Verbesserung der sozialen und hygienischen Bedingungen seit dem Ende des zweiten Weltkriegs trug wesentlich zur Reduktion der Infektionskrankheiten bei.

Heute liegt der Anteil der Infektionskrankheiten an allen Todesursachen in Österreich nur mehr bei 0,3 Prozent, in Wien bei 0,5 Prozent.

In der Gruppe der Infektionskrankheiten spielte – insbesondere in Wien – die **Tuberkulose** eine bedeutende Rolle. Zu Zeiten der stärksten Verbreitung übertraf sie die heutigen Todesraten von Krebs- und Herzkrankheiten. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts (1870) starben in Wien jährlich an die 900 pro 100.000 EinwohnerInnen an der so genannten „Wiener Krankheit“, davon vorwiegend Kinder und Jugendliche. Verstärkt war natürlich die ärmere Bevölkerung von dieser gefährlichen und vor allem sozial bedingten Infektionskrankheit betroffen. Die damaligen Interventionsmaßnahmen schlossen daher neben der medizinischen Betreuung (Erweiterung der Heilstätten sowie der Krankenversicherung) auch die Bereitstellung verbesserter Wohnmöglichkeiten ein. Denn in den Krankheitszentren herrschten desolate Wohnverhältnisse. Mit diesen Maßnahmen konnte die Sterblichkeit in schon relativ kurzer Zeit (1880–1900) drastisch reduziert werden.^{144 145}

¹⁴¹ Medicine-Worldwide: <<http://www.m-ww.de/krankheiten/infektionskrankheiten/>>.

¹⁴² Vgl. HENNEKENS & BURING (1987).

¹⁴³ Vgl. JUNKER (1998), S. 36–39. Zur Sterblichkeit an epidemischen Krankheiten 1831–1873 sowie zur Verteilung der Cholera- und Durchfall-Sterblichkeit 1855 siehe die Karten 3.6.1/2 und 3.6.1/3 im Historischen Atlas von Wien (2002, 8. Lieferung).

Da die Tuberkulose noch nicht anzeigepflichtig war, liegen aus dieser Zeit keine Morbiditätszahlen vor. Obduktionsbefunde zeigten jedoch, dass wahrscheinlich jede Wienerin und jeder Wiener mit Tuberkulose in Kontakt kam, jedoch nur 10–20 Prozent der Infizierten manifest erkrankten. Wie bereits erwähnt, gab es deutliche regionale bzw. sozioökonomische Unterschiede in den Erkrankungs- bzw. Mortalitätsraten. So etwa hatte im Jahr 1880 der Arbeiterbezirk Favoriten 91 Tuberkulose-tote auf 10.000 EinwohnerInnen zu beklagen, der noble Bezirk Innere Stadt hingegen nur 21 auf 10.000 BewohnerInnen.¹⁴⁶ Heute schwanken die diesbezüglichen Werte zwischen 1,4 und 1,7. Die gegenwärtig sinkende Obduktionsrate wirkt sich jedoch auch auf die Aussagekraft dieser Daten aus.

In Europa brachte die seit 1952 bis Anfang der 90er Jahre¹⁴⁷ routinemäßig bei der Geburt durchgeführte B.C.G.-Impfung die Tuberkulose bei Säuglingen praktisch zum Verschwinden. Aufgrund des leichten Anstiegs der Tuberkulose in den letzten Jahren wird heute eine Wiedereinführung der Tuberkuloseimpfung bei Risikogruppen überlegt.

Gegenwärtige Situation

Die **Tuberkulose** ist heute zwar nach wie vor von Bedeutung, doch ist sie vor allem auf bestimmte Risikogruppen und Risikobereiche bezogen. Probleme bestehen vor allem in der Einschleppung (auch von Reisenden) und in den zunehmenden Antibiotika-Resistenzen. Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit, die nicht nur von Person zu Person, sondern auch in geschlossenen Räumen (z. B. auch in Flugzeugen) übertragen werden kann.

Zu den Hauptrisikogruppen zählen Einreisende aus den so genannten Oststaaten (Polen, alle ehemaligen Ostblock-Länder), sowie aus asiatischen und afrikanischen Staaten. Aber auch Fälle von zurückkehrenden UrlauberInnen aus Südeuropa (v. a. Spanien, Kanaren) sind bekannt. MigrantInnen dieser Länder stellen auch

insoferne eine Risikogruppe dar, als sie zwar teilweise in ihren Heimatländern behandelt wurden, die Therapie jedoch häufig nicht abgeschlossen wurde. Dadurch kommt es zu Multiresistenzen.

Obwohl die Tuberkulose eine meldepflichtige Krankheit ist, wird davon ausgegangen, dass etwa 20 Prozent der Erkrankten nicht gemeldet sind (von Krankenanstalten, niedergelassenen ÄrztInnen).

Mit Auflassung des Bazillenausscheidergesetzes im April 2002 gilt nur mehr die seit Mai 1998 eingeführte Reihenuntersuchungsverordnung für besonders gefährdete Personengruppen (Asylwerber, Prostituierte, Obdachlose). Reihenuntersuchungen werden jedoch vor allem auch beim Küchen- und Servierpersonal durchgeführt. Es zeigte sich, dass mit den Reihenuntersuchungen viel mehr Fälle entdeckt werden als früher mit dem Bazillenausscheidergesetz.

Eine „moderne“ Infektionskrankheit stellt heute die **HIV-Infektion** bzw. die **AIDS-Erkrankung** dar. Erste Meldungen dieser Krankheit liegen seit Beginn der 1980er Jahre vor, die offizielle Registrierung erfolgt in Österreich seit 1983.

Geschlechtskrankheiten, darunter vor allem Syphilis (Lues) und in den letzten Jahren auch Gonorrhoe (Tripper), gewinnen heute wieder zunehmend an Bedeutung.

Auffallend ist auch die Zunahme an **Hepatitis** (vor allem Hepatitis B und C), deren Ausmaß heute durch bessere Testmöglichkeiten besser abschätzbar ist. Hepatitis A, bis in die 1950er Jahre noch weit verbreitet und seit Anfang der 1960er Jahre meldepflichtig, ist hingegen zurückgegangen, teilweise bedingt durch entsprechende Impfungen. Während diese Infektion früher endemisch war, gilt sie heute als „Reisemitbringsel“, die zwar dann eine weitere Verbreitung durch Schmierinfektion erfährt, jedoch nicht mehr das frühere Ausmaß erreicht.

¹⁴⁴ Vgl. JUNKER (2000), S. 86.

¹⁴⁵ Siehe dazu auch den Bericht „Lebenserwartung und Mortalität in Wien“, Stadt Wien (2003), S. 118.

¹⁴⁶ JUNKER (2000), S. 86. Zur Tuberkulosesterblichkeit 1871–1938 siehe auch Karte 3.6.1/1 im Historischen Atlas von Wien (1990, 4. Lieferung).

¹⁴⁷ Zwischen 1990 und 1994 wurde die Tuberkuloseimpfung nur mehr teilweise in Risikofällen durchgeführt, seit 1998 wird nicht mehr geimpft.

Ebenso wie Hepatitis A war auch die **bakterielle Ruhr** früher eine endemische Erkrankung und tritt heute nur mehr nach Einschleppung aus Urlaubsländern auf.

Zu den Reisekrankheiten zählt auch **Malaria**, wobei es bereits zu zunehmenden Resistenzen der Malaria-Erreger kommt.

Die heute am häufigsten verbreiteten und weiterhin ansteigenden Infektionskrankheiten sind **bakterielle Lebensmittelvergiftungen**, vor allem Campylobacter- und Salmonella-Infektionen.

Diphtherie ist im 20. Jahrhundert zunächst verschwunden, vor allem bedingt durch Impfungen sowie verbesserte soziale Bedingungen. Ende des vorigen

Jahrhunderts kam es jedoch wieder zu einem Anstieg der Diphtherie-Gefahr durch Einschleppung, vor allem aus Russland. Dies führte zu einer Änderung der Impfstrategien in den 90er Jahren sowie zu weltweiten Impfkampagnen.

Typhus und Paratyphus sind heute unbedeutend. Auch **Polio** steht vor der Ausrottung. Seit Mitte 2002 gilt Europa als poliofrei. Allerdings wird aus der ehemaligen UdSSR und den GUS-Staaten vom epidemischen Auftreten von Polio berichtet. Damit ist auch wieder die Gefahr der Einschleppung gegeben.

Influenza ist keine meldepflichtige Infektionskrankheit, doch hat es auch im 20. Jahrhundert große Epidemien gegeben.

4.6.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 konnte eine deutliche Zunahme der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festgestellt werden (+18 Prozent gegenüber 2001 bzw. +23 Prozent gegenüber 2000). Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden in Wien im Berichtsjahr insgesamt 3.376 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (dies entspricht einer Erkrankungsrate von fast 218 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien).

Wie immer nahmen den weitaus größten Teil (76,5 Prozent) die **bakteriellen Lebensmittelvergiftungen** ein, welche darüber hinaus in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme erfuhren. Nach wie vor gelten als Hauptverursacher Campylobacter- und Salmonella-Infektionen.

Außer der Zunahme bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ist auch 2002 wieder ein Anstieg bei **Meningitis** (40 Fälle) zu verzeichnen. Darüber hinaus wurden in diesem Jahr in Wien 8 Todesfälle infolge dieser Infektion gemeldet.

Zwischen 1998 und 2002 wurden dem Wiener Gesundheitsamt 144 Erkrankungen (Personen mit Hauptwohnsitz in Wien) an bakterieller Meningitis gemeldet; 19 Personen verstarben in diesem Zeitraum aufgrund dieser Infektion. Außerdem wurden seit 1998 16 Erkrankungen und 2 Todesfälle an Meningokokkensepsis ohne Meningitis gemeldet. Mehr als ein Drittel der gemeldeten Erkrankungen trat bei Säuglingen und Kleinkindern auf. Auffallend ist ein Häufigkeitsspitzen der Erkrankungen in den Monaten Jänner bis März.

Ein enormer Anstieg ist auch bei der infektiösen **Hepatitis** (343 Fälle) zu beobachten.

Erstmals nach den drei vorangegangenen Jahren wurde kein einziger Todesfall infolge einer **Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung** gemeldet.

Summary: Notifiable Infectious Diseases, not Including Tuberculosis, Venereal Diseases and AIDS

In 2002, a marked increase in reported notifiable infectious diseases was observed (+18 percent from 2001, +23 percent from 2000). Not counting cases of tuberculosis, venereal diseases and AIDS, 3,376 cases of infectious diseases were registered in Vienna in the year under review (incidence rate of almost 218 cases per 100,000 inhabitants).

*As always, the vast majority of cases (76.5 percent) were due to **bacterial food poisonings**, which have increased significantly over the last years. Campylobacter and salmonella infections remain the main causes.*

*In addition to this increase in bacterial food poisonings, 2002 also saw an increase in cases of **meningitis** (40 cases in total). 8 deaths due to meningitis were reported in Vienna in 2002.*

Between 1998 and 2002, the Vienna Public Health Office received reports of 144 cases of bacterial meningitis (persons with main residence in Vienna); 19 persons died from this infection in that time period. Additionally, 16 cases of and 2 deaths due to meningococcal sepsis without meningitis were reported since 1998. More than one in three of the reported cases concerned infants and small children. There is a remarkable peak in cases in the months January to March.

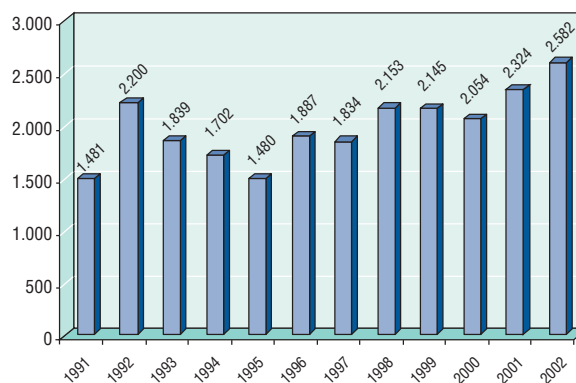
*A significant increase was also observed for infectious **hepatitis** (343 cases).*

*For the first in four years, no deaths due to **Creutzfeldt-Jakob Disease** were reported.*

Nachdem zu Beginn der 90er Jahre die Zahl der gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) kurzfristig angestiegen ist, wurde während der darauf folgenden Jahre wieder ein Abwärtstrend beobachtet. Ab 1996 war jedoch erneut eine Zunahme festzustellen, die 1999 und 2000 durchbrochen wurde. 2001 konnte wieder eine leichte (+5 Prozent) und 2002 eine starke Zunahme (+ 18 Prozent) der meldepflichtigen Infektionskrankheiten verzeichnet werden. Dies entspricht einer Rate von 217,7 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien¹⁴⁸, die in diesem Jahr an einer der unten aufgelisteten Infektionskrankheiten erkrankten.

Von den 3.376 im Jahr 2002 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** bei weitem den größten Teil ein (2.582 Fälle = 76,5 Prozent aller Infektionen). Gleichzeitig ist seit dem Vorjahr auch eine Zunahme der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen zu verzeichnen (+11 Prozent gegenüber 2001 und + 26 Prozent gegenüber 2000). Die starke Zunahme bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen seit Mitte der 1990er Jahre ist zum Teil, jedoch nicht ausschließlich, auf die erst seit 1996 meldepflichtig gewordene Campylobacteriose zurückzuführen (siehe unten). Außerdem wurde 2002 die Labormeldepflicht für Erreger von meldepflichtigen Krankheiten eingeführt.

Grafik 4.34: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen Wien 1991–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

So wie in den Vorjahren stellten auch im Berichtsjahr 2002 **Campylobacter-Infektionen** die häufigste bakterielle Lebensmittelvergiftung dar (Campylobacteriose: 1.265 Fälle = 49 Prozent aller Lebensmittelinfektionen), dicht gefolgt von den **Salmonellosen** (1.253 Fälle = 48,5 Prozent). Dazu ist jedoch zu bemerken, dass die Campylobacteriose erst im Sommer 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz als meldepflichtige Erkrankung nach dem Epidemiegesetz¹⁴⁹ definiert wurde. Seither nehmen zwar diese Infektionskrankheiten generell zu, allerdings muss bei der Interpretation die anfänglich etwas verzögerte Umsetzung der Meldepflicht sowie die darauf folgende Zu-

nahme von Meldungen mitberücksichtigt werden. Zu den Möglichkeiten der Ansteckung siehe Kasten.

Ein deutlicher Rückgang konnte 2002 hingegen bei den **Shigellen-Infektionen** (bakterielle Ruhr) festgestellt werden.

Auffallend im Vergleich zum Vorjahr ist auch der hohe Anteil von gemeldeten 17 **Legionellose**-Fällen („Legionärskrankheit“). Auch in der Schweiz wird von einer Zunahme der Legionellen-Infektionen seit Mitte der 1990er Jahre, insbesondere jedoch seit 2000 berichtet.¹⁵⁰

¹⁴⁸ 2001: 178,4 Personen; 2000: 170 Personen (Infizierte pro 100.000 EinwohnerInnen).

¹⁴⁹ Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, S. 17–20.

Möglichkeiten der Ansteckung

Campylobakter-Arten werden in der Regel indirekt durch kontaminierte Lebensmittel übertragen. Besonders häufig sind Geflügel und Fleischprodukte betroffen. Eine Übertragung durch den Kontakt mit erkrankten Tieren oder direkt von Mensch zu Mensch kann vorkommen.

Die Übertragung von **Salmonellen** erfolgt in der Regel ebenso indirekt über kontaminierte Lebensmittel, vor allem durch unzureichend gekochtes/gebratenes Geflügel und Fleisch, rohe Eier oder aus diesen hergestellte Speisen (z. B. Mayonnaise, Tiramisu). Jedoch auch durch nachträglich in der Küche kontaminierte Speisen wie diverse Salate wird immer wieder eine Übertragung beobachtet. Ebenso können Salmonellen im Rahmen einer Schmierinfektion von Mensch zu Mensch und von Tier zu Mensch übertragen werden.

Legionellen sind Bakterien, die beim Menschen schwere Lungenentzündungen hervorrufen können.

Sie leben vornehmlich im Wasser, in Flüssen und Seen, aber auch in künstlichen Systemen wie Wasserleitungen, Kühl- und Klimaanlage, Whirlpools, Heil- und Schwimmbädern, Kühltürmen, Abwässern, Ultraschallverneblern und Zierspringbrunnen. Die Bakterien vermehren sich bei Temperaturen zwischen 25 und 45°C, sie können aber auch hohe Temperaturen von bis zu 63°C überleben. Die Verdoppelungszeit beträgt im Idealfall 4 Stunden, d. h. Legionellen können sich innerhalb von zwei Tagen um das 4000-fache vermehren. Infektionen entstehen durch das Einatmen von legionellenhaltigen Aerosolen (kleinste Wassertropfen) wie sie beim Duschen, gewissen Luftbefeuchtern und Klimaanlage entstehen.

Besonders gefährdet von einer Legionellen-Infektion sind Personen über 50 Jahre, Raucher und Personen mit einem angeschlagenen Immunsystem (z. B. Diabetes, Krebs). Die Zeit von der Infektion bis zum Ausbruch der Krankheit beträgt in der Regel 2 bis 10 Tage.¹⁵¹

Scharlach, eine vor allem Kinder betreffende bakterielle Infektionskrankheit (Häufigkeitsmaximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr), wurde im Berichtsjahr in 334 Fällen gemeldet, Keuchhusten in 12 Fällen.

Bei den **viralen Infektionen** kam es, nach einem deutlichen Rückgang seit 1997, im Jahr 2002 zu einem deutlichen Anstieg der **Hepatitis**-Erkrankungen, und zwar um beinahe das Dreifache, wobei vorwiegend die Hepatitis C betroffen ist. Dies ist zum Großteil auf die Labormeldepflicht zurückzuführen. Insgesamt erkrankten im Berichtsjahr 343 Personen an Hepatitis infectiosa.

Bei der übertragbaren **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) ist seit 1962 keine einzige in Wien erworbene Erkrankung mehr aufgetreten, was als Folge der konsequent durchgeführten Impfkampagne angesehen werden kann.

Ebenso wie in den beiden Vorjahren wurde auch 2002 kein einziger Fall von **Encephalitiden**, unter welche auch FSME subsumiert wird, gemeldet.

Ein Anstieg der Fälle ist jedoch bei der übertragbaren Genickstarre, **Meningitis** zu beobachten – und zwar sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch hinsichtlich der Durchschnittswerte der letzten drei Jahre.¹⁵² 2002 wurden in Wien 40 Fälle von Meningitis gemeldet; 8 Personen verstarben in Folge dieser Infektion. Das folgende Kapitel ist daher ausführlicher dieser Infektionskrankheit gewidmet.

Die Anzahl der gemeldeten **Malariafällen** betrug 33¹⁵³.

Keine Todesfälle wurden im Berichtsjahr 2002 infolge der **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** gemeldet. In den

¹⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit: <<http://www.bag.admin.ch/infekt/krank/legio/d/index.htm>>.

¹⁵¹ Kantonales Labor Aargau, Amt für Lebensmittelkontrolle, Chemie und Biosicherheit: <http://www.ag.ch/kantonslabor/de/pub/verbraucher_info/badewasser/legionellen.htm#1>.

¹⁵² Meningitisfälle 2002: 40 Fälle; Ø 1999–2001: 24 Fälle.

¹⁵³ Malariafälle 2002: 33 Fälle; Ø 1999–2001: 33 Fälle.

Jahren 1999 bis 2001 wurden in Wien jedes Jahr 3 Todesfälle infolge dieser Infektionskrankheit gemeldet. Die Erkrankung ist in Österreich nicht meldepflichtig.

Todesfälle aufgrund dieser Prionen-Infektion sind jedoch seit 1. April 1996 meldepflichtig; bisher gibt es insgesamt 14 nachgewiesene Todesfälle.

Tabelle 4.9: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999–2002

Infektionskrankheiten	Erkrankungen				Sterbefälle			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Bakterielle Infektionen								
Scharlach	361	445	324	334	–	–	–	–
Diphtherie	–	–	–	–	–	–	–	–
Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	2.145	2.054	2.324	2.582	1	–	–	–
davon: Salmonella-Infektionen	949	956	1.031	1.253	1	–	–	–
Campylobacter-Infektionen	1.030	1.008	1.176	1.265	–	–	–	–
Yersinia-Infektionen	42	42	43	29	–	–	–	–
Shigellen-Infektionen ¹ (bakterielle Ruhr)	117	48	71	32	–	–	–	–
andere Infektionen	7	–	3	3	–	–	–	–
Lepra	–	–	–	–	–	–	–	–
Typhus abdominalis	5	8	3	3	–	–	–	–
Paratyphus	–	1	–	4	–	–	–	–
Cholera	–	–	–	–	–	–	–	–
Tularaemie (Hasenpest)	–	1	–	1	–	–	–	–
Keuchhusten	9	10	10	12	–	–	–	–
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	–	1	–	3	–	–	–	–
Leptospiren-Erkrankungen	–	1	1	1	–	–	–	–
Legionellen	–	–	3	17	–	–	–	1
Virale Infektionen								
Encephalitiden ²	3	–	–	–	–	–	–	–
Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)	–	–	–	–	–	–	–	–
Masern ³	–	–	–	8	–	–	–	–
Hepatitis infectiosa ⁴	250	184	127	343	1	1	–	–
Übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁵	26	14	32	40	3	–	1	8
Chlamydien								
Psittakose (Papageienkrankheit)	–	–	–	–	–	–	–	–
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	–	–	–	–	–	–	–	–
Protozoen-Erkrankungen								
Malaria	37	23	38	33	–	–	3	–
Amöbenruhr	–	–	3	–	–	–	–	–
Wurmerkrankungen								
Trichinose (importiert)	3	–	–	1	–	–	–	–
Prionen-Infektion								
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung ⁶	–	–	–	–	3	3	3	–
insgesamt	2.839	2.742	2.865	3.376	8	4	7	9

1 26 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

2 Darunter: 0 Fall von FSME (CEE) und 3 Fälle von Herpes. Seit 1996 sind alle durch Viren hervorgerufenen Encephalitiden meldepflichtig.

3 Masernmeldepflicht seit Dezember 2001.

4 Davon 56 Hepatitis A, 113 Hepatitis B, 174 Hepatitis C.

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

6 Todesfälle seit 1. April 1996 meldepflichtig (keine Meldepflicht der Erkrankung). Offizieller Überbegriff: subacute spongiforme Encephalopathien.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Bakterielle Meningitiden in Wien 1998–2002

Dr. Jana STIRLING und StPhys Dr. Christine BRUNS
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2
Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen

Unter Meningitis versteht man eine Entzündung der Hirnhäute. Bakterien gehören zu den häufigsten Verursachern dieser gefährlicher Erkrankung.

Alle Formen der bakteriellen Meningitis sind nach dem Epidemiegesetz meldepflichtig.

In den Jahren 1998 bis 2002 wurden dem Wiener Gesundheitsamt 144 Erkrankungen an bakterieller Meningitis gemeldet. Bei den Erkrankten handelte es sich um Personen mit Hauptwohnsitz in Wien. An den Folgen dieser Erkrankung starben in diesem Zeitraum insgesamt 19 Personen.

Außerdem wurden im selben Zeitraum 16 Erkrankungen und 2 Todesfälle an Meningokokkensepsis ohne Meningitis gemeldet. Diese sind in den untenstehenden Tabellen und in der Grafik nicht berücksichtigt.

Tabelle 4.10: Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle an bakterieller Meningitis, Wien 1998–2002

Jahr	Bakterielle Meningitis	
	Erkrankungen	Todesfälle
1998	32	6
1999	26	4
2000	14	0
2001	32	1
2002	40	8

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Die gemeldeten Todesfälle betrafen 3 Säuglinge, 1 Kleinkind, 1 Jugendlichen und 14 Erwachsene.

In den Jahren 1998 bis 2002 wurden vom Wiener Gesundheitsamt 80 Meningokokken-Meningitiden und 36 Pneumokokken-Meningitiden erfasst. Darüber hinaus wurden noch folgende weitere Erreger (in der

folgenden Tabelle zusammengefasst unter „sonstige“) als Ursache für eine bakterielle Meningitis nachgewiesen: *Escherichia coli* (3 Fälle), *Listeria monocytogenes* (2 Fälle), *Haemophilus influenzae b* (1 Fall), *Haemophilus influenzae non b* (1 Fall), *Staphylokokkus aureus* (2 Fälle), *Pseudomonas aeruginosa* (1 Fall).

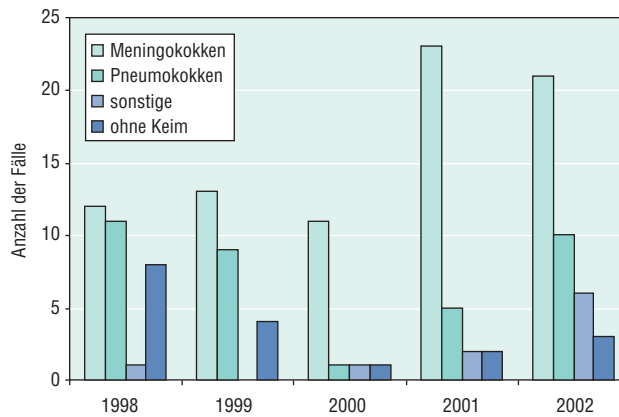
Tabelle 4.11: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002

Jahr	Erreger bakterieller Meningitiden			
	Meningokokken	Pneumokokken	sonstige*	ohne Keimnachweis
1998	12	11	1	8
1999	13	9	0	4
2000	11	1	1	1
2001	23	5	2	2
2002	21	10	6	3

* *Escherichia coli* (3 Fälle), *Listeria monocytogenes* (2 Fälle), *Haemophilus influenzae b* (1 Fall), *Haemophilus influenzae non b* (1 Fall), *Staphylokokkus aureus* (2 Fälle), *Pseudomonas aeruginosa* (1 Fall).

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Grafik 4.35: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten Schutzimpfungen.

Bei der Altersverteilung fällt auf, dass in der Altersgruppe <1 (Säuglinge) und der Altersgruppe der 1 bis <5-Jährigen mehr als ein Drittel (48 Fälle) der gemel-

deten Erkrankungen auftrat. In diesen beiden Altersgruppen waren 26 Knaben und 22 Mädchen von bakterieller Meningitis betroffen.

Tabelle 4.12: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht, Wien 1998–2002

Jahr / Geschlecht	Altersgruppen (Jahre)							
	< 1	1 – < 5	5 – < 10	10 – < 15	15 – < 20	20 – < 45	45 – < 65	65 und >
1998								
männlich	1	1	4	1	1	3	1	3
weiblich	0	3	0	1	1	2	4	6
1999								
männlich	1	4	1	1	0	2	5	1
weiblich	1	1	2	2	1	0	4	0
2000								
männlich	2	1	2	0	0	1	1	1
weiblich	1	1	0	0	0	1	1	2
2001								
männlich	6	3	1	0	1	5	0	0
weiblich	3	2	0	2	2	2	2	3
2002								
männlich	3	4	1	2	1	2	1	3
weiblich	7	3	1	3	0	3	2	4

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Die saisonale Verteilung zeigt, dass im Untersuchungszeitraum über 45 Prozent der durch Meningo- und Pneumokokken bedingten bakteriellen Meningitiden

in den Monaten Jänner bis März gemeldet wurden. Im Gegensatz dazu traten in den Sommermonaten Juni bis August nur etwa 9 Prozent der Erkrankungen auf.

Tabelle 4.13: Bakterielle Meningitiden, saisonale Verteilung der Meningo- und Pneumokokken-Meningitiden, Wien 1998–2002

Jahr / Erregertyp	Monate											
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
1998												
Meningokokken	1	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	2
Pneumokokken	1	1	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0
1999												
Meningokokken	3	2	2	0	0	0	2	0	2	1	1	0
Pneumokokken	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
2000												
Meningokokken	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	3	3
Pneumokokken	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001												
Meningokokken	4	2	5	2	1	1	0	2	3	1	0	2
Pneumokokken	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
2002												
Meningokokken	5	5	0	1	1	1	2	0	3	2	0	1
Pneumokokken	0	0	4	2	0	1	0	1	0	1	0	1

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Schutzimpfungen gegen Meningokokken und Pneumokokken

Gegen Meningokokken-Meningitis können Säuglinge (Serogruppe C) bzw. Kinder und Erwachsene (Serogruppe A, C, W135, Y9) durch eine entsprechende Impfung geschützt werden. Gegen Meningokokken der Se-

rogruppe B, die ca. zwei Drittel aller Meningitiden verursachen, gibt es bisher noch keinen Impfstoff.

Auch die Pneumokokken-Meningitis kann bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen durch das Anwenden entsprechender Schutzimpfungen verhindert werden.

4.6.3 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.180 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von diesen litten 731 an aktiver Tuberkulose, über die Hälfte davon an offener Tuberkulose.

2002 wurden 432 **Neuerkrankungen** an aktiver Tuberkulose (d. s. 27,7 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen) registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen Anstieg bedeutet. Die Prävalenz stieg um 3,8 Prozent. Die größten Risikogruppen stellen sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie MigrantInnen aus ärmeren Zuwanderungsgebieten, Alkoholranke und Obdachlose dar.

Bei den **Todesfällen** ist seit Anfang der 80er Jahre ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Starben 1981 in Wien noch 6,4 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen an Tuberkulose, schwankten die diesbezüglichen Werte seit 1996 zwischen 1,4 und 1,7. Der auffallend niedrige Wert von 1,0 des Jahres 2001 könnte durch die niedrigere Obduktionsrate mitverursacht sein. Im Berichtsjahr 2002 wurden 22 Todesfälle infolge einer Tuberkuloseerkrankung gemeldet.

Summary: Tuberculosis

Currently, approximately 1,180 persons with tuberculosis live in Vienna. The incidence is higher among men than among women. Of these patients, 713 have active tuberculosis; more than half of them have open tuberculosis.

*In 2002, 432 **new infections** with active tuberculosis were reported (i.e. 27.7 cases per 100,000 inhabitants), an increase from the previous years. The prevalence increased by 3.8 percent. Socially disadvantaged groups such as immigrants from poorer regions of origin, alcoholics and homeless persons are especially at risk.*

*With respect to **deaths**, a marked reduction can be observed since the early 1980s. While in 1981 the mortality rate for tuberculosis was still 6.4 persons per 100,000 inhabitants, the rate has been fluctuating between 1.4 and 1.7 since 1996. The strikingly low rate of 1.0 for 2001 might in part be due to the lower autopsy rate. In 2002, a total number of 22 deaths from tuberculosis were reported.*

Die Tuberkulose ist eine chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die weltweit verbreitet ist und durch die Ausbreitung von HIV und verstärkte Migration auch in Industriestaaten wieder zunehmend an Bedeutung gewinnt. Schlechter Ernährungszustand, ungünstige soziale Verhältnisse und ein geschwächtes Immunsystem begünstigen Infektion und Erkrankung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung (rund zwei Milliarden Menschen) den Tuberkulose-Erreger in sich trägt, dass 5 bis 10 Prozent der Infizierten krank sind oder im Laufe ihres Lebens ansteckend werden, dass sich jährlich mehr als 1 Prozent der Weltbevölkerung neu mit dem Tuberkulose-Erreger infiziert und dass

pro Jahr rund zwei Millionen Menschen an Tuberkulose sterben. Eine Ansteckung erfolgt ausschließlich durch Kranke, die an Lungentuberkulose leiden. Im Durchschnitt steckt ein an aktiver Tuberkulose Leidender 10 bis 15 Menschen an.¹⁵⁴

Weltweit weisen die Staaten Südasiens und Afrikas südlich der Sahara die höchsten Erkrankungsraten auf. In Ost- und Zentraleuropa liegen die Erkrankungsraten weit über jenen von Westeuropa, ohne jedoch an die Werte Asiens und Afrikas heranzureichen.

Auch in Österreich bzw. in Wien gewinnt die Tuberkulose wieder an Bedeutung. Die Erkrankung tritt vor allem innerhalb bestimmter Risikogruppen bzw. Risiko-

¹⁵⁴ WHO, Fact Sheet No.104, April 2000.

bereiche auf. Die beiden Hauptursachen bilden zum einen die Einschleppung der Krankheit durch MigrantInnen und UrlauberInnen, zum anderen Antibiotika- und Multi-Resistenzen (häufig entstanden durch abgebrochene Therapien). Bekannte Risikoländer stellen dabei die Oststaaten (Polen sowie alle ehemaligen Ostblock-Länder) sowie viele asiatische und afrikanische Staaten dar. Aber auch heimkehrende UrlauberInnen aus Südeuropa (vor allem Spanien, Kanaren) sind nicht selten mit dieser Erkrankung infiziert.

Die Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit, welche nicht nur von Person zu Person, sondern auch in geschlossenen Räumen übertragen wird. Flugzeuge bilden daher eine weitere Gefahrenquelle der Infektion.

Obwohl es sich bei der Tuberkulose um eine meldepflichtige Krankheit handelt, sind etwa 20 Prozent der Erkrankten von den Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen nicht gemeldet. Mit April 2002 wurde das Bazillenausscheidergesetz aufgelassen. Seit Mai 1998 ist jedoch die Reihenuntersuchungsverordnung für besonders gefährdete Risikogruppen (AsylwerberInnen, Prostituierte, Obdachlose, Küchen- und Servierpersonal) in Kraft. Wie sich zeigte, konnten damit weitaus mehr Fälle entdeckt werden als aufgrund des Bazillenausscheidergesetzes.

Derzeit leben in **Wien** rund 1.180 an Tuberkulose erkrankte Personen (davon 731 Personen mit aktiver Tuberkulose), die einer besonderen Betreuung, sowie der Behandlung und Überwachung durch Lungenfachärzte und die Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten Risikogruppen und damit die meisten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen nach wie vor sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie Alkoholranke, Obdachlose und ärmere MigrantInnen dar.

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb zwischen 1981 und 1996 – mit Ausnah-

me der Jahre 1981 und 1990, in welchen eine besonders hohe Inzidenzrate zu verzeichnen war – relativ konstant. Seit 1997 nahm die Inzidenzrate jedoch kontinuierlich ab und erreichte im Jahr 2001 ihren bisherigen Tiefstwert: 2001 betrug die rohe, nicht altersstandardisierte, jährliche Neuerkrankungsrate in Wien 25,9 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen (389 Fälle). Im Berichtsjahr 2002 ist jedoch wieder ein Anstieg bei den Neuerkrankungen um rund 10 Prozent zu verzeichnen (432 Fälle bzw. 27,7 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen).

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia und Ib), der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 2002 gegenüber 2001 fast gleich geblieben (minus 3 Personen). Der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) ist gleich groß.

Der Anteil der MigrantInnen bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen ist sehr wechselnd: Seit 1987 schwankt er zwischen 15 und 39 Prozent. 2002 betrug der MigrantInnenanteil bei allen Tuberkuloseformen 40 Prozent; auffallend hoch war dabei der Anteil an extrapulmonalen Formen (42,2 Prozent; Lymphknoten-TBC: 44,1 Prozent).

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

Die Anzahl der Erkrankungen an **Kindertuberkulose** schwankt im Zeitraum 1997 bis 2001 zwischen 12 und 27 Fällen. Im Jahr 2002 erkrankten 29 Kinder (davon 12 österreichische) an Tuberkulose.

Tabelle 4.14: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–2002

Jahr	Kategorie*			insgesamt	
	Ia + Ib	Ic	Id	absolut	auf 100.000 EW
1981	278	232	90	600	38,3
1982	280	216	67	563	36,8
1983	246	186	79	511	33,5
1984	250	166	37	453	29,9
1985	233	167	52	452	29,8
1986	216	165	53	434	28,9
1987	254	156	40	450	29,9
1988	288	169	58	515	33,6
1989	282	197	49	528	34,5
1990	313	238	51	602	38,5
1991	283	186	67	536	33,7
1992	300	223	60	583	36,2
1993	293	204	62	559	34,1
1994	299	209	79	587	35,8
1995	239	186	79	504	31,8
1996	308	160	58	526	32,3
1997	266	124	63	453	28,1
1998	275	81	78	434	27,0
1999	261	76	66	403	25,1
2000	240	105	57	402	24,9
2001	234	91	64	389	23,9
2002	231	137	64	432	27,7

- * Ia: ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit Bazillennachweis.
 Ib: ansteckungsfähige Lungentuberkulose ohne Bazillennachweis.
 Ic: aktive geschlossene Lungentuberkulose.
 Id: aktive extrapulmonale Tuberkulose.

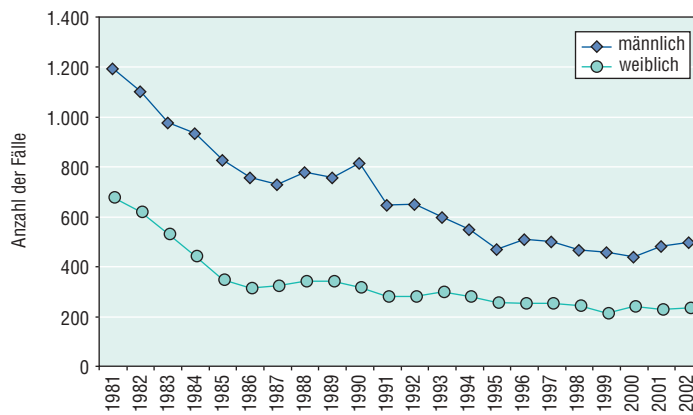
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Im Berichtsjahr lebten insgesamt 731 Personen mit aktiver Tuberkulose in Wien. Dies ergibt eine **Prävalenz** von 46,8 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien. Nahezu die Hälfte der PatientInnen leidet an offener Tuberkulose (353 Fälle). Gegenüber 2001 (712 Fälle bzw. 44,3 Fälle pro 100.000) stieg die Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose leicht an, wobei diese Zunahme auf einen Anstieg bei den Män-

nern zurückzuführen ist. Trotz des Anstieges im Jahr 2002 entspricht der Wert annähernd dem des Jahres 1995.

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr Männer als Frauen betroffen. Derzeit leiden mehr als doppelt so viele Männer (497 Fälle) als Frauen (234 Fälle) an dieser Krankheit.

Grafik 4.36: Personen mit aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Tabelle 4.15: Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–2002

Jahr	aktive Tuberkulose			davon: offene Tuberkulose*		
	Geschlecht		insgesamt	Geschlecht		insgesamt
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	
1981	678	1.196	1.874	149	420	569
1982	621	1.102	1.723	149	399	548
1983	531	979	1.510	133	354	487
1984	443	935	1.378	122	377	499
1985	350	828	1.178	98	343	441
1986	316	757	1.073	85	309	394
1987	324	732	1.056	97	312	409
1988	341	781	1.122	109	310	419
1989	342	759	1.101	106	315	421
1990	318	816	1.134	103	332	435
1991	280	647	927	114	300	414
1992	281	651	932	103	311	414
1993	300	600	900	112	273	385
1994	281	549	830	111	250	361
1995	258	471	729	98	210	308
1996	254	512	766	113	248	361
1997	255	501	756	109	249	358
1998	245	469	714	112	213	325
1999	215	457	672	96	234	330
2000	242	441	683	103	226	329
2001	228	484	712	98	248	346
2002	234	497	731	96	257	353

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

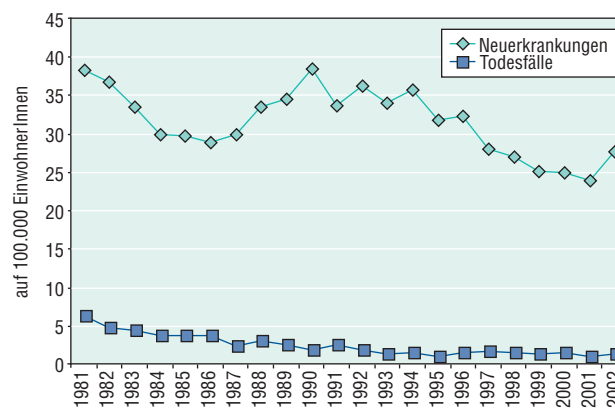
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Die Anzahl der an Tuberkulose **verstorbenen Personen** in Wien ist seit Anfang der 80er Jahre deutlich rückläufig. Seit 1996 bewegten sich die Tuberkulosefälle pro 100.000 EinwohnerInnen zwischen 1,4 und 1,7. Im Jahr 2001 machten sich jedoch bereits die niedrigere Obduktionsrate und daraus resultierende Fehlerquellen bemerkbar. Es sind Fälle von PatientInnen mit offener Tuberkulose bekannt, die nicht obduziert wurden bzw. bei denen Tuberkulose nicht als Todesursache angeführt wurde (manchmal nicht einmal als Nebenursache). Häufig wurde statt Tuberkulose Pneumonie

(Lungenentzündung) als Todesursache gemeldet. Die im Jahr 2001 deutlich niedrigere Sterberate der an Tuberkulose verstorbenen Wienerinnen und Wiener ist daher nicht sehr aussagekräftig. Es wurde sogar mit einem Anstieg der Mortalität aufgrund der Zunahme antibiotikaresistenter Bakterienstämme gerechnet.

2002 wurden in Wien 22 Todesfälle an Tuberkulose gemeldet (davon 15 Männer und 7 Frauen). Dies entspricht einer Sterberate von 1,4 pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien.

Grafik 4.37: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–2002



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

Tabelle 4.16: Todesfälle an Tuberkulose* 1981–2002

Jahr	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	auf 100.000 weibl. EW	absolut	auf 100.000 männl. EW	absolut	auf 100.000 EW (Wien)
1981	46	5,1	58	8,1	104	6,4
1982	28	3,1	50	7,0	78	4,8
1983	22	2,6	46	6,7	68	4,4
1984	24	2,8	35	5,1	59	3,8
1985	16	1,9	40	5,9	56	3,7
1986	28	1,9	28	4,1	56	3,7
1987	11	1,3	25	3,7	36	2,4
1988	19	2,3	28	4,0	47	3,1
1989	18	2,1	20	2,9	38	2,5
1990	11	1,3	19	2,6	30	1,9
1991	9	1,1	32	4,5	41	2,6
1992	7	0,8	23	3,0	30	1,9
1993	9	1,0	15	1,9	24	1,4
1994	13	1,5	11	1,4	24	1,5
1995	3	0,4	14	1,8	17	1,0
1996	11	1,3	13	1,7	24	1,5
1997	13	1,5	14	1,8	27	1,7
1998	7	0,8	18	2,4	25	1,6
1999	7	0,8	16	2,1	23	1,4
2000	9	1,1	17	2,2	26	1,6
2001	8	1,0	8	1,0	16	1,0
2002	7	0,9	15	2,0	22	1,4

* Ia- und Ib-Patienten (ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit und ohne Bazillennachweis).

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tuberkulose in Wien seit 2001 statistisch um 3,6 Prozent gestiegen ist. Die Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten dürfte aber weiterhin verhältnismäßig hoch liegen – ein Umstand, der auch in Zukunft verstärkt beachtet werden muss.

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien erfassen die Tuberkulosekranken in medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung. Die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach Tuberkuloseerkrankungen in den Gesundheitsfürsorgestellen bzw. bei den niedergelassenen FachärztInnen für Lungenerkrankungen zeigen eine steigende Anzahl von Rezidiverkrankungen

an Lungentuberkulose. Diese Zahlen werden aber in den Statistiken im Allgemeinen nicht erwähnt. Auch die sinkende Obduktionsrate führt bereits zu Fehlerquellen und einer Verminderung der Aussagekraft der Statistik.

Alkoholranke und obdachlose Personen – im Jahr 2002 wurden 3.386 Obdachlose von den Stellen des Tuberkulosereferates untersucht – sowie ärmere MigrantInnen und die in Österreich lebenden Flüchtlinge aus den Gebieten der ehemaligen UdSSR, der Osttürkei, sowie des ehemaligen Jugoslawiens, vor allem aus dem Kosovo, stellen nach wie vor die größten Risikogruppen für eine Tuberkuloseerkrankung dar.

4.6.4 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

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

Trotz der Zunahme der HIV-Infektionen ist jedoch in Österreich sowohl bei den AIDS-Neuerkrankungen (trotz einem leichten Anstieg im Jahr 2002 gegenüber 2001) als auch bei den Todesfällen infolge einer AIDS-Erkrankung ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die im Jahr 2002 verzeichneten 4 Todesfälle stellen sogar den absoluten Tiefstand seit Beginn der Registrierung im Jahr 1983 dar. Als Hauptursache für diese Rückgänge wird der Einsatz der antiretroviralen Therapie (Kombinationstherapie) genannt, aber auch die erfolgreiche Präventionsarbeit insbesondere in Bezug auf die beiden Hauptbetroffenengruppen, das sind homo- und bisexuelle Männer sowie KonsumentInnen von intravenösen Drogen.

Nach wie vor sind von dieser Krankheit überwiegend Männer betroffen. Allerdings stieg in den letzten Jahren das Risiko auch bei heterosexuellen Kontakten, insbesondere für Frauen. Hier wäre vermehrte Prävention notwendig.

In **Wien** wurden von 1983 bis Ende 2002 insgesamt 1.064 AIDS-Erkrankte registriert, von diesen sind im gleichen Zeitraum 656 an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit verstorben (62 Prozent). Im Berichtsjahr 2002 erkrankten 23 Personen an AIDS (15 Männer und 8 Frauen), 1 Person starb an den Folgen dieser Krankheit.¹⁵⁵

Der Bundesländervergleich zeigt, dass Wien mit derzeit 25 Erkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen die höchste Prävalenz aufweist. Aber auch die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich weisen hohe Raten auf.

Summary: AIDS and HIV Infections

*The number of HIV infected persons in **Austria** remains relatively constant between approx. 12,000 and 15,000; roughly half of them (approx. 7,000 persons) live in Vienna. An increase in new HIV infections – mainly among heterosexuals – can be observed.*

Despite the increase in HIV infections, there has been a marked reduction in both new AIDS cases (despite a slight increase from 2001 to 2002) and AIDS-related deaths in Austria. With only 4 deaths the death rate in 2002 is the lowest ever since the recording was started in 1983. The use of antiretroviral therapy (combination therapy) is considered the main reason for this reduction, but successful prevention work, in particular in the two key risk groups – i.e. homosexual and bisexual men and intravenous drug users – has also contributed significantly to this success.

While the majority of infected persons are still men, the risk for infections from heterosexual contacts has increased over the last years, especially for women. Intensified prevention measures are necessary in this area.

*Between 1983 and the end of 2002, a total of 1,064 AIDS cases were registered in **Vienna**; in the same time frame, 656 of these patients died from the immunodeficiency syndrome (62 percent). In 2002, 23 persons developed AIDS (15 men and 8 women), and one person died from this disease.¹⁵⁵*

A comparison of the nine federal provinces shows that Vienna currently has the highest prevalence, with 25 cases per 100,000 inhabitants. However, the federal provinces of Tyrol, Vorarlberg and Upper Austria also present high rates.

¹⁵⁵ Stand jeweils 11. Juli 2003. Data from 11 July 2003.

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des HIV/AIDS Programms der Vereinten Nationen UNAIDS sind weltweit rund 40 Millionen Menschen direkt von HIV/AIDS betroffen. Im Jahr 2002 haben sich 5 Millionen Menschen mit der Immunschwächekrankheit neu infiziert, davon 90 Prozent in den Entwicklungsländern. Besonders dramatische Entwicklungen sind in Russland, China und Indien zu verzeichnen.¹⁵⁶ Die Zahl der jährlichen Todesopfer beträgt rund 3 Millionen; etwa 500.000 davon sind Kinder. Rund 25 Millionen Menschen sind bisher an der Immunschwächekrankheit gestorben. Durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist die Zahl der Todesfälle in der westlichen Welt rückläufig.

In Westeuropa ist seit 1996 ein abnehmender Trend bei der AIDS-Inzidenz zu beobachten. Allerdings nahm der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen AIDS-Fälle in den letzten Jahren zu und es ist anzunehmen, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzen wird.¹⁵⁷

Österreich

In Österreich beläuft sich die Anzahl der **HIV-infizierten** Personen in den letzten Jahren konstant auf ca. 12.000–15.000; täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen dazu. Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Etwa die Hälfte der Infizierten (ca. 7.000 Personen) lebt in Wien.

Trotz verstärkter Anstrengungen durch aktive Präventionstätigkeit, Ersatzdrogenprogramme, Spritzenaustausch, etc. ist in Österreich bei der Zahl der HIV-Neuinfektionen kein Rückgang zu verzeichnen. Die Zahl der Neuinfektionen hat sich vorerst auf hohem Niveau eingependelt. Der Trend weist darüber hinaus in die Richtung, dass die Neuinfektionen bei Heterosexuellen zunehmen; von dieser Tendenz sind Frauen stärker betroffen als Männer.

Pro Jahr werden in Österreich rund 1 Million HIV-Antikörper-Tests durchgeführt, die Hälfte davon im Blutspendewesen. Ein Problem der Tests im Zuge von Blutspenden wird darin gesehen, dass die Tests oft in der falschen Zielgruppe durchgeführt werden (z. B. PensionistInnen, etc.) bzw. bei positivem Ergebnis oft keine adäquate Betreuung bei Bekanntgabe des Ergebnisses erfolgt. Insgesamt wird zwar sehr viel getestet, doch wird bei bis zu 60 Prozent der Betroffenen die HIV-Infektion erst im Zuge der tatsächlichen Erkrankung bekannt.¹⁵⁸

Bis Ende 2002 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 2.215 **Erkrankungen an AIDS** gemeldet; 1.321 Personen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben (60 Prozent aller Erkrankten). Somit gab es Ende 2002 in Österreich 894 AIDS-PatientInnen.¹⁵⁹

Im Jahr 2002 wurden in Österreich 63 Fälle von Neuerkrankungen an AIDS gemeldet, 4 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Wenngleich die Neuerkrankungen gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen sind, weisen sie seit dem Jahr 1987 den zweitniedrigsten Wert auf. Die niedrige Anzahl der **Todesfälle** stellt seit Beginn der Registrierung im Jahr 1983 einen absoluten Tiefststand dar (vgl. *Tabelle 4.17*).

Sowohl der Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen als auch insbesondere der Rückgang der Todesfälle ist vor allem auf den Einsatz der Kombinationstherapie seit 1996 zurückzuführen. Die Gesamtabnahme der Neuerkrankungen wird aber auch durch eine bessere Prävention bei homosexuellen Männern und KonsumentInnen von intravenösen Drogen bedingt. Allerdings stellen heterosexuelle Kontakte nach wie vor ein hohes Risiko sowohl für Konsumenten und Konsumentinnen von intravenösen Drogen als auch für Frauen generell dar (siehe unten).

¹⁵⁶ Aids Hilfe Wien: <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>; UNAIDS: <<http://www.unaids.org>>.

¹⁵⁷ HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000.

¹⁵⁸ Aids Hilfe Wien: <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>.

¹⁵⁹ Stand: 11 Juli 2003.

Trotz gleichbleibend hoher Infektionsraten kann man daher vorerst eine rückläufige Tendenz in der AIDS-Entwicklung konstatieren. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der anti-retroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern und deshalb in Zukunft mit einer erhöhten Prävalenz zu rechnen ist. Die Präventionsarbeit muss daher nach wie vor in Richtung Verhinderung einer Infektion gehen.

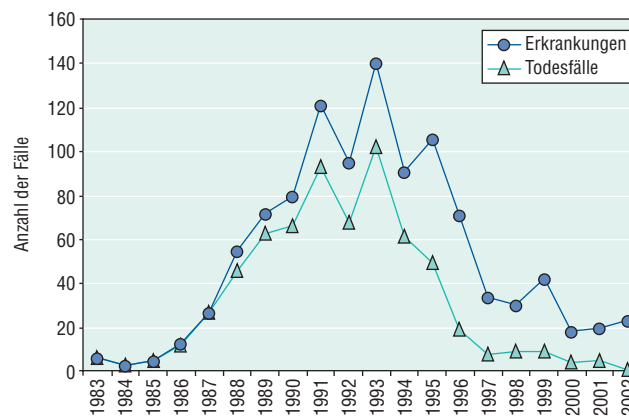
Wien

In Wien wurden von 1983 bis Ende 2002 insgesamt 1.064 AIDS-Erkrankte registriert; 656 Personen (62

Prozent aller Erkrankten) verstarben im selben Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit.

Im Berichtsjahr 2002 wurden in Wien 23 Fälle von Neuerkrankungen an AIDS und ein Todesfall infolge dieser Krankheit gemeldet. Die Zahl der Neuerkrankungen ist seit 2000 leicht gestiegen, bei den Todesfällen stellt dieser Wert mit Abstand den niedrigsten Wert seit 1987 dar (siehe Grafik 4.38 und Tabelle 4.18). Als Ursache dieser Entwicklung kann der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden, welche sowohl den Ausbruch der Krankheit verzögert als auch die Mortalitätsrate senkt.

Grafik 4.38: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–2002



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Tabelle 4.17: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–2002*

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	6	10	9
1984	3	3	9	8
1985	5	5	28	26
1986	13	12	27	24
1987	27	27	87	76
1988	55	46	108	93
1989	72	63	144	122
1990	80	66	164	129
1991	121	93	201	155
1992	95	68	192	143
1993	140	102	236	174
1994	91	61	168	108
1995	106	49	207	91
1996	71	19	139	38
1997	34	8	100	34
1998	30	9	99	27
1999	42	9	101	22
2000	18	4	82	25
2001	20	5	50	13
2002	23	1	63	4
insgesamt	1.064	656	2.215	1.321

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. Juli 2003).

Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen

Nach den Spitzenwerten zwischen 1991 und 1995 zeigt sich in Österreich und auch in Wien bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der AIDS-Erkrankungsrate. In Wien wurde 2002 mit 23 Fällen der besonders niedrige Wert der Vorjahre zwar leicht überschritten, doch liegt die Zahl noch immer bedeutend unter jenen der Jahre zuvor.

Nach wie vor liegen die Werte der Frauen zwar deutlich unter jenen der Männer, doch ist in diesem Jahr ein starker Anstieg bei den Frauen (8 Fälle) im Vergleich

zum weiteren Rückgang bei den Männern (15 Fälle) zu verzeichnen (siehe Tabelle 4.10).

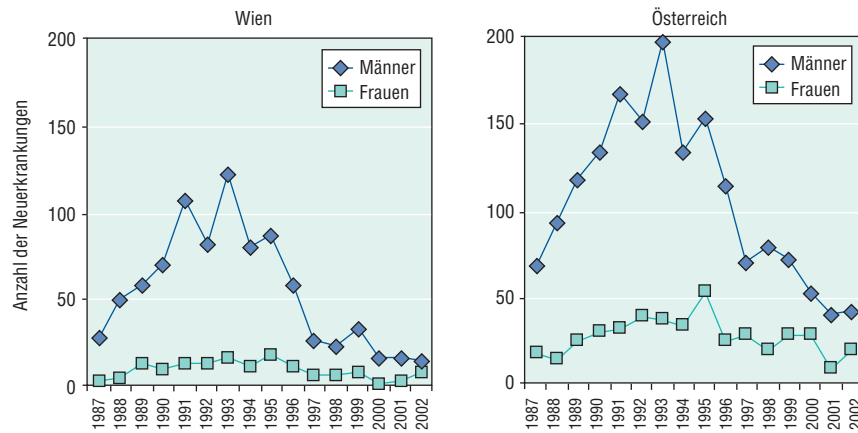
Insgesamt sind in Wien seit 1983 (bis Ende 2002¹⁶⁰) 905 Männer und 152 Frauen an AIDS erkrankt. 571 Männer und 85 Frauen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit gestorben.

Österreichweit sind im Zeitraum 1983 bis 2002¹⁶¹ insgesamt 1.766 Männer und 449 Frauen an AIDS erkrankt. 1.321 Personen (davon 1.083 Männer und 238 Frauen) sind an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben. Bei den Todesfällen ist insbesondere seit 2000 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

¹⁶⁰ Stand: 11. Juli 2003.

¹⁶¹ Stand: 11. Juli 2003.

Grafik 4.39: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–2002 (Wien und Österreich)



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Tabelle 4.18: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, Wien und Österreich 1987–2002*

Jahr	Wien						Österreich					
	insgesamt		Frauen		Männer		insgesamt		Frauen		Männer	
	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**
1987	32	59	3	5	29	54	87	161	18	25	69	136
1988	55	114	5	10	50	104	108	269	15	40	93	229
1989	72	186	13	23	59	163	144	413	25	65	119	348
1990	80	266	10	33	70	233	164	577	30	95	134	482
1991	121	387	13	46	108	341	201	778	32	127	169	651
1992	95	482	13	59	82	423	192	970	39	166	153	804
1993	140	622	17	76	123	546	236	1.206	38	204	198	1.002
1994	91	713	11	87	80	626	168	1.374	33	237	135	1.137
1995	106	819	19	106	87	713	207	1.581	53	290	154	1.291
1996	71	890	12	118	59	772	139	1.720	24	314	115	1.406
1997	34	924	7	125	27	799	100	1.820	29	343	71	1.477
1998	30	954	6	131	24	823	99	1.919	20	363	79	1.556
1999	42	996	8	139	34	857	101	2.020	28	391	73	1.629
2000	18	1.014	2	141	16	873	82	2.102	29	420	53	1.682
2001	20	1.034	3	144	17	890	50	2.152	9	429	41	1.723
2002	23	1.057	8	152	15	905	63	2.215	20	449	43	1.766

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

** Kumulativ seit 1983 (Frauen: seit 1984).

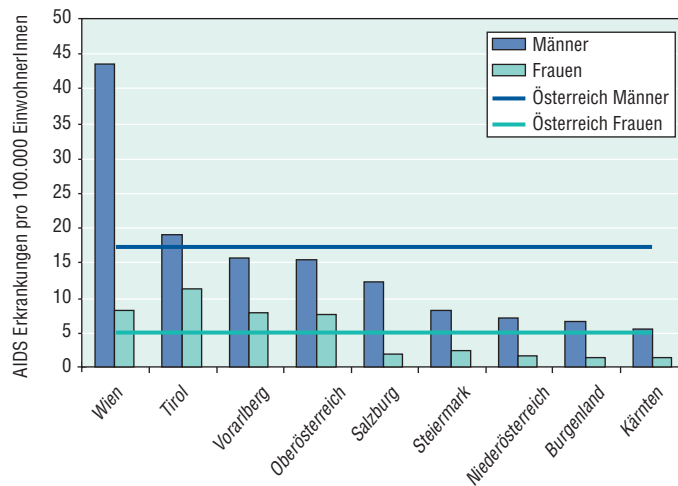
Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Wien im Bundesländervergleich

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien im Berichtsjahr 2002 zwar mit 25 Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen die höchste **Prävalenz**¹⁶² aufweist, gefolgt von Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich, doch liegt Wien bei der **Inzidenz**¹⁶³ mit 1,4 Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen an zweiter Stelle hinter Tirol, dicht gefolgt von Vorarlberg (siehe Grafik 4.40 und Tabelle 4.19).

Wie ersichtlich, weisen neben Wien insbesondere die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich hohe Inzidenz- und Prävalenzwerte auf. Die Ursache für die hohen Erkrankungsraten in diesen Bundesländern dürfte im intravenösen Drogenkonsum liegen – vor allem Linz (Oberösterreich), Innsbruck (Tirol) und das 3-Länder-Eck (Vorarlberg) gelten als „Drogenhochburgen“. Hingegen haben Kärnten, das Burgenland, Niederösterreich und die Steiermark die günstigsten diesbezüglichen Werte aufzuweisen.

Grafik 4.40: AIDS-Erkrankungen in den einzelnen Bundesländern, Prävalenz Ende 2002



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003); Bevölkerungszahlen von 2001, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁶² Prävalenz: Gesamtzahl der Erkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen zu einem bestimmten Zeitpunkt (hier: alle registrierten Fälle seit 1983 bis Ende 2002, ausgenommen Verstorbene).

¹⁶³ Inzidenz: Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen in einem bestimmten Jahr.

Tabelle 4.19: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 2002 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Bundesland	Erkrankungen absolut					
	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen		
	Jänner 2002 – Dezember 2002			Kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	8	15	23	152	905	1.057
Niederösterreich	1	3	4	16	108	124
Oberösterreich	3	4	7	131	250	381
Steiermark	2	4	6	33	142	175
Burgenland	0	1	1	5	19	24
Kärnten	0	4	4	6	19	55
Salzburg	0	2	2	14	71	85
Tirol	5	6	11	66	160	226
Vorarlberg	1	4	5	26	62	88
Österreich	20	43	63	449	1.766	2.215
Bundesland	Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen					
	Inzidenz – Neuerkrankungen auf 100.000 EW zwischen Jänner 2002 – Dezember 2002			Prävalenz – Gesamtzahl der Erkrankungen, ausgenommen Verstorbene, bis einschließlich 2002 – auf 100.000 EW		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
	Wien	0,94	1,95	1,43	7,95	43,61
Niederösterreich	0,12	0,39	0,25	1,51	6,97	4,19
Oberösterreich	0,42	0,58	0,50	7,67	15,29	11,41
Steiermark	0,32	0,68	0,49	2,26	8,02	5,07
Burgenland	–	0,73	0,35	1,40	6,63	3,94
Kärnten	–	1,46	0,71	1,37	5,51	3,37
Salzburg	–	0,79	0,38	1,86	12,34	6,93
Tirol	1,44	1,82	1,63	11,29	19,11	15,11
Vorarlberg	0,56	2,29	1,42	7,89	15,51	11,66
Österreich	0,47	1,08	0,77	5,05	17,26	10,99

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003); Bevölkerungszahlen von 2001, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Hauptbetroffenengruppen

Nach wie vor zählen ungeschützter Verkehr zwischen homo- oder bisexuellen Männern, der achtlose Konsum von intravenösen Drogen sowie der ungeschützte Verkehr für heterosexuelle Frauen zu einem riskanten Verhalten in Bezug auf eine HIV-Infektion. Während die Neuerkrankungen aufgrund homo- oder bisexueller Kontakte sowie aufgrund intravenösen Drogenkonsums deutlich zurückgegangen sind, kam es zu einem gravierenden Anstieg der Infektionen (um beinahe das Doppelte im Vergleich zum Vorjahr) bei den heterosexuellen Kontakten. Davon betroffen waren beide Geschlechter, vermehrt jedoch Frauen (siehe Tabelle 4.12).

Während also die verschiedenen Präventionsprogramme hinsichtlich Aufklärung, Verwendung von Kondomen in der Gruppe der Homo-/Bisexuellen, Ersatzdrogenprogramme, Spritzentausch, etc. (Greifen der Drogenpolitik in den 90er Jahren) als sehr erfolgreich anzusehen sind, kam es in den letzten Jahren zu einer eindeutigen Verschiebung des Risikos in Richtung ungeschützter Verkehr bei DrogenkonsumentInnen und Heterosexuellen.

Insbesondere heterosexuelle **Frauen** sind von diesem Risiko verstärkt betroffen. 2002 waren bei den Frauen 70 Prozent der Neuerkrankungen auf eine Infektion infolge heterosexueller Kontakte zurückzuführen. 25 Prozent der Infektionen bei den Frauen erfolgten aufgrund von intravenösem Drogenkonsum.

Bei den **Männern** betrug der Anteil der Erkrankungen aufgrund heterosexueller Kontakte im Jahr 2002 rund 37 Prozent, während 21 Prozent auf homo- oder bisexuelle Kontakte und 12 Prozent auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen waren.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Statistik zu den Hauptbetroffenengruppen zum Teil auf Doppel- und Dreifachnennungen beruht (Test im Labor, Krankenhaus, etc.). Die Interpretation der vorhan-

denen Daten kann deshalb nur als Annäherung zur tatsächlichen Situation verstanden werden. Es wird jedoch angenommen, dass Homosexuelle die größte Risiko- bzw. Hauptbetroffenengruppe darstellen.

Die bisher sehr erfolgreiche **Präventionsarbeit** im Bereich HIV/AIDS sollte sich daher in Zukunft vermehrt an die Zielgruppe der Heterosexuellen (einschließlich KonsumentInnen von intravenösen Drogen) und hier insbesondere an die Frauen richten.

Tabelle 4.20: AIDS-Hauptbetroffenengruppen in Österreich, 2002*

Hauptbetroffenengruppen	Anzahl der Neuerkrankungen					
	insgesamt		Männer		Frauen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
homo-/bisexueller Kontakt	9	14,3	9	20,9	–	–
intravenöse Drogen (IVDU)	10	15,9	5	11,6	5	25,0
homo-/bisexuell + IVDU	3	4,8	3	7,0	–	–
hämophil	–	–	–	–	–	–
Transfusionsempfänger	1	1,6	1	2,3	–	–
heterosexueller Kontakt	30	47,6	16	37,2	14	70,0
Mutter zu Kind	–	–	–	–	–	–
nosokomiale Infektion	–	–	–	–	–	–
anderes/unbekannt	10	15,9	9	20,9	1	5,0
insgesamt	63	100,0	43	100,0	20	100,0

* Diese Statistik beruht zum Teil auf Doppel- und Dreifachnennungen.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

4.6.5 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Wie bereits in den vorangegangenen Jahren war auch 2002 ein erheblicher Anstieg der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen (+76,6 Prozent). Sowohl die Anzahl der gemeldeten Fallzahlen von Syphilis (Lues) als auch von Gonorrhoe (Tripper) wiesen einen deutlichen Anstieg auf.

Betrug 1990 das Verhältnis von Gonorrhoe zu Syphilis 90:10, so änderte sich dieses bis 2002 auf 75:25 Prozent. Die Gonorrhoe stieg auf 846 gemeldete Fälle deutlich an (+105 Prozent gegenüber 2001), die Syphilis um 25 Prozent auf 286 Fälle.

Summary: Venereal Diseases

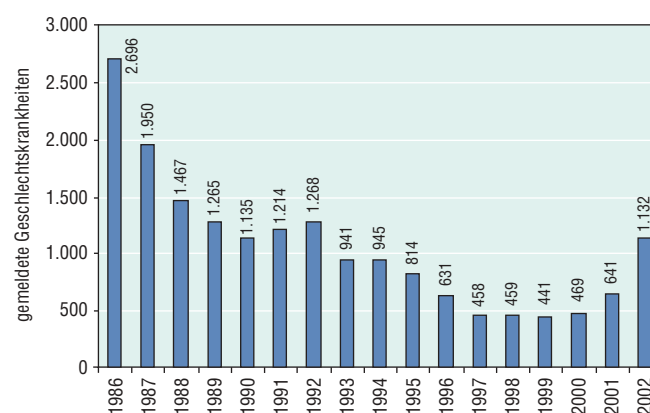
Just as in the previous years, 2002 saw a considerable increase in the number of venereal diseases (+76.6 percent). The number of notified cases of both syphilis and gonorrhoea increased significantly.

While in 1990 the ratio of gonorrhoea to syphilis was 90:10, this has shifted to 75:25 in 2002. The incidence of gonorrhoea has increased to 846 reported cases (a 105 percent increase from 2001), and syphilis by 25 percent to 286 cases.

Die Häufigkeit neu aufgetretener, anzeigepflichtiger Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Lues, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle) steigt seit 2000 deutlich an. Dieser Anstieg bei den Geschlechtskrankheiten ist jedoch nicht nur in Wien und Österreich zu verzeichnen, sondern insbesondere auch in den Ländern des ehemaligen Ostblocks. Auch in Schweden, Großbritannien und den USA wird von einem Ansteigen sexuell übertragbarer Krankheiten berichtet. Offenbar ist die in den 90er Jahren verstärkte Angst vor HIV mittlerweile in Vergessenheit geraten.

2002 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 1.132. Dies entspricht einem Anstieg um 241 Prozent gegenüber 2000 bzw. 76,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Diese Zunahme ist sowohl bei der Gonorrhoe als auch bei der Syphilis zu beobachten. Die Anzahl der aus Wien gemeldeten Tripperfälle stieg gegenüber dem Vorjahr sogar um 105 Prozent, gegenüber 2000 um fast 300 Prozent.

Grafik 4.41: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Tabelle 4.21: Geschlechtskrankheiten in Wien, 2000 bis 2002

angezeigte Neuerkrankungen	gesamt in Wien			festgestellt in der STD*-Ambulanz		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Gonorrhoe (Tripper)	293	413	846	44	71	219
Männer	206	297	593	17	21	88
Frauen	87	116	253	27	50	131
Lues (Syphilis)	176	228	286	19	36	64
Männer	98	128	167	10	12	27
Frauen	78	100	119	9	24	37
insgesamt**	469	641	1.132	63	107	283

** STD = Sexually Transmitted Diseases

** Im Jahr 2002 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle gemeldet.

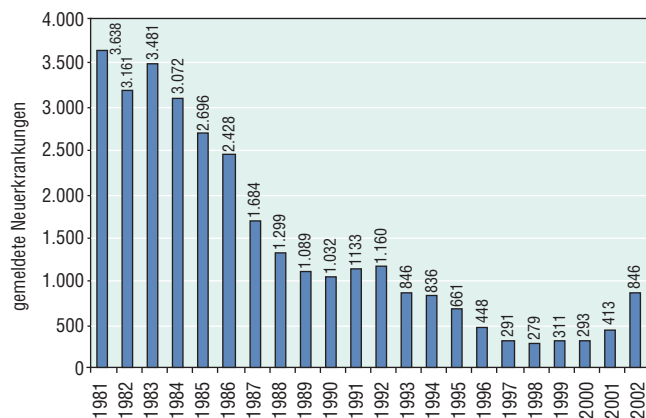
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Gonorrhoe (Tripper)

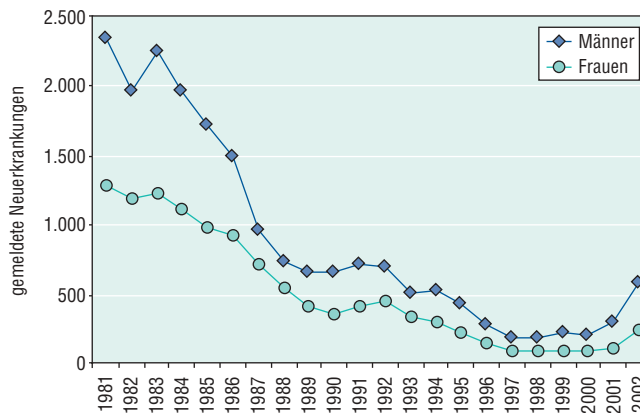
Die Gonokokkeninfektion (Gonorrhoe; der so genannte „Tripper“) ist zwar nach wie vor die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten; jedoch hat sich das Verhältnis von Gonorrhoe zur zweithäufigsten Geschlechtskrankheit, der Lues, seit 1990 von etwa 9:1 auf 3:1 (im Jahr 2000 sogar nur 1,7:1) geändert. Waren

1990 noch 1.032 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festzustellen, erreichte die Anzahl der gemeldeten Tripperfälle 1998 mit 279 ihren Tiefststand. 2000 gab es einen leichten Anstieg, 2001 waren es dann bereits 413 Fälle und 2002 stieg die Zahl der Gonorrhoe-Erkrankungen in ganz Wien mit 846 auf mehr als das Doppelte gegenüber dem Vorjahr an. Dies entspricht einem Anstieg um fast 300 Prozent gegenüber 2000!

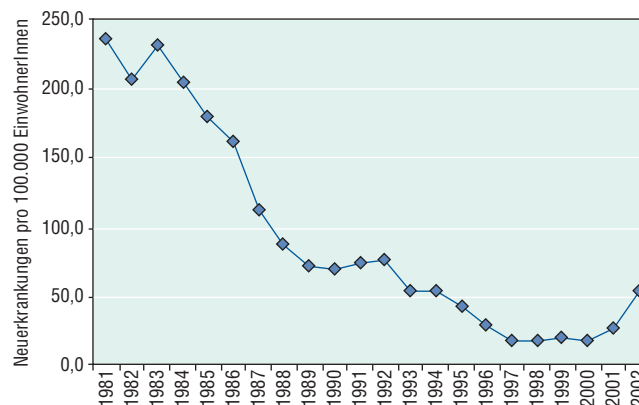
Grafik 4.42: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 4.43: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 4.44: Gonorrhoe, Entwicklung der Inzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen, nicht standardisiert), Wien 1981–2002

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium; eigene Berechnungen.

Auch im STD-Ambulatorium konnte in den letzten beiden Jahren ein deutlicher Anstieg der Gonorrhoe-Erkrankungen festgestellt werden. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Anstieg im Berichtsjahr 2002 mehr als das Doppelte (219 versus 71 Fälle). Wie bei der Syphilis sind auch beim Tripper vor allem junge Menschen und hier wiederum vorwiegend Frauen (wenngleich etwas weniger krass ausgeprägt als bei den Syphilis-Erkrankungen) betroffen.

Syphilis (Lues)

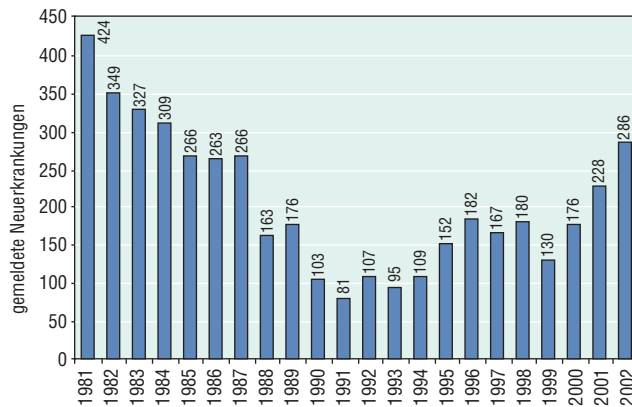
Die Syphilis (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe in den 90er Jahren, zeichnete sich bereits seit 1994 (nach dem AIDS-Höhepunkt) ein kräftiger Anstieg dieser Geschlechtskrankheit ab.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Aufgrund des österreichischen Meldesystems sind in den Zahlen auch serologisch nachgewiesene Infektionen ohne Aktivitätszeichen enthalten. Insgesamt ist jedoch seit 1994 auch ein Anstieg der aktiven Infektionen festzustellen.

Mit den aus ganz Wien gemeldeten 286 Fällen ergab sich 2002 ein neuerlicher deutlicher Anstieg von 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr (228 Fälle) bzw. ein Gesamtanstieg von 62 Prozent gegenüber dem Jahr 2000. Sowohl der relative Anstieg als auch die Anzahl

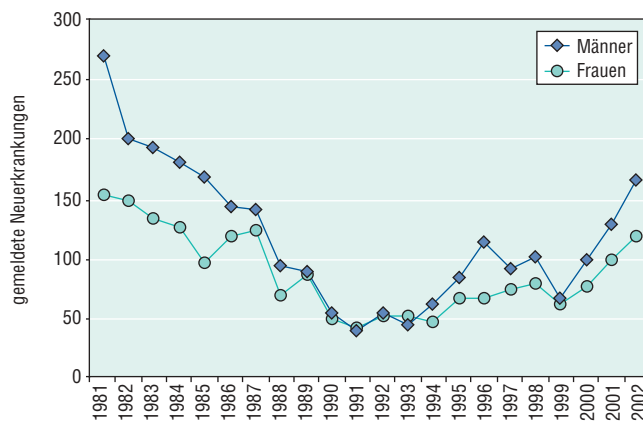
der Fälle ist bei den Männern höher als bei den Frauen (siehe Grafik 4.46). Die folgenden Grafiken veranschaulichen die Entwicklung der in ganz Wien registrierten Fallzahlen sowie die Entwicklung der Inzidenz seit 1981.

Grafik 4.45: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002



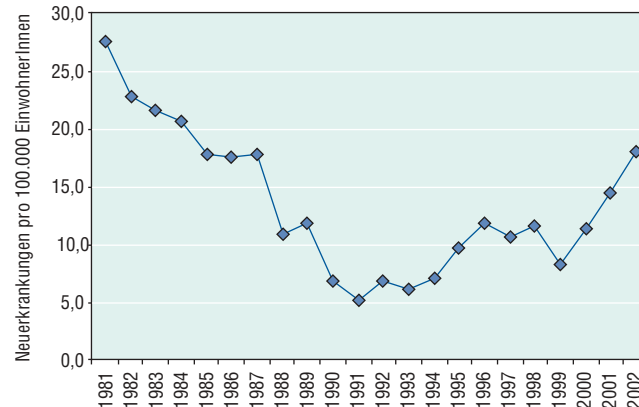
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 4.46: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 4.47: Syphilis, Entwicklung der Inzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen, nicht standardisiert), Wien 1981–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium; eigene Berechnungen.

Auch im STD-Ambulatorium der MA 15 nahmen die Syphilisfälle in den letzten beiden Jahren drastisch zu. Wurden im Jahr 2000 noch 19 Fälle registriert, waren es im Jahr 2001 bereits 36 Fälle und im Berichtsjahr 2002 sogar 64 Fälle. Dies entspricht einer Zunahme von fast 80 Prozent gegenüber dem Vorjahr bzw. um mehr als das dreifache gegenüber 2000.

Bei einem Großteil der Erkrankungsfälle handelt es sich um ein frühes Stadium der Syphilis (Erkrankungsdauer kürzer als ein Jahr, nach CDC), das heißt um frische Infektionen. Dies ist epidemiologisch insofern von Bedeutung, als die Syphilis in frühen Stadien infektiös ist, während sie in der späteren Latenzphase nicht und in Spätstadien je nach Klinik ebenfalls nicht bis kaum ansteckend ist.

2002 wurde bei 20 Personen eine Lues I, bei 22 Personen eine Lues II festgestellt. In 10 Fällen handelte es sich um eine frühlatente und nur in 11 Fällen um eine spätlatente Syphilis (späteres Stadium der Erkrankung).

Vor allem junge Menschen (und hier insbesondere Frauen) sind von der Gefahr einer Infektion an einer Geschlechtskrankheit betroffen. Die an Syphilis erkrankten Frauen sind fast alle im gebärfähigen Alter. Seit 1997 treten in Wien jedes Jahr auch mehrere Fälle einer angeborenen Syphilis auf. Die Syphilis ist somit weder ausgestorben noch ein Relikt der Veteranen der Weltkriege. Dies ist insbesondere in Hinblick auf Präventionsansätze und Aufklärungskampagnen bedeutend.

Andere Geschlechtskrankheiten

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

In den Jahren 1997 bis 2001 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (1996: eine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

4.6.6 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der sieben Wochen dauernden, aber milden Influenza-Welle des Winters 2002/2003 erkrankten in Wien etwa 119.000 Menschen an dieser Infektionskrankheit.

Dem Gesundheitsamt wurden in diesem Winter keine Influenza-Todesfälle gemeldet (keine Meldepflicht).

Summary: Influenza

During the influenza epidemic of the winter of 2002/2003, which lasted seven weeks but was rather light, approximately 119,000 persons in Vienna contracted this disease.

The Public Health Office received no reports of deaths from influenza that winter (influenza is not a notifiable disease).

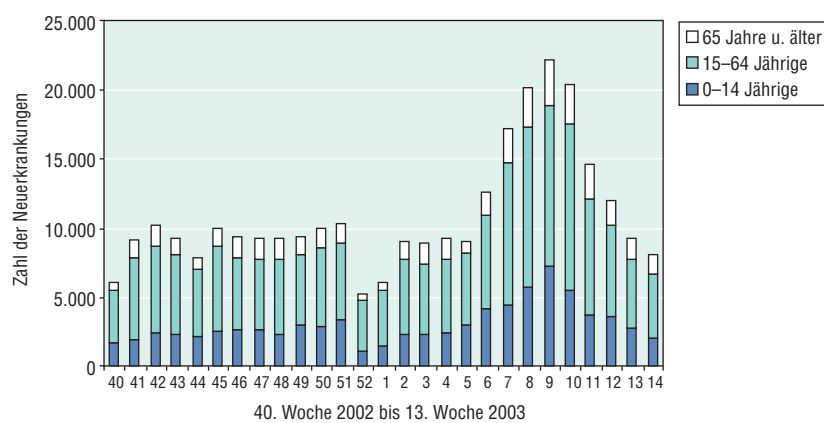
Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza und grippalen Infekten sowie die durch Influenza-Viren hervorgerufenen Epidemien werden in Wien durch ein Grippeinformationssystem der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen erfasst (Meldepraxen).

Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 6. Woche des Jahres 2003 der Beginn einer Influenza-Welle registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza A (H3N2)-Virus. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 22.100 Neuerkrankungen in der 9.

Woche des Jahres 2003 erreicht. In der 5. Kalenderwoche zeichnete sich eine 2. Spitze mit 12.800 Neuerkrankungen ab. Der Jahreszeit entsprechende „Normalwerte“ wurden erst wieder in der 9. Kalenderwoche 2002, 10 Wochen nach Beginn, ermittelt. Während dieser Periode erkrankten in Summe etwa 119.000 Fälle.

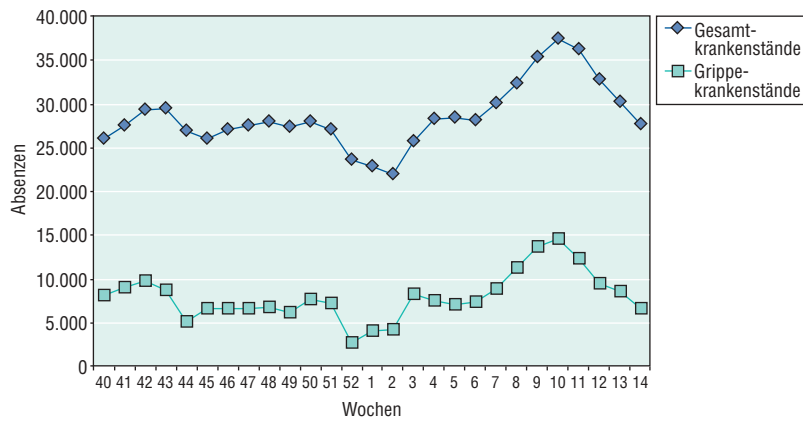
Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Internationalen Untersuchungen zufolge muss jedoch während einer Influenza-Epidemie mit 2 bis 50 Toten pro 100.000 EinwohnerInnen gerechnet werden.

Grafik 4.48: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 2002/2003



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

Grafik 4.49: Wöchentliche Absenzen Winter 2002/2003 (laut Meldungen der WGKK)



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V; Wiener Gebietskrankenkasse.

Tabelle 4.22: Influenza und grippale Infekte, 1971–2002

Zeitraum: Okt.-März	Erregertyp	höchste Anzahl wöchentlicher Neuerkrankungen	höchster Anteil wöchentlicher Absenzen	
			Betriebe	Schulen
1971/72	A2-Hongkong (H3N2)	37.700	5,4	13,1
1972/73	A2-England (H3N2)	29.800	5,6	9,9
1973/74	–	13.200	4,4	6,8
1974/75	A2-Port Chalmers (H3N2)	25.100	5,6	8,3
1975/76	A2-Victoria (H3N2)	44.300	6,4	16,5
1976/77	–	15.600	5,2	8,6
1977/78	A2-Texas (H3N2) A-UdSSR (H1N1)	32.200	5,6	9,4
1978/79	A-UdSSR/90/77 (H1N1)	28.300	5,1	17,7
1979/80	–	15.300	4,8	6,0
1980/81	–	15.600	5,3	7,3
1981/82	–	9.700	4,4	4,3
1982/83	A-Bangkok 1/79	21.100	4,4	7,5
1983/84	B	11.800	3,5	8,0
1984/85	A-Philippines 2/82/(H3N2)	23.600	4,8	8,8
1985/86	B, A (H3N2)	26.800	5,0	10,1
1986/87	B, A (H3N2)	17.900	3,5	7,7
1987/88	–	9.700	3,6	7,0
1988/89	A (H1N1), B	22.800	4,3	8,9
1989/90	A (H3N2), B	20.000	4,0	12,6
1990/91	–	11.200	4,1	4,5
1991/92	A (H3N2)	33.500	5,4	17,1
1992/93	A (H3N2), B	18.100	4,2	7,9
1993/94	A (H3N2)	22.600	3,7	9,7
1994/95	A (H3N2), B	14.700	4,3	7,6
1995/96	A (H3N2), B	26.200	4,4	11,0
1996/97	A (H3N2), B	22.600	4,4	7,2
1997/98	A (H3N2)	15.000	3,9	7,4
1998/99	A (H3N2) Sydney	28.500	5,6	11,3
1999/00	A (H3N2)	26.900	5,2	13,9
2000/01	A (H1N1)	23.700	5,3	14,6
2001/02	B	13.500	4,5	9,6
2002/03	A (H3N2)	22.100	5,8	9,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

4.7 Krankenstände

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 fielen bei den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Beschäftigte) um 3,8 Prozent weniger Krankenstandsfälle und um 4,8 Prozent weniger Krankenstandstage an als im Jahr davor. Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort. Es ist zu vermuten, dass die Rückgänge bei den Krankenständen vor allem auf die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt zurückzuführen ist.

Die **durchschnittliche Krankenstandsdauer** pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2002 bei der WGKK 11,7 Tage, was einem absoluten Tiefststand entspricht und sogar unter dem Vergleichswert für Österreich (12,2 Tage) liegt. Für 2003 betragen die Werte 12,8 Tage (WGKK) bzw. 12,0 Tage (Österreich).

Bei den **Krankenstandstagen pro Beschäftigten** (Arbeiter, Angestellte) ist ebenfalls, trotz eines kurzen Anstiegs 1999, seit etwa Mitte der 1990er-Jahre ein deutlicher Rückgang zu beobachten. 2004 entfielen auf einen Beschäftigten durchschnittlich 12,6 (WGKK) bzw. 12,2 (Österreich) Krankenstandstage – ein bisheriger absoluter Tiefststand. Zwischen 1995 und 2004 gingen die Krankenstände in Wien (WGKK) um 3,6 Tage (–22,2 Prozent), österreichweit um 2,7 Tage (–18,2 Prozent) zurück.

Bei den Krankenständen sind sowohl **geschlechtsspezifische** und **regionale** Unterschiede als auch Unterschiede zwischen **Arbeitern und Angestellten** zu verzeichnen. Frauen weisen sowohl in Wien als auch in Österreich eine kürzere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall auf. Dies dürfte auf den höheren weiblichen Anteil bei den Angestellten zurückzuführen sein, denn bei den ArbeiterInnen (WGKK) weisen die Frauen einen um durchschnittlich 1,2 Tage längeren Krankenstand auf als Männer. Bei den Angestellten melden sich hingegen die Männer um rund einen Tag länger krank als Frauen.

Summary: Sick Leaves

In 2002, the number of sick leaves among persons insured with the Vienna Health Insurance Fund (gainfully employed persons) dropped by 3.8 percent compared to the previous year, and the number of days of sick leave dropped by 4.8 percent. This continues to downward trend of the last years. It can be assumed that the reduction in sick leaves is mainly due to the more difficult conditions on the labour market.

The average duration of sick leaves in 2002 reached the lowest figure ever with 11.7 days for persons insured with the Vienna Health Insurance Fund. This is also below the Austrian average of 12.2 days. In 2003 the figures were 12.8 days for Vienna and 12.0 days for Austria overall.

The number of days of sick leave per gainfully employed person (employees and labourers) has been significantly decreasing overall since the mid-1990s despite a temporary increase in 1999. In 2004, the average sick leave per person was 12.6 days (Vienna) and 12.2 (Austrian average) – the lowest so far. Between 1995 and 2004, sick leaves decreased by 3.6 days (22.2 percent) for Vienna and 2.7 days (18.2 percent) for Austria overall.

Both gender-related and regional differences can be observed in sick leaves, as well as differences between labourers and salaried employees. Women generally have shorter sick leaves, both in Vienna and in Austria as a whole. This could be due to the higher percentage of women working as salaried employees, since female labourers sick leaves are 1.2 days longer on average than those of male labourers (data for Vienna). Sick leaves for male salaried employees on the other hand are approximately one day longer on average than those of women.

Auch insgesamt weist die Kategorie der Arbeiterinnen und Arbeiter eine längere Krankheitsdauer auf als die Kategorie der Angestellten (2002: 14,0 versus 10,2 Tage).

Bei den Krankentagen zeigt sich hingegen ein etwas divergierendes Bild. Während in Wien Frauen seit 1999 etwas mehr Krankentage aufweisen, sind österreichweit die Krankentage bei den Männern länger.

Die **häufigsten Krankheitsfälle** erfolgten auch 2002 aufgrund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane (40 Prozent), gefolgt von den Erkrankungen im Bereich des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (14 Prozent). Aber auch Infektionskrankheiten (11 Prozent) und Unfälle (8 Prozent) bilden nach wie vor einen bedeutsamen Anteil an den Krankentagen.

Overall, labourers have a longer duration of sick leaves than salaried employees (2002: 14.0 and 10.2 days).

When looking at the total number of sick leave days, the situation is slightly divergent. While in Vienna women have had slightly more days of sick leave since 1999, in the Austrian average men have more days of sick leave.

*The **most frequent causes for sick leave** in 2002 were, as in the past, diseases of the respiratory system (40 percent), followed by skeletal, muscular and connective tissue diseases (14 percent). Infectious diseases (11 percent) and accidents (8 percent), however, also continue to account for a significant share of sick leaves.*

4.7.1 Krankheitsfälle¹⁶⁵

Für die Analyse der Krankentage in Wien stehen die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) zur Verfügung. Etwa 90 Prozent der Wiener Bevölkerung sind bei dieser Kasse ver- oder mitversichert.¹⁶⁶ Die folgenden Auswertungen beziehen sich jedoch nur auf die Erwerbstätigen (Arbeiter und Angestellte).

Im Jahr 2002 wurden bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Erwerbstätige) rund 736.000 Krankheitsfälle registriert. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine weitere Abnahme um 3,8 Prozent. Damit setzt sich der Trend bei den Rückgängen von Krankentagen fort.

Der größte Teil aller Krankheitsfälle (insgesamt rund 40 Prozent) fiel auch im Jahr 2002 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf die Gruppe der

Krankheiten der Luftwege und der Atmungsorgane. An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand, folgen die **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** (rund 14 Prozent). **Infektionskrankheiten** (11 Prozent) und **Unfälle** (8 Prozent) bilden noch immer einen bedeutsamen Anteil an den Krankentagen.

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine Überrepräsentanz der Krankheitsfälle bei den urogenitalen Erkrankungen, bei den Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei den Krankheiten des Nervensystems erkennen. **Männer** weisen hingegen einen mehr als doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Geringfügig erhöht ist zudem der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

¹⁶⁵ Als Basis für die Erfassung der Krankheitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen.

¹⁶⁶ Mit Stand 31.12.2004 beträgt der Gesamtversichertenstand 1.089.699, wobei noch rund 400.000 Angehörige hinzuzuzählen sind, für die größtenteils keine separaten Beiträge zu leisten sind. Dieser Gesamtversichertenstand setzt sich zusammen aus 572.331 Erwerbstätigen, 338.124 PensionistInnen, 114.885 Arbeitslose, 33.897 freiwillig Versicherte und 30.462 sonstige Versicherte.

Tabelle 4.23: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	42.639	10,8	37.759	11,1	80.398	10,9
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	5.756	1,4	3.285	1,0	9.041	1,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.182	0,5	2.244	0,7	4.426	0,6
Krankheiten des Blutes (18)	373	0,1	198	0,1	571	0,1
Psychische Krankheiten (19)	8.708	2,2	4.446	1,3	13.154	1,8
Krankheiten des Nervensystems (20)	9.600	2,4	4.943	1,4	14.543	2,0
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	6.571	1,7	6.008	1,8	12.579	1,7
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	11.464	2,9	10.144	3,0	21.608	3,0
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	158.759	40,1	133.303	39,2	292.062	39,7
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	23.069	5,8	21.197	6,2	44.266	6,0
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	18.927	4,8	4.183	1,2	23.110	3,1
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	9.038	2,3	–	–	9.038	1,2
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	4.734	1,2	4.958	1,5	9.692	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	52.470	13,2	53.516	15,7	105.986	14,4
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	322	0,1	248	0,1	570	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	19.490	4,9	13.413	3,9	32.903	4,5
Unfälle (47–51)	21.014	5,3	38.613	11,4	59.627	8,1
Vergiftungen (52–53)	110	0,0	138	0,0	248	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	231	0,1	555	0,2	786	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	650	0,2	784	0,2	1.434	0,2
insgesamt	396.107	100,0	339.935	100,0	736.042	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten zeigt eine Überrepräsentanz der **Angestellten** bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (44 Prozent aller Krankenstandsfälle, im Vergleich zu 33 Prozent bei den ArbeiterInnen) sowie ein leichtes Überwiegen bei Infektionskrankheiten und Neubildungen (12 vs. 10 Prozent).

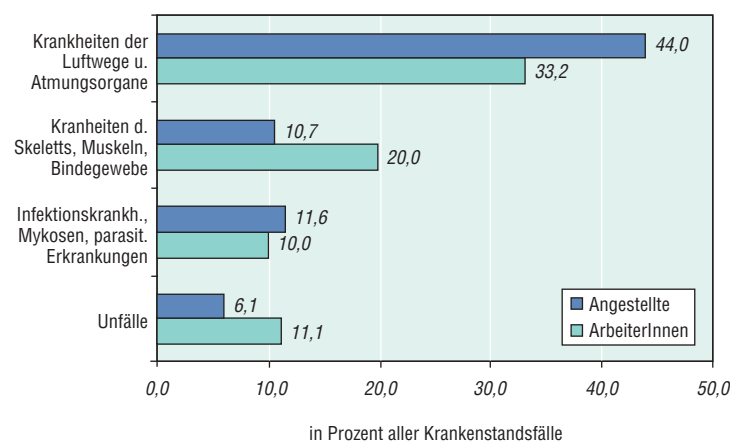
Bei den **ArbeiterInnen** überwiegen hingegen deutlich die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (20 Prozent im Vergleich zu 11 Prozent bei den Angestellten) sowie die Krankenstände aufgrund von Unfällen (11 Prozent im Vergleich zu 6 Prozent bei den Angestellten). *Grafik 4.50* verdeutlicht diese Unterschiede.

Tabelle 4.24: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	10.365	18.976	29.341	32.274	18.783	51.057
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	1.322	1.111	2.433	4.434	2.174	6.608
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	684	1.081	1.765	1.498	1.163	2.661
Krankheiten des Blutes (18)	124	91	215	249	107	356
Psychische Krankheiten (19)	2.662	1.999	4.661	6.046	2.447	8.493
Krankheiten des Nervensystems (20)	2.893	2.827	5.720	6.707	2.116	8.823
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	1.628	2.828	4.456	4.943	3.180	8.123
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	4.208	4.909	9.117	7.256	5.235	12.491
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	36.492	61.304	97.796	122.267	71.999	194.266
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	6.529	11.348	17.877	16.540	9.849	26.389
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	5.181	1.884	7.065	13.746	2.299	16.045
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	2.442	–	2.442	6.596	–	6.596
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	1.661	2.944	4.605	3.073	2.014	5.087
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	23.450	35.397	58.847	29.020	18.119	47.139
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	81	129	210	241	119	360
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	6.430	7.717	14.147	13.060	5.696	18.756
Unfälle (47–51)	7.292	25.478	32.770	13.722	13.135	26.857
Vergiftungen (52–53)	38	100	138	72	38	110
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	93	382	475	138	173	311
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	187	398	585	463	386	849
insgesamt	113.762	180.903	294.665	282.345	159.032	441.377

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Grafik 4.50: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2002 (WGKK, Beschäftigte)

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen.

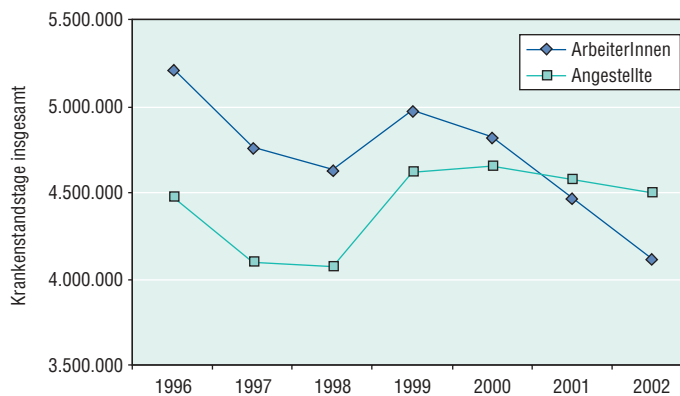
4.7.2 Krankenstandstage¹⁶⁷

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug im Jahr 2002 bei Versicherten der **Wiener Gebietskrankenkasse** rund 8.621.376 Tage. Gegenüber 2001 bedeutet dies einen weiteren Rückgang um -4,8 Prozent, gegenüber 2000 einen Rückgang um insgesamt -9,3 Prozent. Trotz des sprunghaften Anstiegs der gesamten Krankenstandstage im Jahr 1999 nahm in Wien die Zahl der jährlichen Krankenstandstage seit 1996 um mehr als 11 Prozent ab. Nicht berücksichtigt in dieser Kalkulation ist jedoch die absolute Anzahl der bei der WGKK gemeldeten Beschäftigten, d. h. die Rückgänge bei den Krankenständen könnte eventuell auch auf einen Rückgang der Zahl der Beschäftigten zurückzuführen

sein. Allerdings ist auch ein Rückgang bei der durchschnittlichen Dauer eines Krankenstandes zu verzeichnen, sodass sich hier eher die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt auszudrücken scheint.

Allerdings sind bei diesem Trend deutliche Unterschiede zwischen den Kategorien **Arbeiter und Angestellte** feststellbar. Während es bei den ArbeiterInnen – abgesehen von dem erwähnten Anstieg 1999 – seit 1996 zu einem mehr oder weniger kontinuierlichen Rückgang der Krankenstandstage kam, blieben bei den Angestellten die registrierten Krankenstandstage nach 1999 auf annähernd gleichem Niveau (*siehe folgende Grafik*). Getrennt nach **Geschlecht** zeigen die männlichen Arbeiter den stärksten Rückgang seit 1996.

Grafik 4.51: Krankenstandstage Arbeiter und Angestellte, Entwicklung 1996–2002 (WGKK, Beschäftigte) *



* Nicht berücksichtigt ist die Entwicklung der absoluten Zahl der bei der WGKK gemeldeten Beschäftigten.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfallen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (25 Prozent aller Krankenstandstage), gefolgt von den

Krankenständen aufgrund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (23 Prozent) sowie aufgrund von **Unfällen** (15 Prozent).

¹⁶⁷ Als Krankenstandstage werden alle Kalendertage der Arbeitsunfähigkeit erfasst.

Tabelle 4.25: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	247.048	5,5	218.305	5,3	465.353	5,4
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	170.161	3,8	103.071	2,5	273.232	3,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	50.279	1,1	42.033	1,0	92.312	1,1
Krankheiten des Blutes (18)	8.134	0,2	6.365	0,1	14.499	0,2
Psychische Krankheiten (19)	240.705	5,4	141.050	3,4	381.755	4,4
Krankheiten des Nervensystems (20)	98.668	2,2	63.955	1,5	162.623	1,9
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	66.400	1,5	65.401	1,6	131.801	1,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	187.129	4,2	251.698	6,1	438.827	5,1
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.154.871	25,9	980.654	23,6	2.135.525	24,8
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	213.336	4,8	227.141	5,5	440.477	5,1
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	218.920	4,9	53.807	1,3	272.727	3,2
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	91.615	2,1	–	–	91.615	1,1
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	54.176	1,2	61.418	1,5	115.594	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	1.007.094	22,6	938.010	22,6	1.945.104	22,6
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	6.748	0,1	6.073	0,1	12.821	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	163.859	3,7	122.222	2,9	286.081	3,3
Unfälle (47–51)	467.455	10,5	846.113	20,4	1.313.568	15,2
Vergiftungen (52–53)	1.314	0,0	1.713	0,0	3.027	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	5.893	0,1	14.357	0,3	20.250	0,2
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	10.263	0,2	13.922	0,3	24.185	0,3
insgesamt	4.464.068	100,0	4.157.308	100,0	8.621.376	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Während bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes überwiegen (27 Prozent aller Krankenstands-

tage), nehmen bei den **Angestellten** die Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane den ersten Rang ein (29 Prozent).

Tabelle 4.26: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	74.598	116.324	190.922	172.450	101.981	274.431
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	52.716	47.493	100.209	117.445	55.578	173.023
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	18.599	19.943	38.542	31.680	22.090	53.770
Krankheiten des Blutes (18)	3.706	3.203	6.909	4.428	3.162	7.590
Psychische Krankheiten (19)	72.428	60.959	133.387	168.277	80.091	248.368
Krankheiten des Nervensystems (20)	41.820	39.652	81.472	56.848	24.303	81.151
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	20.974	30.735	51.709	45.426	34.666	80.092
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	88.295	136.725	225.020	98.834	114.973	213.807
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	345.579	499.643	845.222	809.292	481.011	1.290.303
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	77.704	130.034	207.738	135.632	97.107	232.739
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	81.950	28.883	110.833	136.970	24.924	161.894
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	28.269	–	28.269	63.346	–	63.346
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	22.362	38.567	60.929	31.814	22.851	54.665
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	491.218	624.142	1.115.360	515.876	313.868	829.744
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	2.333	3.433	5.766	4.415	2.640	7.055
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	67.942	72.295	140.237	95.917	49.927	145.844
Unfälle (47–51)	180.801	573.350	754.151	286.654	272.763	559.417
Vergiftungen (52–53)	513	1.245	1.758	801	468	1.269
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	2.265	9.494	11.759	3.628	4.863	8.491
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	3.197	7.448	10.645	7.066	6.474	13.540
insgesamt	1.677.269	2.443.568	4.120.837	2.786.799	1.713.740	4.500.539

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.7.3 Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall¹⁶⁸

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall der letzten Jahre wies **österreichweit** (alle Beschäftigten) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Kran-

kenstandsfall erstmalig einen absoluten Tiefstand. Die Werte der folgenden Jahre blieben in etwa auf diesem niedrigen Niveau und erreichten 2003 mit 12,0 Tagen einen neuerlichen Tiefstand.¹⁶⁹

Die bei der **Wiener Gebietskrankenkasse** Versicherten (Beschäftigte) weisen seit 1992 eine etwas höhere Durchschnittsdauer pro Krankenstandsfall auf als der

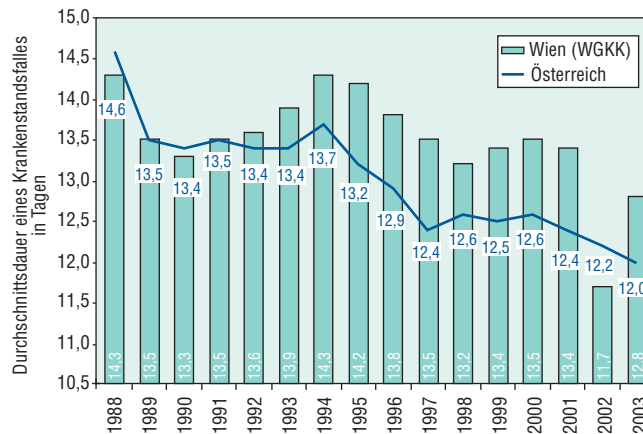
¹⁶⁸ Für die durchschnittliche Krankenstandsdauer standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung zum Teil schon Daten für 2003 zur Verfügung. Für die Darstellung nach Beschäftigtenverhältnis (Arbeiter / Angestellte) musste jedoch auf die Daten aus dem Berichtsjahr 2002 zurückgegriffen werden.

¹⁶⁹ Der zum Zeitpunkt der Endrevision dieses Berichtes zur Verfügung stehende Wert für 2004 ist nur geringfügig erhöht und beträgt 12,1 Tage.

österreichische Durchschnitt aller Beschäftigten. Einzig im Jahr 2002 liegen die Wiener Werte mit nur 11,7 Tagen um einen halben Tag unter dem Österreich-Durch-

schnitt. Im Jahr 2003 stieg die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall auf 12,8 Tage¹⁷⁰ (siehe folgende Grafik).

Grafik 4.52: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfall in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – bei den Beschäftigten seit Jahren **Frauen** eine geringere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall aufweisen als Männer; im Durchschnitt ist die Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall von Frauen (sowohl in Wien als auch österreichweit) um etwa einen Tag kürzer als diejenige von Männern (2003: Männer 13,5 Tage; Frauen 12,3 Tage¹⁷¹). Allerdings ist dies auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhält-

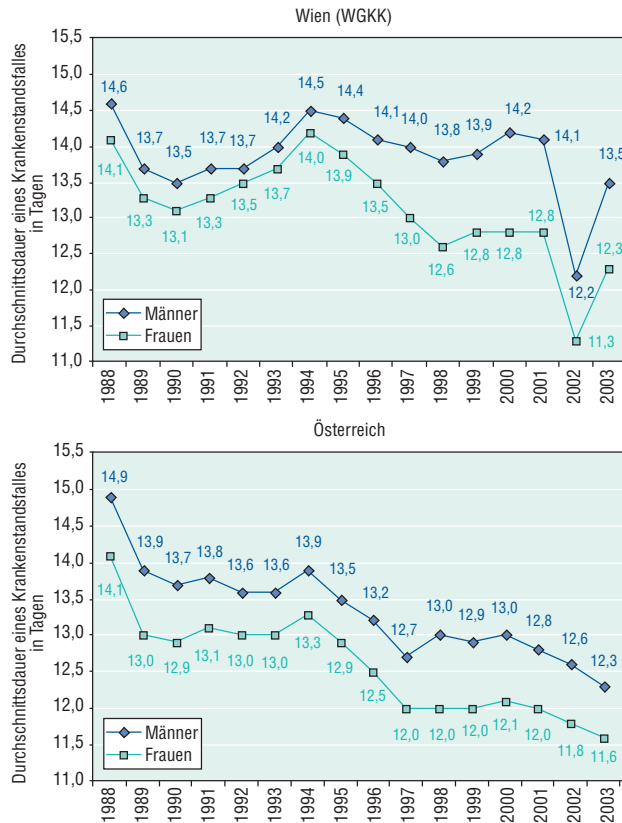
nis zurückzuführen und gilt nicht für die Arbeiterinnen; diese weisen einen um durchschnittlich 1,2 Tage längeren Krankenstand pro Krankenstandsfall auf als ihre männlichen Kollegen.

Die folgende Grafik zeigt die nach Geschlecht aufgeschlüsselten Werte der bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Beschäftigten sowie die Werte aller Beschäftigten in Österreich.

¹⁷⁰ Der zum Zeitpunkt der Endrevision dieses Berichtes zur Verfügung stehende Wert für 2004 (WGKK) zeigt eine geringfügige Steigerung auf 13 Tage.

¹⁷¹ 2004: Männer 13,7 Tage, Frauen 12,4 Tage.

Grafik 4.53: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfall in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Abgesehen von der Ursache des Krankenstandes ist die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall sowohl zwischen als auch innerhalb der Kategorien ArbeiterInnen und Angestellte, also zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmern, zum Teil sehr unterschiedlich.

So lassen sich etwa im Jahr 2002 bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** im Vergleich zu den Angestellten längere Krankenstände vor allem infolge von Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Krankheiten des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten sowie urogenitalen Krankheiten feststellen. Aber auch bei den Hautkrankheiten, den kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen sowie bei Unfällen kommt es in dieser Gruppe zu längeren Krankenständen.

Getrennt nach Geschlecht weisen im Jahr 2002 bei den **ArbeiterInnen Frauen** aufgrund von Endokrinopathi-

en, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes längere Krankenstände auf als ihre männlichen Kollegen. **Männliche Arbeiter** wiederum haben im Berichtsjahr vor allem bei den Neubildungen, den Krankheiten des Blutes sowie bei Krankenständen aufgrund von Herz- und Gefäßkrankheiten eine längere Krankendauer aufzuweisen als Frauen.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die Männer, und zwar in fast allen Krankheitsgruppen. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man bei den Angestellten im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten. Im Berichtsjahr 2002 fallen auch die Unterschiede bei den Krankheiten des Blutes und den psychischen Krankheiten ins Auge.

Tabelle 4.27: Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall in Tagen, Wien* 2002

Krankheitsgruppen (Krankenstandsbeurteilung)	Ø Krankenstandstage pro Krankenstandsfall								
	ArbeiterInnen			Angestellte			insgesamt		
	Frauen	Männer	zusammen	Frauen	Männer	zusammen	Frauen	Männer	zusammen
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	7,2	6,1	6,5	5,3	5,4	5,4	5,8	5,8	5,8
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	39,9	42,7	41,2	26,5	25,6	26,2	29,6	31,4	30,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	27,2	18,4	21,8	21,1	19,0	20,2	23,0	18,7	20,9
Krankheiten des Blutes (18)	29,9	35,2	32,1	17,8	29,6	21,3	21,8	32,1	25,4
Psychische Krankheiten (19)	27,2	30,5	28,6	27,8	32,7	29,2	27,6	31,7	29,0
Krankheiten des Nervensystems (20)	14,5	14,0	14,2	8,5	11,5	9,2	10,3	12,9	11,2
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	12,9	10,9	11,6	9,2	10,9	9,9	10,1	10,9	10,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	21,0	27,9	24,7	13,6	22,0	17,1	16,3	24,8	20,3
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	9,5	8,2	8,6	6,6	6,7	6,6	7,3	7,4	7,3
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	11,9	11,5	11,6	8,2	9,9	8,8	9,2	10,7	10,0
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	15,8	15,3	15,7	10,0	10,8	10,1	11,6	12,9	11,8
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	11,6	0,0	11,6	9,6	0,0	9,6	10,1	0,0	10,1
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	13,5	13,1	13,2	10,4	11,3	10,7	11,4	12,4	11,9
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	20,9	17,6	19,0	17,8	17,3	17,6	19,2	17,5	18,4
Kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	28,8	26,6	27,5	18,3	22,2	19,6	21,0	24,5	22,5
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	10,6	9,4	9,9	7,3	8,8	7,8	8,4	9,1	8,7
Unfälle (47–51)	24,8	22,5	23,0	20,9	20,8	20,8	22,2	21,9	22,0
Vergiftungen (52–53)	13,5	12,5	12,7	11,1	12,3	11,5	11,9	12,4	12,2
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	24,4	24,9	24,8	26,3	28,1	27,3	25,5	25,9	25,8
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	17,1	18,7	18,2	15,3	16,8	15,9	15,8	17,8	16,9
insgesamt	14,7	13,5	14,0	9,9	10,8	10,2	11,3	12,2	11,7

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.7.4 Durchschnittliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter/Angestellte)¹⁷²

Noch aussagekräftiger als die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall sind die pro Jahr auf eine/n Beschäftigte/n entfallenden Kranken-

standstage. Diese Statistik zeigt an, ob die Krankenstände insgesamt gestiegen oder gesunken sind.

Analog zur Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall zeigt sich auch hier der Bruch Mitte der 1990er-Jahre. Trotz eines kurzen Anstiegs 1999 ist seither eine klare und deutlich sinkende Tendenz zu beobachten. 2004

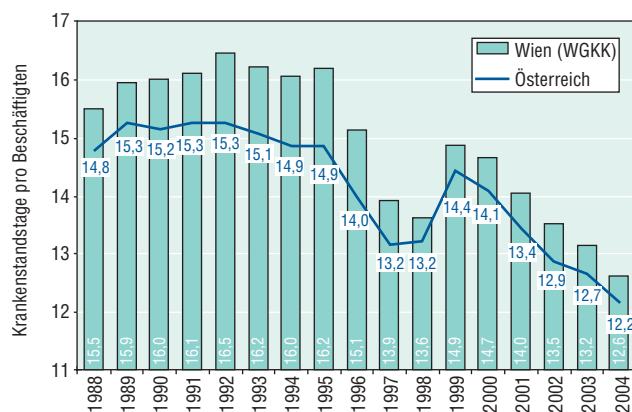
¹⁷² Für dieses nachträglich eingefügte Kapitel standen bereits Daten bis 2004 zur Verfügung.

entfielen pro Beschäftigten (Arbeiter und Angestellte) durchschnittlich 12,6 (WGKK) bzw. 12,2 (Österreich) Krankenstandstage – ein bisheriger absoluter Tiefstand. Zwischen 1995 und 2004 gingen die Krankenstände in Wien (WGKK) um 3,6 Tage (–22,2 Prozent), österreichweit um 2,7 Tage (–18,2 Prozent) zurück. Wie bereits weiter oben erwähnt, dürfte sich hier die

verschärfte wirtschaftliche bzw. soziale Situation am Arbeitsmarkt bemerkbar machen.

Auch hier weisen die Versicherten bei der WGKK etwas höhere Werte auf als der Österreich-Schnitt. Im Durchschnitt der letzten Jahre betrug der Unterschied etwa einen halben Tag.

Grafik 4.54: Durchschnittliche jährliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004

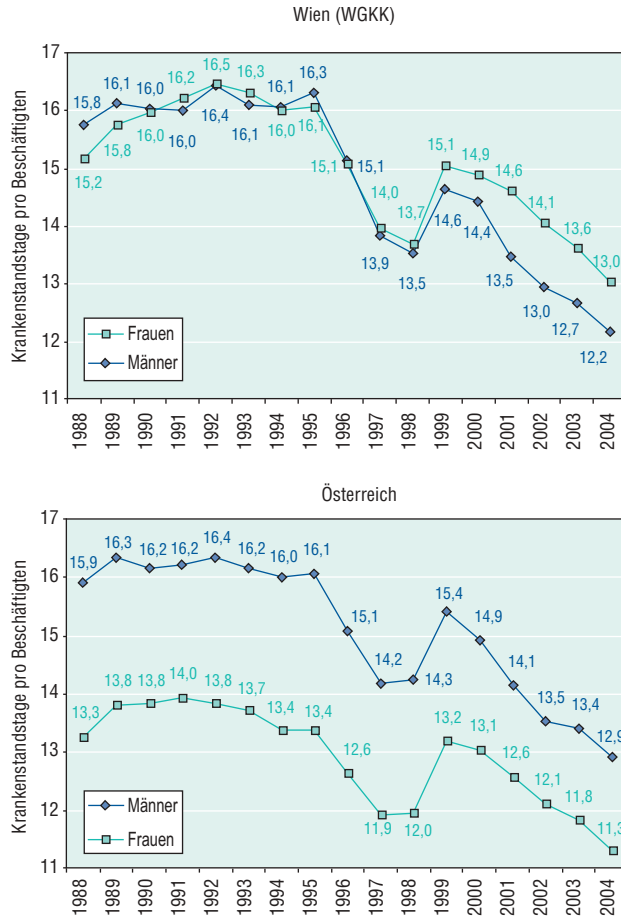


Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Anders jedoch als bei der durchschnittlichen Krankenstandsdauer zeigt sich bei den bei der WGKK registrierten jährlichen Krankenstandstagen von **Männern und Frauen** ein etwas anderes Bild. Frauen weisen zwar vor allem seit 1999 etwas mehr Krankenstandstage als Männer auf (im Durchschnitt um einen halben bis ganzen Tag), doch scheint dies eher auf die bei Männern noch drastischer sichtbare Reduktion der Krankenstände zurückzuführen zu sein (siehe unten). Österreichweit weisen jedoch Männer deutlich längere Krankenstände auf.

Zwischen 1995 und 2004 gingen bei den Wiener Frauen die Krankenstände um 3,0 Tage (–18,9 Prozent), bei den österreichischen Frauen um 2,1 Tage (–15,4 Prozent) zurück. Bei den Männern beträgt der Rückgang in Wien 4,1 Tage (–25,4 Prozent), in Österreich 3,2 Tage (–19,6 Prozent). Die folgende Grafik veranschaulicht diese Entwicklung.

Grafik 4.55: Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte) nach Geschlecht, Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

4.8 Spitalsentlassungsstatistik

Zusammenfassung

Zwar kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht auf die tatsächliche Krankheitslage (Morbidität) in der Bevölkerung geschlossen werden, doch gibt sie Auskunft über die Spitalsaufenthaltsdauer und darüber, für welche Krankheiten besonders viele Krankenhaustage benötigt werden, sowie über die häufigsten Entlassungsdiagnosen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede.

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose) der Wiener Wohnbevölkerung zählen nach wie vor bösartige Neubildungen (Mehrfachaufnahmen zu berücksichtigen), dicht gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern betrug im Jahr 2002 9,3 Tage (Österreich: 8,4 Tage). Damit setzt sich der Trend der Vorjahre zu noch kürzeren Aufenthalten pro Spitalsaufnahme fort. Die verkürzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer steht zwar in engem Verhältnis zur Zunahme der Aufnahme- bzw. Entlassungsfälle, doch ist insgesamt auch ein Rückgang an Pflgebetagen im Spital zu beobachten.

Die längsten Krankenhausaufenthalte sind auch 2002 bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem Herzkrankheiten) zu verzeichnen, wenngleich es hier zu einem drastischen Rückgang gegenüber den Vorjahren kam (2002 durchschnittlich 17,9 Tage).

Summary: Hospital Discharge Statistics

While the hospital discharge data permit no direct conclusions as to the actual morbidity of the population, they do provide some information on the duration of hospital stays, the types of diseases requiring particularly many hospital days, and the most frequent discharge diagnoses for both genders.

The most frequent discharge diagnoses (main diagnosis) for persons living in Vienna remain malignant neoplasms (although repeated hospitalisations must be taken into account here), closely followed by cardiovascular diseases.

The average duration of stay in Viennese hospitals in 2002 was 9.3 days (Austria: 8.4 days). This continues the trend of the previous years towards shorter stays in hospital. While this shorter average duration is closely linked to the increase in admittances and discharges, there has also been an overall decrease in treatment days.

As in previous years, the longest hospital stays in 2002 were due to cardiovascular diseases (in particular heart diseases), although there has been a remarkable reduction compared to the previous years (average stay 17.9 days).

Einführung

Neben Befragungen zur selbst berichteten Morbidität, diversen Registern, Statistiken zu meldepflichtigen Krankheiten sowie den Statistiken der Sozialversicherungen zu Krankenständen wird auch die Spitalsentlassungsstatistik gemeinhin zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung herangezogen. Wenngleich keine der genannten Quellen ein hundertprozentiges Abbild des tatsächlichen Krankheitsge-

schehens bietet, so geben sie doch, mit den nötigen Einschränkungen interpretiert, einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß vorherrschender Krankheiten bzw. lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu.

Im Allgemeinen kann deshalb auch von den Daten der Krankenanstalten nicht auf die Gesamtmorbidität in einer Bevölkerung geschlossen werden, wenngleich sie wichtige Anhaltspunkte für das Krankheits- und Leis-

tungsgeschehen bieten. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Auch das 1997 neu eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF), welches auf leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen beruht, findet seinen Niederschlag in der Statistik (z. B. Zunahme der Aufnahmen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer).

Die aus der Spitalsentlassungsstatistik gewonnenen Daten beziehen sich nur auf jene Krankheitsfälle, die in einer Krankenanstalt stationär behandelt wurden, einschließlich TagespatientInnen. Es handelt sich dabei um eine **fallbezogene Statistik**, d. h. eine Person, die mehrmals während eines Jahres stationär aufgenommen wird, wird bei jedem Aufenthalt gesondert registriert.

Als Diagnosesystematik wird seit dem Berichtsjahr 2001 die ICD-10 BMSG 2001-Version verwendet. Bei **Zeitreihenvergleichen** ist es daher möglich, dass es zu Brüchen einerseits aufgrund der Einführung der ICD-10 Klassifikation, andererseits durch Einführung des LKF-Systems kommt.¹⁷³ Vor allem die Umstellung auf LKF im Jahr 1997 und die daraus folgenden Auswirkungen auf die Anzahl der Aufnahmefälle und die jeweilige Aufenthaltsdauer macht die Analyse zeitlicher Trends problematisch. Für eine aussagekräftige Trendanalyse ist daher dieser Bruch zu berücksichtigen bzw. ist für die Interpretation einer Zeitreihe sinnvollerweise 1997 als Trennung zu benutzen.

Für Auswertungen dieser Statistik stehen Angaben zur **Hauptdiagnose bei der Entlassung** (nicht aber zu den zusätzlich behandelten Erkrankungen) sowie zur **Dauer der stationären Aufenthalte** zur Verfügung. Grundsätzlich sind regionale, geschlechts- und altersspezifische Differenzierungen möglich. Auswertungen auf Bundesländerebene können entweder unter Bezugnahme auf die den jeweiligen Bundesländern zugeordneten Krankenanstalten vorgenommen werden, oder unter Bezugnahme auf den Wohnort der behandelten Personen, d. h. unabhängig vom Standort der behandelnden Krankenanstalt. Da im vorliegenden Bericht

die Gesundheitssituation der Wiener Bevölkerung im Mittelpunkt der Betrachtung steht und nicht das Leistungsgeschehen in den Wiener Krankenanstalten, gilt bei der Darstellung der stationär behandelten Krankheitsgruppen das Hauptaugenmerk der **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten). In Hinblick auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erschien es jedoch sinnvoller, die Situation in **Wiener Krankenanstalten** darzustellen. Ebenso waren für die Gegenüberstellung der Aufenthaltsdauer in österreichischen und Wiener Spitälern die Daten nach dem Standort der Krankenanstalt heranzuziehen.

Stationäre Behandlungsfälle – Hauptdiagnosen

Im Jahr 2002 wurden in österreichischen Krankenanstalten knapp 500.000 Behandlungsfälle von Wienerinnen und Wienern registriert.

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** von Wienerinnen und Wienern zählten auch 2002 die bösartigen Neubildungen (15,5 Prozent aller Diagnosen), dicht gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems (13,6 Prozent). An dritter Stelle standen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (10 Prozent). Vor allem bei den Aufnahmefällen aufgrund einer Krebserkrankung muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich hier sehr häufig (therapiebedingt) um Mehrfachaufnahmen handelt.

Bei den stationären Behandlungsfällen zeichnen sich deutliche **geschlechtsspezifische Unterschiede** ab. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber auch aufgrund von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit Gravidität und Entbindung, befinden sich **Frauen** häufiger in stationärer Behandlung als Männer. Besonders dominiert das weibliche Geschlecht bei den Neoplasien (Brustkrebs), bei den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, bei den Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (v. a. Affektionen der Augen), bei Hypertonie und Krankheiten der Venen und Lymphgefäße, bei den Krankheiten der Urogenitalorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

¹⁷³ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 135.

Wie aus *Tabelle 4.28* ersichtlich ist, treten fast alle dieser Erkrankungen vor allem im höheren Lebensalter auf und sind somit, wie bereits erwähnt, bei den Frauen vorwiegend auf deren durchschnittlich höheres Lebensalter zurückzuführen.

Das **männliche** Geschlecht hingegen überwiegt bei den Diagnosen Krebs der Verdauungsorgane und Krebs der Atmungsorgane, ischämische Herzkrank-

heiten, Krankheiten der Arterien und Krankheiten der Atmungsorgane.

Die folgende Tabelle zeigt, dass bei den meisten, insbesondere bei den beiden häufigsten Krankheitsgruppen (Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten), die Aufnahmefälle mit zunehmendem **Alter** kontinuierlich und mitunter sogar drastisch ansteigen.

Tabelle 4.28: Spitalsentlassungsfälle **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten) 2002 nach Altersgruppen und Geschlecht

Hauptdiagnosegruppen ICD 10. Rev.	Geschlecht	Stationäre PatientInnen (Fälle) insges.	Alter (in Jahren)				Abgangstatus	
			0–14	15–44	45–64	65+	entlassen	gestorben
Alle Diagnosen	Z	499.988	36.852	127.799	145.100	190.237	486.657	13.331
A00–Z99 [exkl. U-Codes]	M	211.911	21.015	49.436	70.121	71.339	206.589	5.322
	W	288.077	15.837	78.363	74.979	118.898	280.068	8.009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten A00–B99	Z	12.231	3.607	3.611	2.221	2.792	11.786	445
	M	6.147	1.828	2.066	1.281	972	5.933	214
	W	6.084	1.779	1.545	940	1.820	5.853	231
II. Neubildungen C00–D48	Z	77.349	2.211	9.123	32.492	33.523	74.555	2.794
	M	34.389	1.129	3.057	14.506	15.697	33.032	1.357
	W	42.960	1.082	6.066	17.986	17.826	41.523	1.437
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbil- denden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50–D89	Z	3.439	662	610	713	1.454	3.386	53
	M	1.376	385	305	233	453	1.363	13
	W	2.063	277	305	480	1.001	2.023	40
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwech- selkrankheiten E00–E90	Z	14.473	656	2.213	5.274	6.330	14.271	202
	M	5.874	373	827	2.406	2.268	5.796	78
	W	8.599	283	1.386	2.868	4.062	8.475	124
V. Psychische und Verhaltensstörungen F00–F99	Z	38.792	1.365	19.583	9.060	8.784	38.337	455
	M	19.607	853	10.984	5.129	2.641	19.479	128
	W	19.185	512	8.599	3.931	6.143	18.858	327
VI. Krankheiten des Nervensystems G00–G99	Z	16.540	864	3.553	5.060	7.063	16.156	384
	M	7.612	460	1.684	2.726	2.742	7.418	194
	W	8.928	404	1.869	2.334	4.321	8.738	190
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde H00–H59	Z	20.045	459	991	3.618	14.977	20.035	10
	M	7.137	214	483	1.776	4.664	7.136	1
	W	12.908	245	508	1.842	10.313	12.899	9
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes H60–H95	Z	8.097	1.185	2.428	2.832	1.652	8.088	9
	M	3.957	707	1.209	1.470	571	3.954	3
	W	4.140	478	1.219	1.362	1.081	4.134	6
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems I00–I99	Z	67.830	245	5.316	21.072	41.197	63.472	4.358
	M	33.224	139	2.879	12.725	17.481	31.669	1.555
	W	34.606	106	2.437	8.347	23.716	31.803	2.803
X. Krankheiten des Atmungssystems J00–J99	Z	32.549	8.921	6.975	7.197	9.456	31.144	1.405
	M	17.289	5.041	3.734	4.145	4.369	16.661	628
	W	15.260	3.880	3.241	3.052	5.087	14.483	777
XI. Krankheiten des Verdauungssystems K00–K93	Z	36.833	2.247	9.958	12.359	12.269	36.043	790
	M	17.709	1.313	5.033	6.587	4.776	17.358	351
	W	19.124	934	4.925	5.772	7.493	18.685	439
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut L00–L99	Z	6.444	741	2.525	1.552	1.626	6.367	77
	M	3.097	412	1.401	698	586	3.071	26
	W	3.347	329	1.124	854	1.040	3.296	51
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes M00–M99	Z	49.835	601	9.312	20.023	19.899	49.724	111
	M	16.399	329	4.291	7.239	4.540	16.365	34
	W	33.436	272	5.021	12.784	15.359	33.359	77
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems N00–N99	Z	30.630	2.727	9.845	9.493	8.565	30.245	385
	M	11.071	1.891	2.379	3.158	3.643	10.930	141
	W	19.559	836	7.466	6.335	4.922	19.315	244
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochen- bett O00–O99	Z	25.926	19	25.826	81	–	25.926	–
	M	–	–	–	–	–	–	–
	W	25.926	19	25.826	81	–	25.926	–
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben P00–P96	Z	2.171	2.119	52	–	–	2.128	43
	M	1.182	1.178	4	–	–	1.158	24
	W	989	941	48	–	–	970	19
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformi- täten und Chromosomenanomalien Q00–Q99	Z	3.045	1.603	867	368	207	3.017	28
	M	1.495	1.029	266	145	55	1.484	11
	W	1.550	574	601	223	152	1.533	17
XVIII. Symptome u. abnorme klin. u. Labor- befunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind R00–R99	Z	16.915	2.852	3.471	3.507	7.085	15.877	1.038
	M	7.246	1.490	1.439	1.754	2.563	6.920	326
	W	9.669	1.362	2.032	1.753	4.522	8.957	712
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und be- stimmte andere Folgen äußerer Ursachen S00–T98	Z	36.301	3.728	11.263	8.055	13.255	35.560	741
	M	16.930	2.224	7.338	4.089	3.279	16.694	236
	W	19.371	1.504	3.925	3.966	9.976	18.866	505
XX. Faktoren, d. d. Gesundheitszustand be- einflussen u. zur Inanspruchnahme d. Ge- sundheitswesens führen Z00–Z99	Z	543	40	277	123	103	540	3
	M	170	20	57	54	39	168	2
	W	373	20	220	69	64	372	1

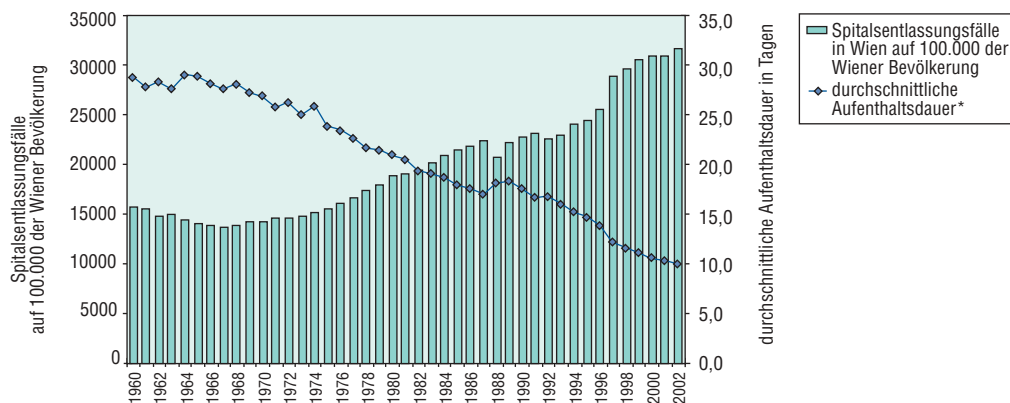
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Aufnahmefälle und Aufenthaltsdauer

Der seit Jahren zu verzeichnende Anstieg bei den Aufnahme- bzw. Entlassungsfällen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer (verstärkt seit Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997) muss neben einer verbesserten medizinischen Versorgung vor allem auch unter systemimmanenten Aspekten gesehen werden.

Grafik 4.56 zeigt die Entwicklung des Verhältnisses von Aufnahme- bzw. Entlassungsfällen und durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten seit 1960. Dabei wird deutlich ersichtlich, dass die Zunahme von Aufnahmefällen mit einer Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einhergeht. Auch die Auswirkungen des 1997 eingeführten neuen Verrechnungssystems (LKF) zeigen sich in der Grafik deutlich.

Grafik 4.56: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer* in Wiener Krankenanstalten 1960–2002



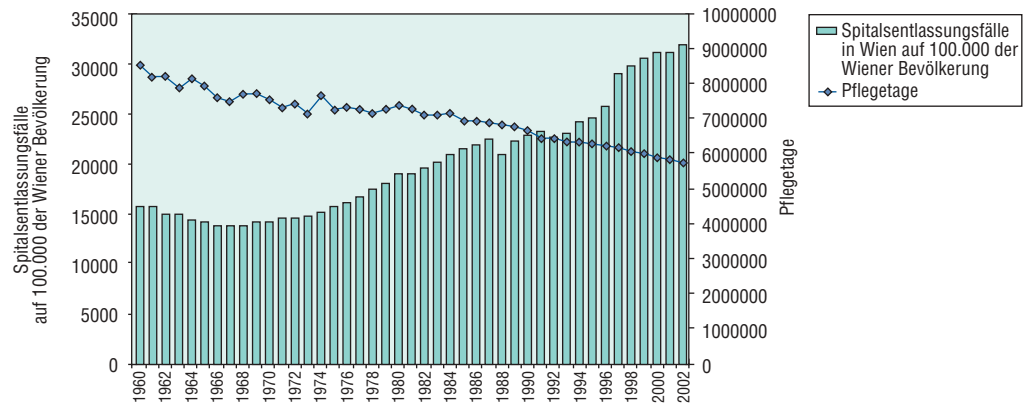
* Pflergetage/Entlassungsfälle, Standort Wien mit Ortsfremden.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Grafik 4.57 zeigt zum Vergleich auch das Verhältnis von Aufnahmefällen und insgesamt in Wiener Spitälern verbrachten Pflergetagen. Interessant ist, dass es trotz Berücksichtigung von Mehrfachaufenthalten insgesamt zu einem Rückgang an Pflergetagen im Spital

kam. Der Rückgang ist zwar nicht so drastisch ausgebildet wie bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, doch macht sich der Trend verstärkt seit Anfang der 1990er-Jahre bemerkbar.

Grafik 4.57: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und Pflégetage insgesamt* in Wiener Krankenanstalten 1960–2002



* Bettenbericht.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Diese Entwicklung legt jedenfalls die Vermutung nahe, dass Mehrfachaufenthalte wegen ein und derselben Krankheit zunehmen. Vor allem für chronisch Kranke und ältere Menschen, bei denen die Genesung länger dauert, besteht die Gefahr, dass sie ohne entsprechende Gegensteuerung zu „Drehtürpatienten“ werden.¹⁷⁴ Gleichzeitig besteht mit der zunehmenden Verkürzung der Spitalsaufenthaltsdauer bzw. der Pflégetage insgesamt die Gefahr einer Unterversorgung von PatientInnen (vorzeitige Entlassung trotz Pflégebedürftigkeit). Vor allem für ältere Menschen sowie auch für PatientInnen ohne zur Verfügung stehende Angehörige kann dies zu einem Problem werden.

Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern

Wenngleich in den letzten Jahren drastisch gesunken, verursachen Krankheiten des **Kreislaufsystems** (vor allem Herzkrankheiten) nach wie vor die längste Spitalsaufenthaltsdauer. Betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1999 noch 30,5 Tage, lag sie 2002 bei nur mehr 17,9 Tagen. Bei den weiblichen Patienten ist jedoch – vor allem altersbedingt – die Aufenthaltsdauer mit durchschnittlich 23,2 Tagen etwas höher als bei männlichen Patienten (12,5 Tage).

Längere Verweildauern im Spital weisen auch PatientInnen mit Krankheiten des Atmungssystems (10,7 Tage), Diabetes (10,2 Tage) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (vor allem aufgrund von Demenz: 27,7 Tage sowie aufgrund von Alkoholmissbrauch: 20,9 Tage und Konsum anderer psychotroper Substanzen: 17,5 Tage) auf.

¹⁷⁴ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 135.

Tabelle 4.29: Stationär behandelte PatientInnen in **Wiener Krankenanstalten*** ** 2002 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre PatientInnen (Fälle) insgesamt			Ø Aufenthaltsdauer (Tage)		
			insges.	weiblich	männlich	insges.	weibl.	männl.
I–XVIII		Alle Diagnosen	574.941	325.024	249.917	9,3	10,0	8,3
I.	A00–B99	Best. infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.381	6.514	6.867	9,1	9,2	9,0
II.	C00–D48	Neubildungen	105.623	57.113	48.510	5,9	5,9	5,8
	darunter:							
	C18	B.N. Dickdarm	8.562	3.988	4.574	4,6	5,1	4,1
	C34	B.N. Bronchus und Lunge	10.977	3.588	7.389	5,5	5,9	5,3
	C50	B.N. Brustdrüse	13.941	13.840	101	4,1	4,1	3,0
	C61	B.N. Prostata	3.517	–	3.517	7,2	–	7,2
III.	D50–D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	4.289	2.447	1.842	5,9	5,9	5,8
IV.	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	15.366	9.185	6.181	8,7	9,1	8,1
	darunter:							
	E10–E14	Diabetes mellitus	7.230	3.618	3.612	10,2	11,3	9,1
V.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	41.911	20.345	21.566	12,9	14,7	11,3
	darunter:							
	F00–F03	Demenz	4.520	3.096	1.424	27,7	31,8	18,7
	F10	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol	5.263	1.208	4.055	20,9	23,5	20,1
	F11–F19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	1.465	510	955	17,5	21,0	15,6
VI.	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	19.540	10.119	9.421	11,8	12,6	10,9
VII.	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	26.813	16.961	9.852	4,0	4,1	3,9
VIII.	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	9.655	4.841	4.814	4,4	5,0	3,8
IX.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	71.129	35.657	35.472	17,9	23,2	12,5
	darunter:							
	I10–I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	6.993	4.544	2.449	12,0	8,2	14,0
	I20	Angina pectoris	2.621	1.186	1.435	7,6	8,2	7,2
	I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	2.344	928	1.416	18,3	24,7	14,2
	I23–I25	Andere ischämische Herzkrankheiten	10.032	3.505	6.527	11,7	16,5	9,2
	I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	10.079	5.339	4.740	22,6	25,5	19,4
	I70	Atherosklerose	3.702	1.444	2.258	8,7	10,5	7,6
X.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	35.496	16.365	19.131	10,7	13,1	8,7
XI.	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	41.350	21.102	20.248	8,0	8,4	7,5
XII.	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	7.875	4.137	3.738	9,4	9,4	9,4
XIII.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	56.090	36.840	19.250	8,0	8,3	7,5
XIV.	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	35.245	22.280	12.965	6,2	6,3	6,0
XV.	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	28.498	28.498	–	4,9	4,9	–
XVI.	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.493	1.143	1.350	16,2	15,8	16,5
XVII.	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.408	2.220	2.188	7,3	6,7	8,0

Fortsetzung

Tabelle 4.29 (Fortsetzung): Stationär behandelte PatientInnen in **Wiener Krankenanstalten*** ** 2002 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre PatientInnen (Fälle) insgesamt			Ø Aufenthaltsdauer (Tage)		
			insges.	weiblich	männlich	insges.	weibl.	männl.
XVIII.	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	18.000	10.142	7.858	12,4	16,0	7,7
XIX.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	36.902	18.675	18.227	9,8	11,3	8,2
XX.	Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	877	440	437	3,2	3,0	3,5

* Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH-Allgemeines Krankenhaus, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, Privatkrankenanstalt Josefstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH und GZ, K. Franz Josef Spital, Kranken- und Entbindungsanstalt „Goldenes Kreuz“, Hanusch KH, Sanatorium Hera, Herz-Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung KH, St. Elisabeth KH, St. Josef KH, Unfallkrankenhaus Meidling, Wilhelminenspital, SMZ Sophienspital, Baumgarten PFH, Sonderkrankenanstalt-Justizanstalt Wien Josefstadt, Orthopäd. KH Gersthof, Preyer Kinderspital, Haus der Barmherzigkeit, Heereskrankenanstalt, Semmelweis Frauenklinik, Lainz Geriatriezentrum, Liesing PFH, Böhler UKH, Orthopäd. Spital Speising, REHABZ Meidling, Rosenhügel NKH, Sanatorium Liebhartsal, St. Anna KISP, Wiener Privatklinik Ges.m.b.H., Göttlicher Heiland KH, SMZ Ost, SMZ Ost PFH, Grinzing PKL, Döbling PKL, Sophienspital PZ-PFH, Floridsdorf GZ, Otto Wagner-Spital, Baumgartner Höhe PZ, Rosenhügel SKA.

** Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden sowie ausländischen Personen (GastpatientInnen, TouristInnen).

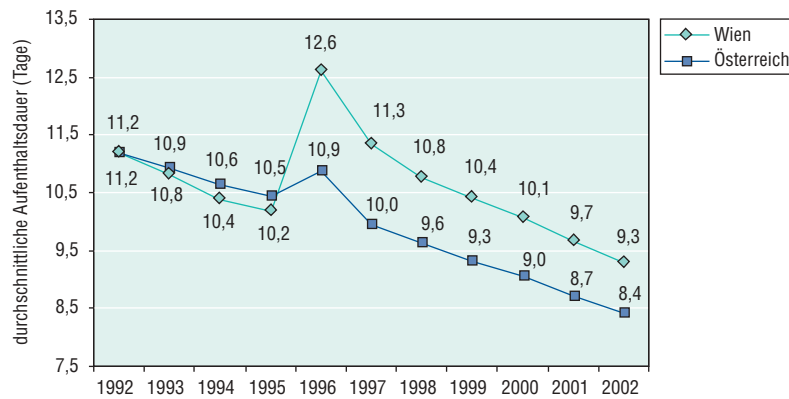
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (siehe auch Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003).

Vergleich Wien – Österreich

Ein Vergleich der durchschnittlichen Spitalsaufenthaltsdauer pro Behandlungsfall zwischen Wien (nach Standort der Krankenanstalt und bezogen auf alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich zeigt, dass nach dem sprunghaften Anstieg der Aufenthaltsdauer im Jahr 1996 (vor Einführung der LKF) es in beiden Fällen zu einem kontinuierlichen Rückgang kam. Während bis 1995 die Wiener Spitäler etwas geringere Durchschnittswerte aufwiesen, liegen die Werte seit

1996 mit ca. einem Tag über dem österreichischen Durchschnitt. Im Jahr 2002 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für in **Österreich wohnhafte PatientInnen** in einem Wiener Spital 9,3 Tage, in einem österreichischen Spital 8,4 Tage (siehe folgende Grafik). Unter Berücksichtigung auch der **nicht in Österreich wohnhaften PatientInnen** (TouristInnen, GastpatientInnen, etc.) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten im Jahr 2002 ebenfalls 9,3 Tage (Frauen: 10,0 Tage; Männer: 8,3 Tage).

Grafik 4.58: Durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer in Wien (Standort der Krankenanstalt, alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich (in Österreich wohnhaft), 1992–2002



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

V.
PSYCHISCHE GESUNDHEIT
MENTAL HEALTH

INHALT

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT	199
5.1 AUSMASS UND GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN	199
5.1.1 Stationäre Behandlungen	201
5.1.2 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen	204
5.1.3 Konsum von Medikamenten gegen psychische Störungen und Beschwerden	207
5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen	211
5.1.5 Mortalität	211
5.1.6 Verlust an Lebensjahren	213
5.2 EUROPÄISCHER VERGLEICH	215
5.3 AUSGEWÄHLTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	220
5.3.1 Angststörungen	222
5.3.2 Depression	226
5.3.3 Schizophrenie	232
5.3.4 Demenz	236
5.3.5 Komorbidität	240

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT¹⁷⁵

Dr. Elfriede URBAS

5.1 Ausmaß und gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen

Zusammenfassung

Psychische Störungen sind, vor allem aufgrund der damit verbundenen Folgen, von gesellschaftlich großer Bedeutung.

Unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse waren im Jahr 2002 1,8 Prozent der Krankenstandsfälle (insgesamt 13.154 Fälle) und 4,4 Prozent der Krankenstandstage (insgesamt 381.755 Tage) durch psychische Störungen bedingt. Circa ein Viertel der Neuzugänge an Pensionen durch geminderte Arbeitsfähigkeit bzw. dauernde Erwerbsunfähigkeit ist auf psychische Störungen zurückzuführen.

Laut Eigenangaben haben, bezogen auf drei Monate, 2,8 Prozent der Wienerinnen und 1,7 Prozent der Wiener psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Dies betraf vor allem Personen jüngerer und mittleren Alters.

Psychotherapie beschäftigt sich mit der Behandlung von seelischen Problemen. Sie bietet Hilfe bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns. Am häufigsten werden Ängste, Depressionen, Essstörungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Süchte, Zwänge, körperliche Symptomatik und Erkrankung in Folge seelischer Konflikte sowie familiäre bzw. Beziehungskonflikte psychotherapeutisch behandelt. Häufig wird Psychotherapie auch in Kombination mit psychopharmakologischen Behandlungen (bei schweren Depressionen, Psychosen, etc.) sowie auch begleitend zu körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Frauen nehmen häufiger Psychotherapie in Anspruch als Männer, zudem hat die Bildungsschicht einen bedeutenden Einfluss auf die Bereitschaft, sich einer Psychotherapie zu unterziehen.

Summary: Scope and Social Significance of Mental Disorders

Mental disorders have great social significance, especially because of the related factors and consequences.

For persons insured with the Vienna Health Insurance Fund, 1.8 percent of all sick leaves (13,154 cases in total) and 4.4 percent of sick leave days (a total of 381,755 days) in 2002 were due to mental disorders. Approximately one quarter of all new retirements due to reduced working capacity or occupational disability was due to mental disorders.

2.8 percent of women and 1.7 percent of men had consulted a psychotherapist in the three months preceding the survey. The percentage was highest in the younger and middle age groups.

Psychotherapy is the treatment of mental problems. It helps with cognitive, affective and behavioural disorders. The most commonly treated problems are anxiety disorders, depression, eating disorders, behavioural disorders in children and adolescents, addictions, obsessive-compulsive disorders, physical symptoms and illnesses resulting from mental conflicts, and family or relationship problems. Psychotherapy is often also combined with antipsychotic treatment (in the case of severe depression, psychosis, etc) and is also used to complement the medical treatment of physical illnesses. Women consult psychotherapists more frequently than men, and the level of education is also an important factor in whether or not someone is prepared to undergo psychotherapy.

¹⁷⁵ Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit in Wien (Stadt Wien, 2004).

In den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurden 2003 insgesamt 21.006 Abgangsdagnosen gestellt. Die häufigsten Hauptdiagnosen waren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Unter letzteren waren ca. 70 Prozent der Fälle psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (v. a. unter den männlichen Patienten). Am dritthäufigsten wurden affektive Störungen diagnostiziert. Die größte Gruppe stellen dabei mit ca. 40 Prozent die depressiven Episoden dar.

Laut Todesursachenstatistik sind in Wien 2002 insgesamt 83 Personen (22 Frauen, 61 Männer) an einer psychischen Störung (Hauptdiagnose und ohne Berücksichtigung von Suiziden) gestorben. Bei den Männern drückt sich dies vor allem in einer erhöhten Sterblichkeit an Alkoholismus aus. Gleichzeitig haben sich in diesem Jahr in Wien 274 Menschen (85 Frauen, 189 Männer) das Leben genommen. Dies entspricht einer Rate (jeweils pro 100.000) von 10,4 Suiziden bei den Frauen bzw. 25,8 Suiziden bei den Männern. Trotz insgesamt rückläufiger Suizidsterblichkeit in den letzten Jahrzehnten in Wien (und in Österreich) bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der von alten Menschen begangenen Suizide gestiegen.

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Risiko, vorzeitig zu sterben. So stellt Suizid in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die zweithäufigste, in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen die vierthäufigste Todesursache dar. Suizid ist damit für einen beachtlichen Teil der potentiell verlorenen Lebensjahre verantwortlich. In Wien waren im Jahr 2001 bei den Männern 7,5 Prozent, bei den Frauen 6,8 Prozent der potentiell verlorenen Lebensjahre auf Suizid bzw. Selbstbeschädigung zurückzuführen.

In 2003, a total of 21,006 discharge diagnoses were made in the hospitals of the Vienna Hospital Association. The most frequent main diagnoses were schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, followed by mental and behavioural disorders resulting from the consumption of psychotropic drugs, 70 percent of which were mental and behavioural disorders resulting from alcohol abuse (especially among male patients). The third most frequent diagnosis was affective disorders. The largest group in this category were depressive episodes (approx. 40 percent).

The cause-of-death statistics for Vienna show that 83 persons (22 women, 61 men) died due to a mental disorder (main diagnosis, not including suicides) in 2002. Men have a higher mortality resulting mainly from alcohol dependence. In the same year, 274 persons (85 women, 189 men) committed suicide in Vienna. This is a rate of 10.4 suicides per 100,000 for women and 25.8 for men. Despite the overall decrease in suicide mortality for both genders in Vienna (and Austria as a whole) over the last decades, the proportion of suicides committed in old age has increased.

Persons with mental disorders have an increased risk of premature death. Suicide is the second most frequent cause of death in the age group 15 to 24 and the fourth most frequent cause of death for persons aged 15 to 44. Suicide is responsible for a considerable part of potential lost life years. In 2001, suicide and self-inflicted injuries accounted for 7.5 percent of potential lost life years for men and 6.8 percent for women in Vienna.

Einleitung, Definition

Psychische Gesundheit wird definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem sich Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen können, produktiv tätig und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten.¹⁷⁶

Hingegen versteht man unter psychischen Störungen, die bis vor kurzem unter den Krankheitsbegriff subsummiert wurden, diagnostizierbare akute, wiederkehrende oder chronische Veränderungen im Erleben und Verhalten, die Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen und Belastungen oder Leiden mit sich bringen. Der in den operationalisierten Diagnosesystemen (ICD-10, DSM-IV) eingeführte Begriff der „psychischen Störungen“ wird heute jenem der „psychischen (bzw. psychiatrischen) Krankheiten“ vorgezogen, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu erschweren. Der Begriff „Störung“ wird als weniger negativ bewertend bzw. neutraler angesehen als der Begriff „Krankheit“. In der Literatur wird jedoch zum Teil noch immer der Begriff „psychische (psychiatrische) Krankheiten“ verwendet.

Hinweise auf die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen und deren Folgen erhalten wir unter anderem aufgrund von Daten, die aus der administrativen Statistik stammen. Regelmäßig erfasst werden stationäre Aufenthalte, Krankenstände, vorzeitige Pensionierungen und Sterbefälle aufgrund psychischer Er-

krankungen. Miteinbezogen werden im vorliegenden Abschnitt zusätzlich Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys betreffend die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen sowie Ergebnisse des Mikrozensus und anderer Studien zum Medikamentenkonsum aufgrund psychischer Störungen und Beschwerden.

5.1.1 Stationäre Behandlungen

Psychische und Verhaltensstörungen spielen in der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle. Daten stehen jedoch lediglich für den stationären Bereich zur Verfügung, für den ambulanten Bereichen fehlen entsprechende Informationen.

In Wien gibt es zwei Psychiatrische Krankenanstalten (Pflege- und Therapiezentrum Ybbs an der Donau und Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe) sowie drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen (Allgemeines Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Donaospital).

Die Tabelle zu den Abgangsdiagnosen in den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes zeigt die Häufigkeit der erstellten Hauptdiagnosen beim Verlassen des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Abteilung. Nicht enthalten in dieser Statistik sind jedoch die Nebendiagnosen der stationären PatientInnen.

¹⁷⁶ WHO (2001), S. 1.

Tabelle 5.1: Abgangsdiaagnosen in Wien* 2002 und 2003 (Hauptdiagnosen, Absolutzahlen)

Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10	2002	2003
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5.348	2.447
Demenz bei Alzheimer-Krankheit	945	234
Vaskuläre Demenz	1.446	777
Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	14	27
Nicht näher bezeichnete Demenz	1.408	811
Organisches amnestisches Syndrom	11	6
Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	252	187
Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	300	172
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	952	204
Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	20	29
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5.315	4.465
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.000	3.200
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	474	345
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	112	54
Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	115	147
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	30	25
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	25	20
Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	21	9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	9	12
Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	7	3
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	522	650
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13.973	4.566
Schizophrenie	8.732	2.530
Schizotype Störung	409	60
Anhaltende wahnhaftige Störungen	720	275
Akute vorübergehende psychotische Störungen	901	491
Schizoaffektive Störungen	3.187	1.181
Sonstige	24	29
F3 Affektive Störungen	6.061	3.593
Manische Episode	115	94
Bipolare affektive Störung	1.555	745
Depressive Episode	2.437	1.501
Rezidivierende depressive Störung	1.656	1.011
Anhaltende affektive Störungen	287	227
Sonstige	11	15
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3.651	2.626
Phobische Störungen	123	100
Andere Angststörungen	542	420
Zwangsstörung	292	102
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.294	1.602
Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	134	140
Somatoforme Störungen	247	234
Sonstige	19	28
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	697	825
Eßstörungen	644	770
Nichtorganische Schlafstörungen	22	12
Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	12	5
Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	8	31
Sonstige	11	7

Fortsetzung

Tabelle 5.1: (Fortsetzung) Abgangsdiaagnosen in Wien* 2002 und 2003 (Hauptdiagnosen, Absolutzahlen)

Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10	2002	2003
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2.187	1.244
Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.868	1.026
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	50	30
Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	199	107
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	17	18
Störungen der Geschlechtsidentität	43	50
Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	5	3
Sonstige	5	10
F7 Intelligenzminderung	246	164
Leichte Intelligenzminderung	51	38
Mittelgradige Intelligenzminderung	91	60
Schwere Intelligenzminderung	20	18
Schwerste Intelligenzminderung	5	7
Sonstige	79	41
F8 Entwicklungsstörungen	173	266
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	19	67
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	17	7
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	3	7
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	79	102
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	39	72
Sonstige	16	11
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	971	780
Hyperkinetische Störungen	228	189
Störungen des Sozialverhaltens	139	246
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	294	55
Emotionale Störungen des Kindesalters	214	79
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10	78
Ticstörungen	19	19
Sonstige	67	114
F10 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	81	30
Psychische Störung ohne nähere Angabe	81	30
gesamt	38.703	21.006

* Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Quelle: Statistik Austria; Wiener Krankenanstaltenverbund, 2004.

Insgesamt wurden im Jahr 2003 21.006 Spitalsentlassungen mit psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 gestellt. Die Daten können mit dem Vorjahr 2002 nicht verglichen werden, da im Berichtsjahr eine neue Codierung verwendet wurde. So wurden 2003 alle tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlungen ein und desselben Patienten nur einmal im Monat codiert, während solche Behandlungen im Jahr 2002 für jeden Behandlungstag einzeln gezählt worden waren. Auffällig ist, dass trotz der neuen Zählweise die Häufigkeit der Diagnosengruppe F5 (**Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**) gestiegen ist. Dabei wurden insbesondere **Essstö-**

rungen im Jahr 2003 um fast 20 Prozent häufiger diagnostiziert.

Die häufigsten Hauptdiagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen waren in den Jahren 2002 und 2003 **Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen** (F2 nach ICD-10). An zweiter Stelle folgten im Jahr 2002 **affektive Störungen** (F3 nach ICD-10), im Jahr 2003 **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** (F1 nach ICD-10). Letztere waren im Jahr 2003 für 21 Prozent der Abgangsdiaagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen verantwortlich; Schizophrenie,

schizotype und wahnhafte Störungen betragen 22 Prozent. Unter den Abgangsdiagnosen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen war der überwiegende Teil (2002: 75 Prozent; 2003: 72 Prozent) durch Alkohol bedingt. Am zweithäufigsten innerhalb dieses Bereichs waren (mit knapp 10 Prozent im Jahr 2002 bzw. knapp 15 Prozent im Jahr 2003) psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. Im Vergleich dazu wurden psychische und Verhaltensstörungen durch klassische Drogen wie Opioide oder Cannabinoide nur in geringem Maße diagnostiziert. Sie waren im Jahr 2003 für ca. 8 Prozent bzw. ca. 1 Prozent der Abgangsdiagnosen dieser Kategorie verantwortlich.

Die dritthäufige Gruppe an Hauptdiagnosen waren 2003 die **affektiven Störungen** (F3 nach ICD-10), mit einem Anteil von ca. 17 Prozent an allen Abgangsdiagnosen im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen. Die größte Gruppe stellten dabei (mit 42 Prozent) die depressiven Episoden dar.

Die neue Codierung zeigt den stärksten Effekt in der Diagnosegruppe F2 **Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**. Die absolute Häufigkeit fiel von 13.973 Diagnosen im Jahr 2002 auf 4.566 im Jahr 2003, was auf einen sehr hohen Anteil an tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlungen bei dieser Krankheitsgruppe schließen lässt.

5.1.2 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen

Eine immer häufigere, jedoch nach wie vor sehr von der Bildungsschicht der Betroffenen abhängige Art der Hilfe bei der Bewältigung psychischer Belastungen bzw. Störungen stellt die Inanspruchnahme von Psychotherapie dar. Die Krankenkassen gewähren hier zwar finanzielle Unterstützung, dennoch werden nicht alle Therapien über die Krankenkasse abgewickelt. Bedenken gegen den Datenschutz bzw. eventuelle Schwierigkeiten im Berufsleben sind dafür ausschlaggebend, ebenso wie die eigenen Vorurteile, mit der Öffentlichmachung als „psychisch krank“ oder gar „verrückt“ abgestempelt zu werden. Nach wie vor wird in breiten Bevölkerungskreisen das Berufsbild der PsychologInnen

bzw. PsychotherapeutInnen mit dem des Psychiaters gleichgesetzt.¹⁷⁷

Die Psychotherapie ist eine praktisch-wissenschaftliche Tätigkeit, die in der konkreten Beziehung zwischen KlientIn bzw. PatientIn und PsychotherapeutIn psychisches (seelisches) und psychosomatisches Leid heilt oder lindert. Sie hilft, innere sowie zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen und verhilft dem Menschen zur Entfaltung seines Potenzials und einer angstfreien Existenz. Die Anwendung der Psychotherapie reicht von der Behandlung psychischer Störungen über die Hilfe bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen und Lebenskrisen bis zur Supervision in Arbeitszusammenhängen.¹⁷⁸

Ziel der Psychotherapie ist es, die Reifung und Gesundheit der behandelten Person zu fördern, bestehende psychische und körperliche Krankheiten – auch in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – zu heilen oder zu lindern. Psychotherapie wirkt demnach therapeutisch (kurativ) und vorbeugend (präventiv). Wesentlich für die psychotherapeutische Beziehung ist das Gespräch zwischen KlientIn und TherapeutIn. Gezielte Übungen können unterstützend verwendet werden, die je nach Methode der Psychotherapie verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch im Sinne eines fixen, systematischen Programms aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankungen, Lebenskrisen, Beziehungsproblemen) von Nutzen.

Die **Methoden der Psychotherapie** sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt. In Österreich, insbesondere in Wien, wo Sigmund Freud und Viktor Adler wirkten, genießen die analytischen Schulen noch immer höchstes Ansehen und weite Verbreitung. Dies zeigt sich unter anderem auch in den von der Wiener Gebietskrankenkasse bewilligten Anträgen bzw. verrechneten Behandlungen, von denen der Großteil analytisch orientierte Therapieformen betrifft. Die nächstgrößten Gruppen stellen verschiedene Formen der Gestalttherapie sowie Formen der Gesprächstherapie dar.

¹⁷⁷ Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychiatrie.

¹⁷⁸ Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychiatrie.

Zum weit überwiegenden Teil (96,8 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**. Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie werden hauptsächlich von **Frauen** (70 Prozent) in Anspruch genommen.

Bei den **Gruppentherapien** dominieren vor allem Gestalttherapie und Integrative Gestalttherapie (44 Pro-

zent), gefolgt von Psychodrama (21 Prozent) und Verhaltenstherapie (rund 11 Prozent). Bei den **Einzeltherapien** beanspruchen Psychoanalyse und Analytisch orientierte Therapie den größten Anteil aller Sitzungen (knapp 30 Prozent). Mit Abstand folgen Klientenorientierte Gesprächstherapie (knapp 15 Prozent) und Integrative Gestalttherapie (14 Prozent).

Tabelle 5.2: Inanspruchnahme von Psychotherapien, Wien 2002 (Wiener Gebietskrankenkasse; Absolutzahlen)

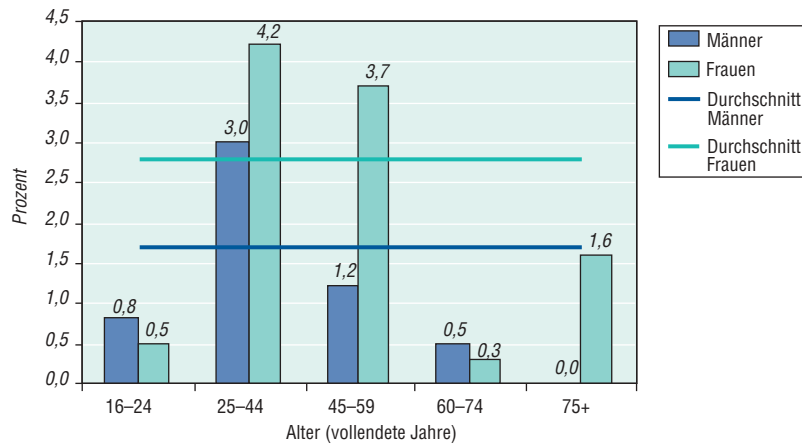
Therapiemethode	weiblich		männlich		Summe
	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	
Analytisch orientierte Therapie	21.955	346	9.410	148	31.859
Psychoanalyse	10.711	0	4.590	0	15.301
Analytische Psychologie	343	0	147	0	490
Gruppenpsychoanalyse	479	158	206	68	911
Individualpsychologie	4.945	24	2.120	11	7.100
Integrative Gestalttherapie	15.639	1.081	6.702	464	23.886
Gestalttherapie	4.885	522	2.094	224	7.725
Logotherapien	6.219	0	2.665	0	8.884
Klientenzentrierte Gesprächstherapie	16.260	90	6.968	38	23.356
Verhaltenstherapie	5.776	393	2.475	169	8.813
Systemische Familientherapie	10.633	99	4.557	43	15.332
Katathymes Bilderlebnis	5.143	46	2.204	20	7.413
Dynamische Gruppentherapie	1.383	34	593	15	2.025
Hypnose	549	0	236	0	785
Psychodrama	4.374	776	1.874	333	7.357
Autogenes Training	108	55	46	23	232
Konzentrierte Bewegungstherapie	69	0	30	0	99
sonstige Therapieformen	1.448	8	620	3	2.079
insgesamt	110.919	3.632	47.537	1.559	163.647

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey haben von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren in den letzten drei Monaten vor der Befragung 1,7 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen eine/n Psychotherapeuten/in bzw. Psychologen/in aufgesucht.

Frauen nehmen also häufiger professionelle Hilfe in Anspruch als Männer. Am ausgeprägtesten ist die Konsultation therapeutischer bzw. psychologischer Professionen (bei Männern wie Frauen) unter den 25- bis 44-Jährigen.

Grafik 5.1: Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

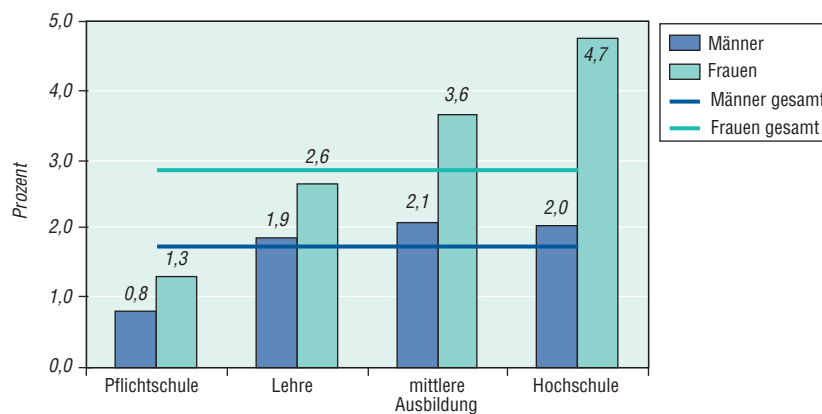


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Bei den Frauen ist die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen nach dem Bildungsniveau ungleich verteilt: Je höher die Bildung, desto größer ist die Bereitschaft, psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei

den Männern ist mit Ausnahme der niedrigsten Bildungsschicht, die vergleichsweise selten solche Hilfe in Anspruch nimmt, kaum ein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen zu bemerken.

Grafik 5.2: Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

5.1.3 Konsum von Medikamenten gegen psychische Störungen und Beschwerden

Die Ausgaben für Psychopharmaka sind in Österreich in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Im Jahr 1999 verordneten die niedergelassenen ÄrztInnen rund 6,2 Millionen Packungen Psychopharmaka. Davon entfielen rund 45 Prozent auf Antidepressiva, nahezu 30 Prozent auf Tranquilizer und rund 15 Prozent auf Neuroleptika.¹⁷⁹

Die jährlichen Zuwachsraten für Psychopharmaka sind in den vergangenen Jahren merkbar gestiegen, und zwar von rund 6 Prozent (1995/96) auf rund 9 Prozent (1998/99). Besonders hoch waren die jährlichen Zuwachsraten bei den Antidepressiva. Zwischen 1991 und 2000 ist der Packungsabsatz von Antidepressiva auf das Vierfache gestiegen, während der Absatz von Tranquilizern annähernd konstant geblieben ist.¹⁸⁰

Der steigende Verbrauch an Psychopharmaka ist mitverantwortlich für die Kostensteigerungen bei den Krankenkassen.¹⁸¹ Psychopharmaka verursachten in Österreich im Jahr 2001 Kosten von 150 Millionen Euro. Das sind 8,8 Prozent der gesamten Heilmittelkosten. Rund 80 Millionen entfielen davon auf Antidepressiva. Während der Aufwand für Heilmittel insgesamt von 2000 auf 2001 um 5,7 Prozent gestiegen ist, hat jener für Psychopharmaka um nahezu 8 Prozent zugenommen.¹⁸² Für Antidepressiva haben sich die Ausgaben zwischen 1995 und 2002 mehr als verdoppelt.¹⁸³

Frauen nehmen häufiger Antidepressiva als Männer. Auch die Verordnungsmenge von Antidepressiva stieg bei den Frauen stärker als bei den Männern.¹⁸⁴ Analysen von Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zeigen, dass das Alter bei der Verordnung von Antidepressiva eine wichtige Rolle spielt. Älteren Menschen, und hier wiederum insbesondere Frauen, werden häufiger solche Medikamente verordnet, wobei

sich im Alter der Konsum verordneter Antidepressiva meist über einen längeren Zeitraum erstreckt. Bei jüngeren PatientInnen ist dies deutlich seltener der Fall. Beobachtet wurde des Weiteren ein deutliches Stadt-Land-Gefälle: Im urbanen Bereich werden deutlich häufiger Antidepressiva verordnet. Die Verordnung von Antidepressiva hängt außerdem von der beruflichen Stellung ab: ArbeiterInnen werden etwas seltener Antidepressiva verschrieben als Angestellten.¹⁸⁵

Studien lassen vermuten, dass bei Vorhandensein von Depressionen neben Antidepressiva häufig auch andere Medikamente genommen werden. So z. B. zeigt sich aufgrund der SERMO-Studie, dass 34,0 Prozent der Personen in Wien, die sich zum Zeitpunkt der Befragung „niedergedrückt“ fühlten, regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen nehmen. (In der Gesamtbevölkerung Wiens betrug dieser Anteil nur 6,8 Prozent.) 31,7 Prozent der Betroffenen nahmen Medikamente gegen Nervosität (im Vergleich zu 2,6 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung), 24,2 Prozent gegen Kopfschmerzen (vs. 8,0 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung).¹⁸⁶

Aus dem Mikrozensus liegen Angaben zum Konsum ärztlich verordneter Medikamente gegen psychische Beschwerden wie Schlafstörungen und Nervosität vor. In den letzten vier Wochen vor der Befragung haben in Wien 1,6 Prozent der Männer und 2,4 Prozent der Frauen, in Österreich 1,8 Prozent der Männer und 2,9 Prozent der Frauen ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen genommen. Ärztlich verordnete Medikamente gegen Nervosität haben in Wien 1,0 Prozent der Männer und 2,3 Prozent der Frauen, in Österreich 1,2 Prozent der Männer und 2,5 Prozent der Frauen konsumiert. Interessanterweise wurden österreichweit von Männern wie Frauen der Tendenz nach häufiger ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen und Nervosität genommen als in Wien, allerdings sind die Unterschiede sehr gering.

¹⁷⁹ KATSCHNIG et al. (2001), S. 92. f.; HOFMARCHER et al. (2003), S. 9 f.

¹⁸⁰ KATSCHNIG et al. (2001), S. 98.

¹⁸¹ HOFMARCHER et al. (2003), S. 9.

¹⁸² FISCHER et al. (2003).

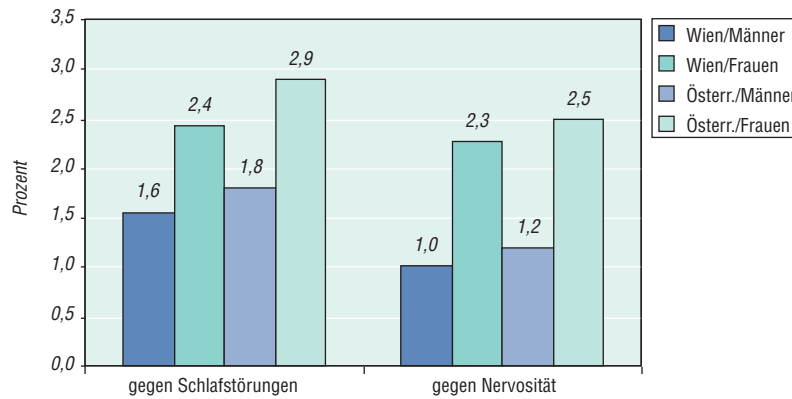
¹⁸³ Mental Health In Austria (2003).

¹⁸⁴ GLAESKE (2003), S. 23.

¹⁸⁵ HOFMARCHER et al. (2003).

¹⁸⁶ FACT SHEETS (1998), zitiert nach Seniorenbericht (2000), S. 286 f.

Grafik 5.3: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen und Nervosität (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Geschlecht (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Frauen nehmen also, dem generellen Trend beim Medikamentenkonsum entsprechend (sowohl in Wien als auch im gesamten Bundesgebiet), auch häufiger ärztlich verordnete Medikamente gegen psychische Beschwerden (wie Schlafstörungen und Nervosität) als Männer. In Wien werden z. B. Frauen Medikamente gegen Nervosität mehr als doppelt so häufig, Medikamente gegen Schlafstörungen um die Hälfte häufiger verordnet als Männern. Abgesehen von Unterschieden im Beschwerden- und Krankheitsspektrum von Männern und Frauen dürfte hier auch die größere Bereitschaft von Frauen, Ärzte wegen psychischer Beschwerden aufzusuchen bzw. diese mitzuteilen, eine Rolle spielen. Inwieweit Weiblichkeitsklischees beim ärztlichen Entscheidungsverhalten wirksam sind, lässt sich aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht beantworten. Untersuchungen aus den 80er Jahren zeigen, dass die

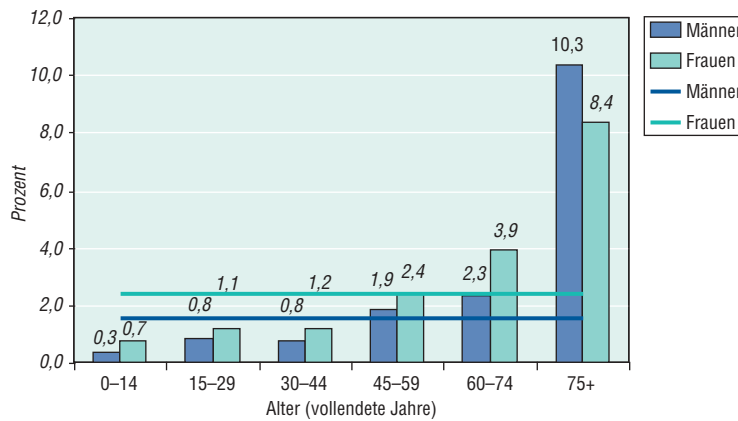
gleichen Symptome bei Männern eher als somatisch diagnostiziert und therapiert werden, bei Frauen hingegen eher als psychisch oder psychosomatisch.¹⁸⁷

Medikamente gegen Schlafstörungen

Der Konsum von Medikamenten gegen Schlafstörungen nimmt (unabhängig vom Geschlecht) mit dem Alter deutlich zu. Von den 75-Jährigen und Älteren hat etwa jeder zehnte Mann und etwa jede zwölfte Frau vom Arzt verschriebene Medikamente gegen Schlafstörungen konsumiert. Während unter den jüngeren Befragten Frauen in allen Altersgruppen durchgängig häufiger Medikamente gegen Schlafstörungen konsumierten, kehrt sich im hohen Alter von 75 und mehr Jahren interessanterweise das Geschlechterverhältnis um.

¹⁸⁷ CONEN, KUSTER (1988).

Grafik 5.4: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

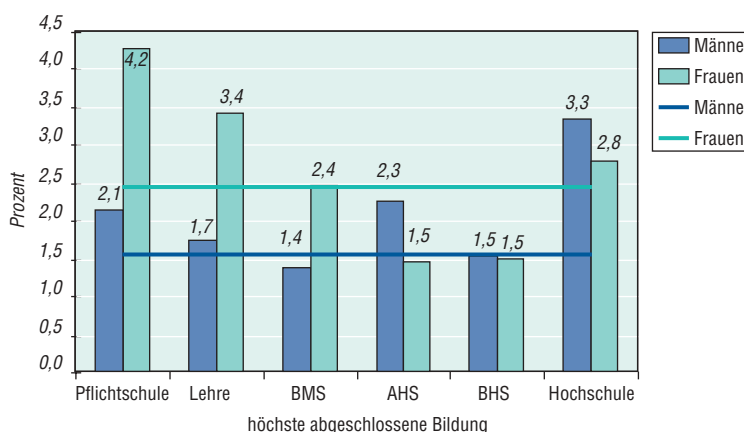


Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Der Konsum ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen unterliegt keinem einheitlichen Bildungstrend: Von den Männern nehmen jene mit Hochschul-, AHS- und Pflichtschulbildung solche Medikamente am häufigsten, bei den Frauen sind es die unteren Bildungsgruppen (Pflichtschule bzw. Lehre), gefolgt von Hochschulabsolventinnen. Interessanterweise sind

je nach Bildungsniveau unterschiedliche geschlechtsspezifische Trends zu beobachten: Während unter den formal weniger Gebildeten Frauen häufiger vom Arzt verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen nehmen, sind es in den höheren Bildungsgruppen die Männer.

Grafik 5.5: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre, in Prozent)



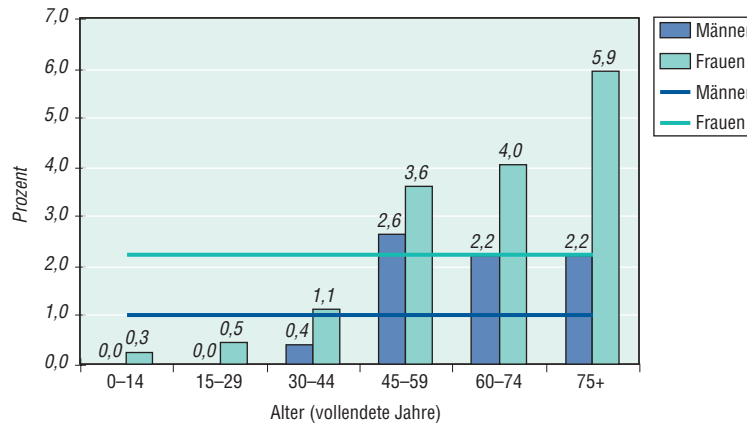
Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Medikamente gegen Nervosität

Ebenso wie bei den ärztlich verordneten Medikamenten gegen Schlafstörungen werden auch Medikamente

gegen Nervosität mit dem Alter häufiger konsumiert. Frauen werden unabhängig vom Alter (also bereits in Kindheit und Jugend) häufiger Medikamente gegen Nervosität verschrieben als Männern.

Grafik 5.6: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

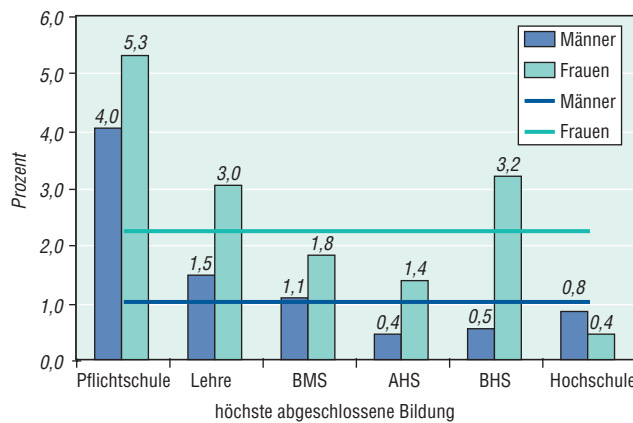


Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Insgesamt spielt die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität in den unteren Bildungsschichten eine größere Rolle, aber auch Frauen

mit Abschluss einer berufsbildenden höheren Schule konsumieren solche Medikamente überdurchschnittlich häufig.

Grafik 5.7: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre, in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Krankheiten zeigt sich unter anderem in den darauf zurückzuführenden Krankenständen und den vorzeitigen Pensionierungen.

In Wien waren im Jahr 2002 unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse 1,8 Prozent der Krankenstandsfälle und 4,4 Prozent der Krankenstandstage durch psychische Störungen bedingt. Insgesamt gab es aufgrund solcher Diagnosen 13.154 Krankenstandsfälle (Männer 4.446; Frauen 8.708) und 381.755 Krankenstandstage (Männer 141.050 Frauen 240.705). Die durchschnittliche Dauer pro Krankenstandsfall betrug 29 Tage (Männer 31,7 Tage; Frauen 27,6 Tage).¹⁸⁸

Psychische Störungen sind außerdem ein häufiger Grund für vorzeitige Pensionierungen. In Österreich war im Jahr 2000 nahezu ein Viertel (24,1 Prozent) der Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit durch solche Diagnosen bedingt. Insgesamt handelte es sich um 4.303 Neuzugänge (Männer 2.242, Frauen 2.061).¹⁸⁹

5.1.5 Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 83 Personen (61 Männer, 22 Frauen) infolge einer psychischen Störung (Hauptdiagnose) gestorben. Österreichweit waren es 424 Personen (322 Männer, 102 Frauen). Einer der Hauptgründe für die höhere Sterblichkeit der Männer in dieser Krankheitsgruppe ist der Alkoholismus.

Nicht inkludiert in den oben genannten Zahlen sind die Suizide. Die Todesursachenstatistik verleitet aber auch insofern zu einer Unterschätzung des Problems, als der Einfluss psychischer Störungen als Begleitkrankheit in der Sterblichkeit nicht aufscheint.

Suizide sind hauptsächlich psychischen Störungen zuzuschreiben. 90 Prozent der Sterbefälle aufgrund von Suizid werden auf psychische Störungen zurückgeführt, darunter vor allem Depressionen und Suchter-

krankungen.¹⁹⁰ Neben medizinischen Faktoren (wie Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, HIV-Infektionen, AIDS-Erkrankungen, Krebs) zählen psychosoziale (z. B. Scheidung, Vereinsamung im Alter), kulturelle (z. B. Mangel an religiöser Bindung) und sozioökonomische (z. B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme) Faktoren zu den Risikopotentialen für Suizid. Aber auch genetische Einflüsse werden im Rahmen der Suizidforschung diskutiert.

Es wird geschätzt, dass sich etwa 3 bis 4 Prozent der an Depressionen Leidenden im weiteren Verlauf das Leben nehmen. Ein wichtiger Risikofaktor für einen Suizid bzw. eine suizidale Handlung ist der Schweregrad der depressiven Störung. Besonders gefährdet sind Depressive, bei denen Wahnideen und Halluzinationen auftreten, sowie PatientInnen mit manisch-depressiven Mischzuständen. Ein hohes Suizidrisiko haben des Weiteren Personen, die schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen, sowie Personen mit Suizid(versuchen) naher Angehöriger. Bei Personen, die wegen einer schweren Depression stationär behandelt wurden bzw. werden, liegt das Suizidrisiko bei 15 Prozent.¹⁹¹

Im Jahr 2002 gab es in Wien 274 Todesfälle (189 Männer, 85 Frauen) infolge von Suizid. Dies entspricht einer Suizidrate (Suizide pro jeweils 100.000; rohe Rate) von 25,8 (Männer) bzw. 10,4 (Frauen). In ganz Österreich kam es in diesem Jahr zu 1.551 Suiziden (1.189 Männer, 362 Frauen); die Suizidrate betrug somit bei den Männern 30,5, bei den Frauen 8,7 (pro 100.000).

In den letzten Jahrzehnten war in Wien (ebenso wie in Österreich) bei beiden Geschlechtern die Suizidsterblichkeit rückläufig. Die Zeitreihen weisen für Männer konstant höhere (sowohl rohe als auch altersstrukturbereinigte) Raten auf als für Frauen. Im Vergleich Wien zu Österreich war, unter Berücksichtigung von 5-Jahresabständen, in den letzten Jahrzehnten bei den Wiener Männern die Suizidrate niedriger als im gesamten Bundesgebiet, bei den Wiener Frauen jedoch (mit Ausnahme des Jahres 2000) etwas höher.

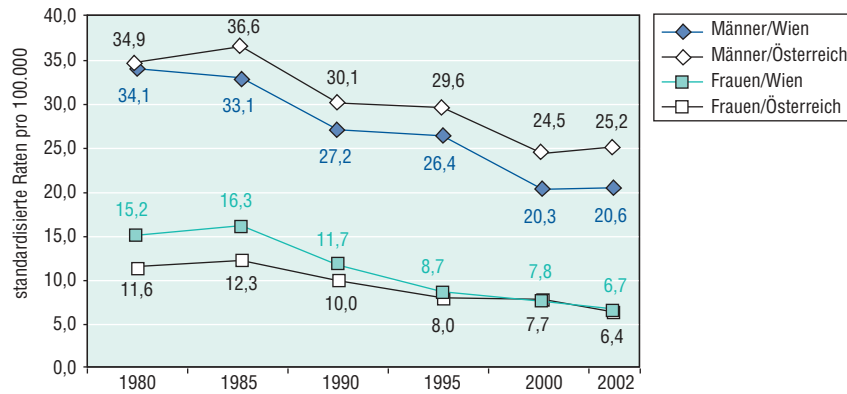
¹⁸⁸ Siehe dazu auch Tabelle 4.27 in Kapitel 4.7.3.

¹⁸⁹ Statistik Austria (2002), S. 328.

¹⁹⁰ BEEHARY et al. (2002), zitiert nach HOFMARCHER et al. (2003), S. 7.

¹⁹¹ SCHMIDTKE et al. (1996).

Grafik 5.8: Sterblichkeit aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien und Österreich seit 1980, nach Geschlecht (standardisierte Raten* pro 100.000)



* Altersstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen; die Berechnung basiert auf der Standardbevölkerung der WHO (World Health Statistics Annual 2001 – Onlineversion).

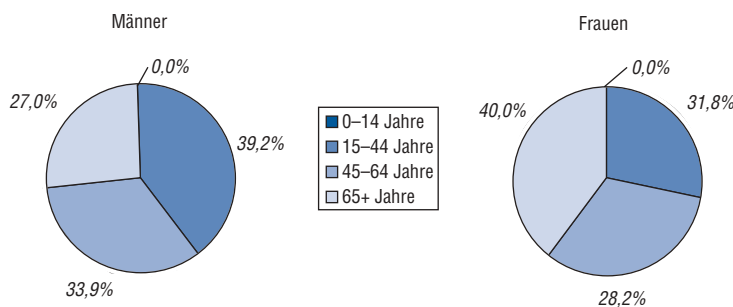
Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Bei der Interpretation von Höhe und Veränderung der Suizidhäufigkeiten ist die Dunkelziffer zu berücksichtigen. So sind z. B. nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes in Deutschland mindestens 18 Prozent der Drogentoten als Suizide anzusehen, was zu einer Erhöhung der Suizidraten in den jüngeren Altersgruppen führt. Aber auch bei alten Menschen sind die Raten eher unterschätzt, da sich hinter einer

anderen Todesursache auch ein Suizid verbergen kann.¹⁹²

Der Anteil der von alten Menschen begangenen Suizide ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. In Wien war etwa jeder vierte an Suizid verstorbene Mann (27,0 Prozent aller Suizidfälle) 65 Jahre oder älter, bei den Frauen nahezu jede zweite (40,0 Prozent).

Grafik 5.9: Sterbefälle aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien 2002 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁹² Zitiert nach Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 224.

5.1.6 Verlust an Lebensjahren

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Risiko vorzeitig zu sterben. So etwa ist Suizid in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen die vierthäufigste, in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die zweithäufigste Todesursache.

Das Konzept der „potenziell verlorenen Lebensjahre“ rückt Todesfälle im jungen und mittleren Alter in den Mittelpunkt des Interesses. Und zwar haben sich die in der WHO und OECD vertretenen Länder darauf verständigt, Sterbefälle unter einem Lebensalter von 70 Jahren als ungewöhnlich anzusehen und mit Hilfe des Indikators „verlorene Lebensjahre durch Tod unter 70 Jahren pro 100.000 der Bevölkerung“ gesondert darzustellen. Dieses Konzept wertet Sterbefälle vor der vorgegebenen Altersgrenze umso stärker, je früher sie sich im Lebenslauf ereignen, während Sterbefälle nach der vorgegebenen Altersgrenze unberücksichtigt bleiben.

Insgesamt fiel im Jahr 2001 in Wien mehr als ein Viertel (26,6 Prozent) aller Todesfälle in das für die verlorenen Lebensjahre festgelegte Altersspektrum von unter 70 Jahren (Männer 39,5 Prozent, Frauen 16,9 Prozent). Im Vergleich dazu waren von den 101 an psychischen Störungen Verstorbenen 76,2 Prozent unter 70 Jahre (Männer 76,3 Prozent, Frauen 76,2 Prozent). Bei den 268 an Suizid bzw. Selbstbeschädigung Verstorbenen

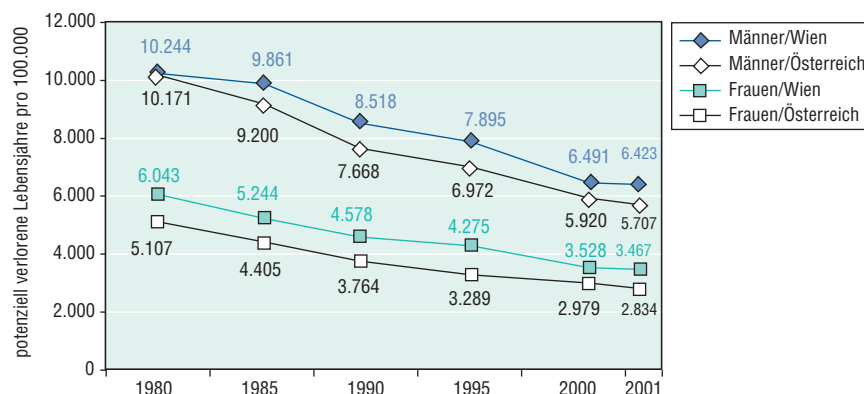
betrug der Anteil der unter 70-Jährigen 74,6 Prozent (Männer 81,6 Prozent, Frauen 64,5 Prozent).

Unter Berücksichtigung aller Todesursachen waren in Wien im Jahr 2001 bei den *Männern* (pro 100.000) 6.423 potenziell verlorene Lebensjahre zu verzeichnen; davon entfielen 155 (2,4 Prozent) auf psychische Störungen, 482 (7,5 Prozent) auf Suizid bzw. Selbstbeschädigung. Bei den *Frauen* sind die entsprechenden Werte wesentlich geringer.¹⁹³ Insgesamt, das heißt für alle Todesursachen, ergaben sich im Jahr 2001 für Frauen (pro 100.000) 3.476 potenziell verlorene Lebensjahre. Für psychische Störungen betrug der Wert 38 (1,1 Prozent), für Suizid bzw. Selbstbeschädigung 235 Lebensjahre (6,8 Prozent).

Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre

Insgesamt hat sich die vorzeitige Sterblichkeit bzw. der Verlust an Lebensjahren (ebenso wie die Sterblichkeit insgesamt) in den vergangenen Jahrzehnten zusehends verringert. So etwa sank 2001 in Wien dieser Wert bei Männern auf nahezu zwei Drittel des Wertes von 1980, für Frauen war er nur mehr etwa halb so hoch wie noch vor zwei Jahrzehnten. In Wien ist jedoch die Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre (zu allen Vergleichszeitpunkten) bei beiden Geschlechtern höher als bundesweit.

Grafik 5.10: Potenziell verlorene Lebensjahre (pro 100.000) in Wien und Österreich 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige, alle Todesursachen)



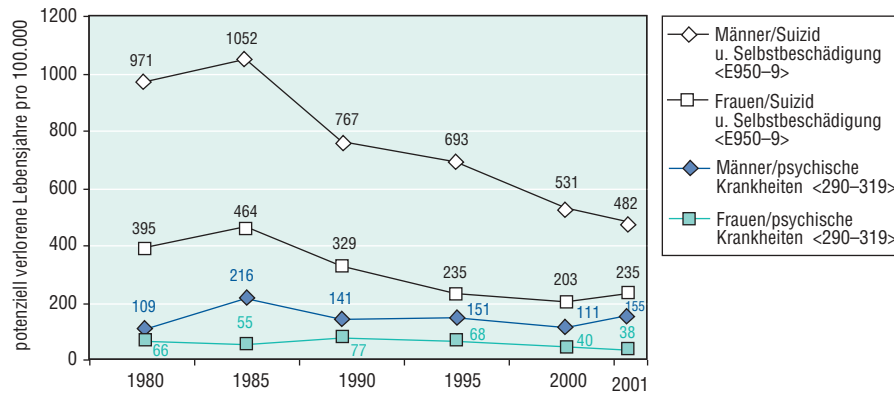
Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁹³ Die vorzeitige Sterblichkeit der Wiener Männer lag 2001 um über 80 Prozent über jener der Frauen. Österreichweit war der Abstand noch größer: Die Zahl der verlorenen Lebensjahre war hier (bei allerdings niedrigeren Werten) bei den Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Die Zahl der „potenziell verlorenen Lebensjahre“ (pro 100.000) infolge Suizid bzw. Selbstbeschädigung ist zwar bei beiden Geschlechtern zwischen 1980 und 1985

noch gestiegen, seither aber ebenso (wie die Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre insgesamt) rückläufig.

Grafik 5.11: Potenziell verlorene Lebensjahre (pro 100.000) aufgrund psychischer Störungen (ICD-9 <290–319>) und aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-9 <E950–9>) in Wien 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Dagegen folgt die Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre aufgrund psychischer Störungen bei den Männern keinem einheitlichen Trend; bei den

Frauen war, nach einem Ansteigen zwischen 1985 und 1990, ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten.

5.2 Europäischer Vergleich

Zusammenfassung

Laut einer Eurobarometer-Erhebung berichtet ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung über gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen der Tendenz nach (jedoch nicht signifikant) häufiger als Männer. Österreich liegt damit, vor allem bei den Frauen, unter dem EU-Durchschnitt. Insgesamt berichtet in der Europäischen Union nahezu ein Viertel über psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen signifikant häufiger als Männer. Innerhalb der Europäischen Union am seltensten sind psychische Gesundheitsprobleme in Finnland und den Niederlanden, am häufigsten in Großbritannien und Italien.

Psychische Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu. In Österreich leiden ältere Menschen überdurchschnittlich häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen. Trotz insgesamt sinkender Suizidsterblichkeit liegt Österreich (Stand 1999) bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch der über 65-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15). Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern sogar die von allen 15 Ländern der EU höchste Suizidrate. Die Suizidrate war 1999 bei den älteren Menschen in Österreich sogar höher als im Durchschnitt der zehn neuen Beitrittsländer.

Im internationalen Vergleich fällt zudem bei psychischen Gesundheitsproblemen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen auf. Am verbreitetsten ist die Inanspruchnahme solcher Hilfen in Schweden, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich, Luxemburg und Belgien.

Summary: European Comparison

According to the Eurobarometer survey, one in five Austrians report that they currently have mental health problems; women slightly (but not significantly) more often than men. These figures are below the European average, in particular for women. One in four EU citizens reported mental health problems, women significantly more frequently than men. Finland and Sweden had the lowest rates of mental health problems overall within the European Union, while the highest rates were found in the United Kingdom and in Italy.

Mental health problems increase with age. Austria has an above average rate of mental health problems for senior citizens. Despite the overall decrease in suicide mortality, Austria (data for 1999) is significantly above the European Union (EU-15) average for both genders in both the age groups below and above 65 years. For the age group 65 years and above, Austria even has the highest suicide rate in the EU-15 for both genders. In 1999, the suicide rate for persons aged 65 years and above in Austria was even higher than the average for the ten new EU member states.

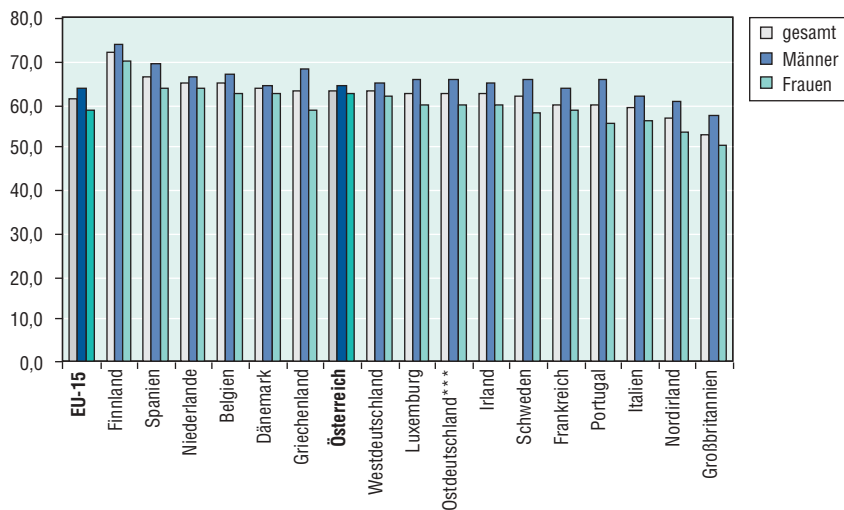
The international comparison also reveals a below average use of services and assistance offered by psychiatrists and psychologists. Psychological or psychiatric assistance is most frequently sought in Sweden, the Netherlands, Denmark, France, Luxembourg and Belgium.

Einleitung

Angaben zur psychischen Gesundheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liefert die Eurobarometer-Erhebung 58.2.¹⁹⁴ Beim psychischen Wohlbefinden schneiden Finnland und Spanien am besten, Großbritannien am schlechtesten ab. Leichte Unterschiede

zeigen sich bei geschlechtsspezifischer Auswertung: Während bei den Männern in Finnland und Spanien das Wohlbefinden am ausgeprägtesten ist, liegen bei den Frauen Finnland und die Niederlande im Spitzenniveau. Österreich liegt insgesamt knapp über dem Durchschnittswert der untersuchten Länder/Regionen, die Frauen jedoch deutlicher als die Männer.

Grafik 5.12: Psychisches Wohlbefinden (Energie- und Vitalitätsskala, EVI*) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht (Mittelwerte**)



* Die Energie- und Vitalitätsskala (EVI) besteht aus vier Fragen. Der Summen-Score dieses Messinstruments reicht von 0 bis 100. Je höher der Wert, desto besser ist das psychische Wohlbefinden.

** Sortiert nach „gesamt“.

*** Ostdeutschland: Die neuen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland, vormals DDR.

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

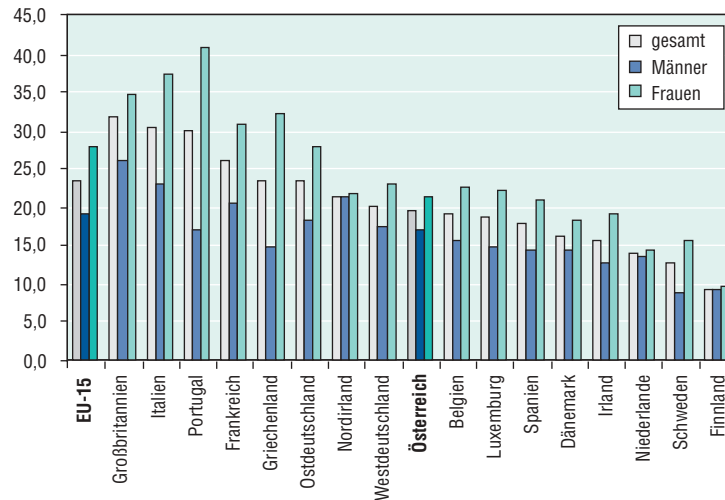
Ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung (19,5 Prozent) berichtet über gegenwärtige psychische Gesund-

heitsprobleme, Frauen (21,2 Prozent) etwas häufiger (allerdings nicht signifikant) als Männer (17,0 Prozent).

¹⁹⁴ Insgesamt wurden zwischen Oktober und Dezember 2002 16.000 Personen ab 15 Jahre mündlich befragt. Und zwar handelte es sich dabei um eine mehrstufige Zufallsauswahl. Mit Ausnahme von Luxemburg und Nordirland wurden pro Land/Region 1.000 Personen befragt. Die Rücklaufquote variierte zwischen 23 Prozent (Großbritannien) und 84 Prozent (Frankreich). In Österreich lag sie bei 68 Prozent.

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden verschiedene, bereits in anderen Untersuchungen getestete Erhebungsinstrumente verwendet, die Teil des „Minimum data set of European mental health indicators“ sind. Zur Messung des psychischen Wohlbefindens wurde die Energie- und Vitalitätsskala (EVI) herangezogen, die gegenwärtigen psychischen Gesundheitsprobleme wurden mittels des 5-Item Mental Health Index (MHI-5) erfasst. Beide Instrumente sind Teil des SF-36 Gesundheits-Survey-Instruments, das insgesamt acht Skalen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes beinhaltet (Zur ausführlichen Darstellung der Methode siehe BULLINGER, KIRCHBERGER [1998]).

Grafik 5.13: Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen (Mental Health Index – MHI-5, Score 52 oder weniger) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht (in Prozent)*



* Sortiert nach „gesamt“.

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

Österreich liegt damit, vor allem bei den Frauen, deutlich unter dem EU-Durchschnitt. In der Europäischen Union berichtet nahezu ein Viertel (23,4 Prozent) über psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen signifikant häufiger (27,6 Prozent) als Männer (18,9 Prozent). Über die Ursachen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der psychischen Gesundheit liegen verschiedene Vermutungen vor, im Vordergrund stehen dabei psychosoziale Faktoren.

Innerhalb der Europäischen Union am seltensten sind psychische Gesundheitsprobleme in Finnland und den Niederlanden, am häufigsten in Großbritannien und

Italien. Bei den *Männern* sind jene in Schweden und Finnland am wenigsten und jene in Großbritannien und Italien am meisten von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen. Von den *Frauen* haben jene in Finnland und den Niederlanden am seltensten psychische Gesundheitsprobleme, am häufigsten jene in Portugal und Italien.

Generell nehmen psychische Gesundheitsprobleme mit dem Alter zu, so auch in Österreich. Ältere Menschen in Österreich leiden zudem überdurchschnittlich häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen.

Tabelle 5.3: Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen (Mental Health Index – MHI-5, Score 52 oder weniger) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Alter (in Prozent)

Länder	gesamt	Alter (Jahre)			
		15–25	26–44	45–64	65+
Finnland	9,3	8,2	8,1	11,0	9,1
Schweden	12,4	17,3	15,7	10,6	7,2
Niederlande	13,9	11,4	12,7	16,6	13,0
Irland	15,7	6,8	15,4	21,4	19,1
Dänemark	16,2	18,9	13,7	17,9	15,6
Spanien	17,6	12,0	14,2	22,3	25,0
Luxemburg	18,7	15,3	18,9	21,3	16,8
Belgien	19,1	13,8	18,8	23,1	18,1
Österreich	19,5	12,8	16,4	22,0	28,9
Westdeutschland	20,1	17,4	15,5	20,2	28,4
Nordirland	21,4	23,2	0,0	18,8	34,4
Ostdeutschland	23,4	19,0	23,1	22,5	27,6
Griechenland	23,5	16,3	20,4	25,4	33,3
Frankreich	25,9	19,1	24,1	30,7	30,3
Portugal	29,8	14,9	16,9	41,3	49,7
Italien	30,2	26,9	29,0	32,6	31,5
Großbritannien	31,5	26,4	33,1	35,1	27,5
gesamt	23,4	18,3	21,7	26,2	27,2

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

Entsprechend überrascht auch nicht, dass ältere Menschen in Österreich ein überdurchschnittlich hohes Suizidrisiko haben (siehe unten).

Im internationalen Vergleich fällt zudem in Österreich bei psychischen Gesundheitsproblemen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen auf. Am verbreitetsten ist die Inanspruchnahme solcher Hilfen in Schweden, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich, Luxemburg und Belgien, wohingegen in Italien, Westdeutschland, Irland und vor allem in Großbritannien am seltensten von einer solchen Inanspruchnahme ausgegangen werden kann.

Suizidsterblichkeit

Trotz insgesamt sinkender Suizidsterblichkeit liegt Österreich (Stand 1999) bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch der über 65-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15). Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern sogar die von allen 15 Ländern der EU höchste Suizidrate.

Die Suizidrate war 1999 bei den älteren Menschen in Österreich sogar höher als im Durchschnitt der zehn neuen Beitrittsländer.

Tabelle 5.4: Standardisierte Suizidrate (pro 100.000) in den Ländern der europäischen Union (EU-15) und den Beitrittsländern 1999 nach Alter und Geschlecht

	Männer		Frauen	
	unter 65	65+	unter 65	65+
EU-15*	13,6	33,3	4,4	10,0
Österreich	22,5	66,2	7,2	20,6
Belgien	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Dänemark	17,9	38,8	6,1	12,1
Deutschland	15,7	42,7	4,9	12,6
Finnland	35,5	44,2	9,3	8,4
Frankreich	21,0	54,9	7,8	15,7
Griechenland	4,8	8,6	1,2	3,0
Irland	23,4	18,0	4,5	4,3
Italien	8,5	26,1	2,4	6,0
Luxemburg	20,0	35,0	8,5	15,9
Niederlande	11,2	22,3	5,8	8,5
Portugal	5,1	32,5	1,4	8,3
Schweden	16,4	34,0	7,1	10,0
Spanien	8,7	31,3	2,8	9,1
Vereinigtes Königreich	11,3	12,1	2,9	4,6
Beitritt-10**	27,4	52,2	5,1	13,9
Estland	55,6	96,8	8,8	25,2
Lettland	51,1	78,9	9,8	25,7
Litauen	74,6	92,1	11,1	25,2
Malta	11,1	17,7	1,9	7,5
Polen	25,5	31,8	4,0	6,8
Slowakei	21,5	40,2	3,2	6,9
Slowenien	39,4	95,7	11,5	20,0
Tschechien	21,0	57,4	4,3	13,7
Ungarn	43,8	11,2	9,5	33,3
Zypern	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

* Gemeint sind die 15 Staaten der Europäischen Union vor dem Beitritt der neuen Länder im Mai 2004.

** Gemeint sind die zehn Staaten, die im Mai 2004 der Europäischen Union beigetreten sind.

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; zitiert nach HOFMARCHER et al. (2003), S. 15 f.

5.3 Ausgewählte psychische Störungen

Zusammenfassung

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte psychische Störungen anhand verschiedener Parameter (Symptome, Verbreitung, Ursachen, Behandlung, Maßnahmen) beschrieben. Eingegangen wird auf Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie und Demenz sowie auf Aspekte der Komorbidität psychischer Störungen.

Angststörungen

Zu den Angststörungen zählen Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und Phobien. Neben dem subjektiven Erleben von Angst sind Angststörungen meist auch von körperlichen Beschwerden (Schwindel, Brustschmerzen, etc.) und Verhaltensänderungen (Beeinträchtigungen im sozialen Bereich) begleitet. Angststörungen sind weit verbreitet. Allerdings ist die Prävalenz je nach Art der Störung verschieden. Am häufigsten sind spezifische Phobien wie Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie). Dagegen treten z. B. Panikstörungen relativ selten auf. Frauen berichten auch häufiger über Nervosität bzw. Angstzustände. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde für die Wiener Bevölkerung für Nervosität/Angstzustände eine Punktprävalenz von 5,8 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von 10,9 Prozent ermittelt, wobei Frauen insgesamt deutlich häufiger als Männer von derartigen Symptomen betroffen sind. Angaben dieser Art sind jedoch nicht mit der Diagnose „Angststörung“ gleichzusetzen.

Depression

Bei der Depression handelt es sich um eine Störung des Gefühls- und Gemütslebens, die durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit charakterisiert ist. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer. Auch depressive Stimmungen finden sich bei Frauen häufiger. Im Mikrozensus 1999 gaben von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung in Wien 3,3 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen Niedergedrücktheit (Depressionen) an, wobei der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zunimmt.

Summary: Some Common Mental and Behavioural Disorders

The following section describes some common mental and behavioural disorders using a number of different parameters (symptoms, prevalence, determinants, treatment and measures). It focuses on anxiety disorders, depression, schizophrenia, dementia, and aspects of comorbidity of mental disorders.

Anxiety disorders

This term comprises panic disorders, generalised anxiety disorders, and phobias. In addition to the subjective anxiety experienced, anxiety disorders usually also include physical symptoms (vertigo, chest pain, etc.) and alterations of behaviour (with adverse social consequences). Anxiety disorders are quite common, their prevalence, however, differs depending on the type of disorder. Specific phobias such as acrophobia and claustrophobia are the most common, while panic disorders are relatively rare. Women reported nervousness and anxiety more frequently than men. The results of the Vienna Health and Social Survey show a point prevalence of 5.8 percent and a lifetime prevalence of 10.9 percent for nervousness and anxiety for the Viennese population. The prevalence is significantly higher for women than for men. These responses to a survey, however, cannot be equated with the diagnosis of "anxiety disorder".

Depression

Depression is a mood alteration characterised by depressed mood, sadness, and loss of interest and enjoyment. Depression and depressed mood is more frequent among women than among men. In the 1999 Mikrozensus survey, 3.3 of all men and 4.5 of all women living in private households in Vienna reported depression. The prevalence increases with age.

Depressionen sind häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden begleitet. Vor allem bei älteren Frauen wirken sich gesundheitliche Probleme deutlich auf die Psyche aus.

Nach vorgenommener Schätzung entfallen ca. 1,6 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens auf depressive Erkrankungen. Frauen sind häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als Männer. Es wird geschätzt, dass sich etwa 3 bis 4 Prozent der Erkrankten im weiteren Verlauf das Leben nehmen.

Schizophrenie

Schizophrenien sind zwar relativ selten, verdienen jedoch aufgrund ihres Schweregrads und der Folgen für die Betroffenen besondere Beachtung. Bei der Schizophrenie ist die gesamte Persönlichkeit auf unterschiedliche Art und Weise fremdgesteuert.

Eine beachtliche Zahl der Betroffenen versucht sich im Verlauf der Erkrankung das Leben zu nehmen. Circa 30 Prozent der von Schizophrenie Betroffenen haben einen (oder mehrere) Suizidversuche hinter sich. Über 10 Prozent sterben durch Suizid. Insgesamt verkürzt die Schizophrenie die Lebensspanne um durchschnittlich 10 Jahre.

Demenz

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, bei der es zur Beeinträchtigung intellektueller Funktionen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechen- und Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsvermögen) und zunehmender Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen kommt. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen in Wien (und Österreich) kann zur Zeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden, wobei die Zahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter deutlich steigt (bei den 85-Jährigen und Älteren wird der Anteil auf etwa 35 Prozent geschätzt). Insgesamt wird für Wien (ebenso wie für Österreich) in Zukunft ein deutliches Ansteigen demenzieller Erkrankungen erwartet.

Depression is often accompanied by other illnesses and conditions. In particular for elderly women, physical health problems have a strong negative impact on mental health.

Estimates show that approximately 1.6 percent of all hospital stays of the Viennese population are due to depression. Women are more often in inpatient treatment due to depression than men. It is estimated that 3 to 4 percent of all depression patients commit suicide.

Schizophrenia

While schizophrenia is comparatively rare, it does merit special attention due to the severity of the disorder and its impact on the lives of the patients. Schizophrenia is a severe personality disorder which is characterised by a loss of the feeling of individuality, uniqueness and self-direction.

A substantial number of individuals with schizophrenia attempt suicide at some point during the course of their illness. Approximately 30 percent of patients diagnosed with schizophrenia have attempted suicide at least once. Suicide mortality is approximately 10 percent. Overall, schizophrenic illness reduces an affected individual's lifespan by an average of 10 years.

Dementia

Dementia is a progressive disorder characterised by a loss of mental faculties (memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement), leading to an increasing dependence on other people's assistance. The prevalence of dementia in Vienna (and Austria) can currently be estimated only on the basis of international studies. The proportion of dementia patients increases substantially with age (it is estimated at approximately 35 percent for people aged 85 and older). The prevalence of dementia is expected to increase markedly for Vienna (as well as for Austria overall).

Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden, wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet. Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen.

Comorbidity

It is common for several mental disorders to occur together. Depressions, for example, often occur together with other mental disorders and health problems, such as anxiety, sociopathy, and abuse of drugs and pharmaceuticals. Physical and mental disorders also frequently occur together. Psychosomatic disorders, i.e. somatic disorders largely caused by psychological factors, are also frequent.

Einleitung

Psychische Störungen sind sehr heterogen und verteilen sich über ein breites Spektrum von Symptomen und Verlaufsformen. Im Wesentlichen lassen sich fünf verschiedene Grundformen psychischer Erkrankungen bzw. Störungen unterscheiden: Schizophrenie, affektive Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Die meisten anderen psychischen Störungen lassen sich als Untergruppen oder Spezialfälle dieser Grundformen betrachten.

Um einen Einblick in Entstehungs- und Funktionsweise psychischer Störungen zu geben, wird im Folgenden auf ausgewählte psychische Störungen (Angststörungen, Depression, Schizophrenie und Demenz) eingegangen. Beschrieben werden Symptome, Verbreitung, Ursachen, Behandlung und erforderliche Maßnahmen. Zusätzlich diskutiert werden Aspekte der Komorbidität psychischer Erkrankungen.

5.3.1 Angststörungen

Unter Angst versteht man ein als unangenehm empfundenen Gefühl der Bedrohung. Angst ist nahezu allen Menschen bekannt und kann als Alarmsignal auch positiv sein. Allerdings sollte die Angst nach Beseitigung der Bedrohung wieder verschwinden. Als *Krankheit* gilt Angst vor allem dann, wenn sie scheinbar grundlos oder übermäßig bzw. nicht auftritt. Bei der krankhaften Angst (Phobie) sind die natürlichen

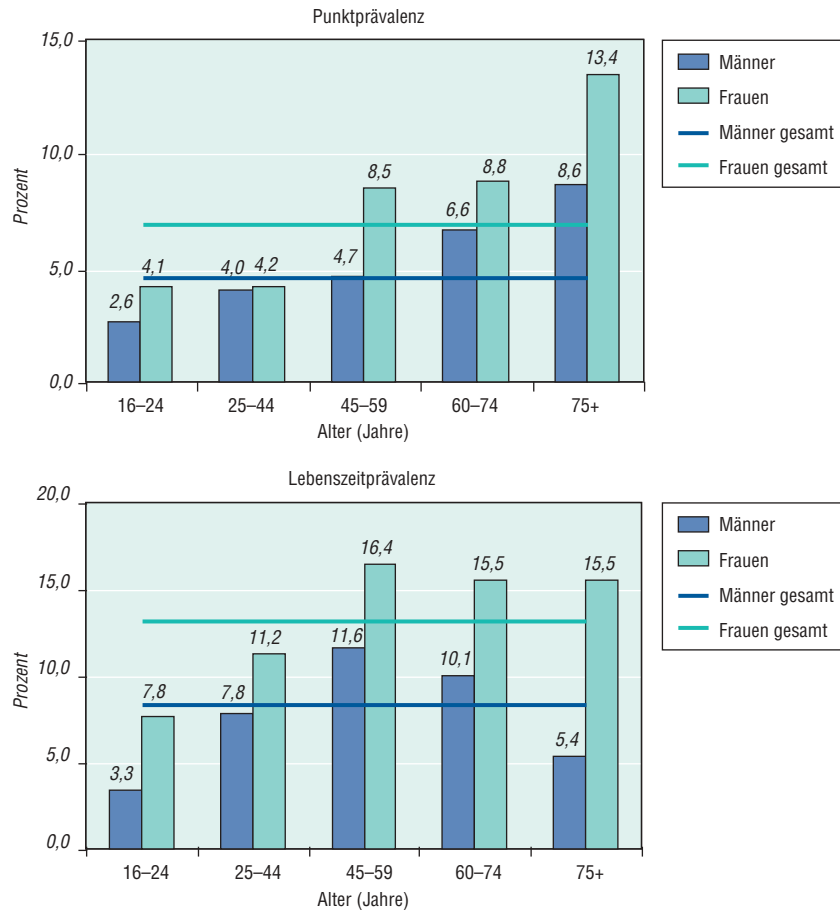
körperlichen und geistigen Abwehrfunktionen wie gelähmt.

Internationalen Studien zufolge ist Angst in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß bei etwa 10 Prozent der Bevölkerung vorhanden. Der Erkrankungsbeginn liegt meist vor dem 45. Lebensjahr. Allerdings ist die Prävalenz je nach Art der Angst- bzw. Panikstörung verschieden. Am verbreitetsten sind spezifische Phobien wie Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie). Dagegen treten z. B. Panikstörungen relativ selten auf.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben auf die Frage „Leiden Sie augenblicklich oder haben Sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten gelitten?“ 5,8 Prozent der Wiener Bevölkerung an, „augenblicklich“ unter Nervosität/Angstzuständen zu leiden (Punktprävalenz). Für die Lebenszeitprävalenz wurde ein Gesamtwert von 10,9 Prozent ermittelt. Es handelt sich hier um subjektive Angaben, die nicht mit der Diagnose „Angststörungen“ gleichzusetzen sind.

Zu beobachten sind deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede. Und zwar beträgt die so ermittelte Punktprävalenz bei den Männern 4,7, bei den Frauen 13,2 Prozent. Für die Lebenszeitprävalenz wurde für die Männer ein Wert von 8,4, für Frauen ein Wert von 13,2 Prozent festgestellt. Während die Punktprävalenz bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zunimmt, ist die Lebenszeitprävalenz bei den 45- bis 59-Jährigen am ausgeprägtesten und nimmt vor allem bei den Männern mit zunehmendem Alter wieder etwas ab.

Grafik 5.14: Punkt- und Lebenszeitprävalenz von Nervosität/Angustzuständen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Arten von Angststörungen

Angststörungen sind von seelischen und körperlichen Beschwerden, meist auch von Verhaltensänderungen (Beeinträchtigung des sozialen Bereichs) begleitet. Häufig steht bzw. stehen nicht das subjektive Erleben von Angst im Vordergrund der Symptomatik, sondern körperliche Beschwerden, wie Schwindel und Brustschmerzen. Nicht selten werden daher Betroffene, bevor die körperlichen Symptome als Anzeichen einer Angststörung erkannt werden, erst auf Verdacht einer Herzerkrankung untersucht und behandelt.

Bei den Angststörungen ist zwischen Panikstörungen, generalisierten Angststörungen und Phobien zu unterscheiden.

Panikstörung

Charakteristisch ist das plötzliche und wiederholte Auftreten intensiver Angst (bis hin zu Todesangst), begleitet von ausgeprägten körperlichen Symptomen (Herzrasen, Beklemmungsgefühle, Atemnot, Zittern). Panikattacken können einige Minuten bis zu einigen Stunden dauern, meist zwischen 10 bis 30 Minuten. Oft entwickelt sich eine Erwartungsangst vor der nächsten Attacke. Panikstörungen sind häufig von sozialem Rückzug begleitet. Konzentrieren sich die körperlichen Symptome einer Panikstörung auf das Herz, spricht man von einer Herzphobie. Diese betrifft vor allem Männer im mittleren Lebensalter. Auslöser kann eine Herzerkrankung im näheren Umfeld der PatientInnen oder eine allzu intensive Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild sein.

Spontane Panikattacken (z. B. Angstzustände, einen Herzinfarkt zu bekommen) entstehen ohne Vorwarnung und Anlass, d. h. äußere Ereignisse spielen keine Rolle.

Angstbedingte Panikattacken werden durch Situationen, Ereignisse oder Orte, die mit Angst belegt sind, ausgelöst (z. B. Angst vor Tunnels, dem Inneren von Flugzeugen, größeren Menschenansammlungen oder engen Röhren wie CT-Geräten).

Situationsbedingte Panikattacken werden durch bestimmte Situationen ausgelöst, die für den Betroffenen nicht von vornherein mit Angst belegt sind. So kann z. B. jemand monatelang angstfrei Auto fahren oder vor einer Schulklasse unterrichten, bis es plötzlich zu einer Angstattacke kommt.

Generalisierte Angststörung

Es handelt sich dabei um lang anhaltende Angst, die ohne äußeren Anlass auftritt und nicht nur auf bestimmte Situationen oder Objekte begrenzt ist. Der Patient/die Patientin kann sich nur kurzfristig von dieser Angst ablenken oder distanzieren. Typische *Symptome* sind motorische Spannung (Zittern, Muskelanspannung und Ruhelosigkeit), unkontrollierbare Übererregbarkeit (Beklemmungsgefühle, Schwitzen, Mundtrockenheit und Schwindel) sowie übermäßige Wachsamkeit und erhöhte Aufmerksamkeit (Gefühl der Anspannung, übermäßige Schreckhaftigkeit, Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, Reizbarkeit).

Phobien

Es handelt sich dabei um eine zwanghafte Befürchtung, die in bestimmten Situationen oder angesichts bestimmter Gegenstände oder Situationen auftritt, obwohl die Betroffenen wissen, dass diese Angst unbegründet ist. Zu unterscheiden sind die Agoraphobie, soziale Phobien und spezifische Phobien.

Bei *Agoraphobie (Platzangst)* besteht Angst vor ungewohnten Situationen (z. B. Aufenthalt an öffentlichen Plätzen, in Menschenmengen, in weiter Entfernung von zu Hause). Die PatientInnen fürchten, nicht flüchten zu können, wenn die hilflosmachenden oder peinlichen Symptome (wie Schwindel, Verlust der Blasenkontrolle) auftreten und meiden daher die angstauslösenden Situationen, was zu einer zunehmenden Einschränkung der Bewegungsfreiheit führt. Agora-

phobie tritt häufig in Verbindung mit einer Panikstörung auf.

Die *soziale Phobie* ist charakterisiert durch anhaltende, starke Angst vor Situationen, in denen Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen (z. B. bei einem Vortrag). Obwohl die Betroffenen wissen, dass die Angst unbegründet ist, können sie sich kaum dagegen wehren und versuchen daher, die angstauslösenden Situationen zu meiden. Die soziale Phobie tritt häufig in Verbindung mit geringem Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik auf. Typische *Symptome* sind Erröten, Vermeidung von Blickkontakt, Händezittern, Übelkeit und Harndrang.

Die *spezifische Phobie* ist durch die anhaltende Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer bestimmten Situation gekennzeichnet. Am häufigsten sind Angst vor Tieren (Hunde, Insekten, Schlangen, Mäuse, etc.), vor Blut, vor geschlossenen Räumen, vor Ansteckung, Höhen- oder Flugangst. Solche Ängste sind weit verbreitet. Sie sind dann als *krankhaft* zu bezeichnen, wenn sie Leiden verursachen und den Tagesablauf, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigen. So kann es z. B. sein, dass Betroffene aus Angst vor Hunden nicht mehr allein auf die Straße gehen.

Verlauf der Angststörungen

Die Agoraphobie verläuft häufig chronisch. Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten sind besonders stark ausgeprägt. Auch soziale Phobien können, wenn sie nicht behandelt werden, chronisch werden und zur vollständigen Isolierung der Betroffenen führen. Von sozialen Phobien Betroffene sind besonders anfällig für Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Bei spezifischen Phobien hängt die Prognose von dem Erkrankungsalter ab. In der Kindheit erworbene Phobien klingen meist ohne Behandlung ab, bei späterer Erkrankung bleibt die Phobie meist bestehen. Bei Panikstörungen kann es zu Phasen kommen, in denen die Panikattacken seltener auftreten, sich dann aber wieder häufen (mehrmals pro Woche oder sogar täglich). Die Störung bleibt meist über Jahre in unterschiedlicher Intensität bestehen und kann von depressiven Symptomen begleitet sein. Auch die generalisierte Angststörung kann sich, ohne Behandlung, über Jahre oder Jahrzehnte erstrecken. Soziale Beeinträchtigung und die Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit sind hier jedoch meist schwächer ausgeprägt als bei anderen Angststörungen.

Ursachen

Über die Entstehung von Angststörungen gibt es verschiedene Theorien:

- *Psychoanalytische Theorien* gehen davon aus, dass das Auftreten von Symptomen dazu dient, konfliktierende Bestrebungen und Einstellungen im Individuum miteinander zu versöhnen und so das psychische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Misslingt die Konfliktlösung, entsteht Angst.

Wurde der Umgang mit normaler Angst nicht gelernt, kann es in konflikthaften Situationen zu einer Überforderung kommen, so dass kindliche Ängste aufsteigen. Bei drohendem Verlust einer nahe stehenden Bezugsperson oder sozialer Anerkennung können akute Ängste, wie z. B. Trennungsangst, auftreten.

Das Auftreten von Phobien wird wie folgt erklärt: Treten innerhalb eines Individuums Konflikte auf (z. B. verdrängte sexuelle Phantasien), werden diese durch Abwehrmechanismen nach außen verlagert. Die Betroffenen haben nicht eigentlich Angst vor dem Objekt, auf das sie phobisch reagieren, sondern fürchten in Wahrheit die unbewusste Phantasie, die mit diesem Objekt in Verbindung steht. Die äußere Angst steht also für eine innere.

- *Lerntheoretische Erklärungen* eignen sich vor allem für die Beschreibung der Entstehung von Phobien, wobei von einem mehrstufigen Prozess ausgegangen wird: Zunächst „erlernen“ Betroffene die Angst vor einer ehemals neutralen Situation (z. B. Angst vor dem Fliegen bei einem unruhigen Flug). Die neutrale oder sogar als angenehm erlebte Situation des Fliegens wird so mit Angst besetzt. Diese hält davon ab, sich dieser Situation erneut auszusetzen.¹⁹⁵ Durch die Vermeidung der angstbesetzten Situation wird die Angst aufrechterhalten (die Vermeidung der Situation wird durch das Ausbleiben der Angst „belohnt“). Es kann aber auch Angst vor einer Situation oder einem Objekt erworben wer-

den, mit dem der/die Betroffene selbst noch nie schlechte Erfahrungen gemacht hat. Zum Beispiel kann bei einem Kind Angst vor Mäusen entstehen, weil es beobachtet hat, dass die Mutter auf Mäuse mit Angst reagiert.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst spielt die Wahrnehmung körperlicher Symptome eine wichtige Rolle. Verspürt eine Person Angst, kommt es zu körperlichen Reaktionen (wie Herzrasen). Diese Symptome werden subjektiv als Gefahr gedeutet, was das Angstgefühl verstärkt. Letzteres trägt im Rahmen einer Stressreaktion wiederum zur Verstärkung der körperlichen Symptome bei. So bildet sich ein Teufelskreis, der die Angstsymptomatik verstärkt.

Erwartungsangst im Zusammenhang mit Panikstörungen entsteht nach der Lerntheorie wie folgt: Durch das wiederholte Auftreten einer Panikattacke wird Angst vor weiteren Attacken ausgelöst; eine Angst vor der Angst entsteht.

- *Neurobiologische Ansätze* gehen von der Beteiligung genetischer Faktoren an der Entstehung von Angst- und Panikstörungen aus. Eine Rolle dabei scheint die Labilität oder Stabilität des autonomen Nervensystems zu spielen, das die Funktionen der inneren Organe (z. B. Herz, Atmung) reguliert und kontrolliert. Diese Labilität scheint angeboren zu sein: Untersuchungen haben ergeben, dass Verwandte ersten Grades von AngstpatientInnen eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit haben als Verwandte Nichtbetroffener. Da Verwandte ersten Grades jedoch meist in der gleichen Umwelt leben und dadurch ähnlichen Einflüssen ausgesetzt sind, ist nicht auszuschließen, dass (wie die Lerntheorie annimmt) auch Umweltfaktoren für die Entstehung von Angststörungen eine Rolle spielen. Neurobiologische Befunde verweisen bei AngstpatientInnen auf Besonderheiten hinsichtlich der Aktivität bestimmter Hirnregionen und deren Botenstoffe.

¹⁹⁵ Würden diese Personen danach wiederholt fliegen und sehen, dass die Angst unbegründet ist, würde das Fliegen seinen bedrohlichen Charakter wieder verlieren. Zur Darstellung vgl. dazu u. a. <<http://www.medicine-worldwide.de/>>.

5.3.2 Depression

Depressive Störungen zählen neben Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Bei der Depression handelt es sich um eine Störung des Gefühls- und Gemütslebens, die durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit charakterisiert ist. Weitere Anzeichen sind Freudlosigkeit, Antriebsminderung (Initiativhemmung, Interessensverarmung), erhöhte Ermüdbarkeit, motorische Verlangsamung, kognitive Einschränkungen und vegetative Störungen.

Die international gebräuchlichen Systematiken ICD-10 (*International Classification of Diseases*) und DSM-III-R (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*) unterscheiden zwischen:

- eigentlichen depressiven Episoden (ICD-10) bzw. *major depression* (DSM-III-R)
- dysthymen Störungen
- kurzfristigen depressiven Anpassungsstörungen und
- wiederkehrenden kurzen Depressionen (*brief recurrent depression*)

Depressive Episoden (major depression) sind durch depressive Verstimmung und Verlust von Interesse bzw. Freude an fast allen Aktivitäten charakterisiert. Zusätzlich kann es zu Appetit- und Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen, psychomotorischer Unruhe oder Gemüththeit, verminderter Energie, innerer Leere, Willens-, Denk- und Antriebshemmung, Konzentrationschwierigkeiten, Gefühlen der Ausweg- und Wertlosigkeit, Angst, Schuldgefühlen, Selbstmordgedanken und -versuchen kommen. In schweren Fällen kommen Wahnideen, Halluzinationen oder depressiver Stupor („Erstarrung“) hinzu. Ein Teil der PatientInnen durchlebt manische Phasen (übersteigerter Antrieb, Selbstüberschätzung). Unbehandelt können depressive Episoden mehrere Monate dauern, sie lassen sich jedoch bei adäquater Therapie entscheidend verkürzen. Ein Problem ist die hohe Rückfallsrate. Wiederholungsrisiko und Schwere der Erkrankung nehmen mit steigendem Alter zu.¹⁹⁶

Dysthymien sind leichtere, jedoch chronifizierte Formen der depressiven Verstimmung. Die Symptome sind ähnlich wie bei der depressiven Episode, jedoch

schwächer ausgeprägt und nicht von Wahnsymptomen und Halluzinationen begleitet.

Anpassungsstörungen sind übertriebene oder fehlangepasste Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren.

Wiederkehrende kurze Depressionen sind intensive, kurzfristige und klinisch relevante Phasen der Verstimmung. Sie sind vor allem wegen der damit einhergehenden Suizidversuche von Bedeutung.

Risikofaktoren und Ursachen depressiver Störungen

Entstehung und Ursachen depressiver Störungen sind komplex. Angenommen wird ein Zusammenwirken genetischer, neurobiologischer und psychosozialer Faktoren. So findet sich z. B. bei Personen mit depressiv erkrankten Angehörigen ersten Grades ein deutlich erhöhtes Risiko, an Depressionen zu erkranken. Ebenso lassen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit von ein- und zweieiigen Zwillingen vermuten, dass Vererbung eine Rolle spielt.

Daneben scheinen auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie Übervorsichtigkeit, Gewissenhaftigkeit, Suche nach sozialer Anerkennung und Unterstützung) eine Rolle zu spielen. Als besondere Risikomerkmalen gelten Angst- und Suchterkrankungen.

Risikofaktoren in psychosozialer Hinsicht, wenn auch in ihrer Bedeutung umstritten, sind gravierende Störungen der Primärsozialisation (vor allem frühe Verluste und schwere Beziehungsstörungen), akute Belastungen wie Lebenskrisen, Verlusterlebnisse (Tod, Trennung, Scheidung), Einsamkeit, das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zu Familienmitgliedern, FreundInnen oder ArbeitskollegInnen, Arbeitslosigkeit und finanzielle Not. Verheiratete leiden seltener unter Depressionen als Geschiedene und getrennt Lebende. Verlust eines Elternteiles durch Scheidung wirkt sich bei Frauen negativ auf die Qualität der Partnerbeziehung aus und fördert die Depressionsneigung.

Die Frage, ob Depressionen im Alter gehäuft auftreten, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Empirisch lässt sich ein gehäuftes Auftreten bestimmter

¹⁹⁶ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 219.

Symptome depressiver Störungen bei älteren Menschen beobachten.

Soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit scheinen keine Rolle für das Auftreten von Depressionen zu spielen.

Verbreitung

Schätzungen gehen von einer Punktprävalenz der eigentlichen Depression (*major depression*) von ca. 3 Prozent, der Dysthymie von ca. 2 Prozent, der Anpassungsstörung und der depressiven Störung von je 1 Prozent aus. Die Lebenszeitprävalenz (Anteil derer, die jemals im Leben betroffen waren) wird bei der „*major depression*“ mit 10 Prozent, bei der Dysthymie mit 3 bis 4 Prozent und bei der Anpassungsstörung mit 5 Prozent angegeben.¹⁹⁷

Deutlich höher ist die Prävalenz von Depressionen (aber auch anderer psychischer Störungen) im Bereich der medizinischen Versorgung. So etwa leiden in internistischen Krankenhausabteilungen etwa 30 bis 50 Prozent der PatientInnen an psychischen Störungen, etwa 15 Prozent an Depressionen. Bei PatientInnen anderer Fachabteilungen wird eine ähnliche Häufigkeit vermutet. Ergebnisse einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten Studie zu psychischen Störungen in Hausarztpraxen zeigen, dass bei etwa 25 Prozent der PatientInnen eine aktuelle psychische Störung besteht, jede/r zehnte PatientIn leidet an einer depres-

siven Episode. Etwa 15 Prozent der depressiven Episoden stehen in Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung.¹⁹⁸

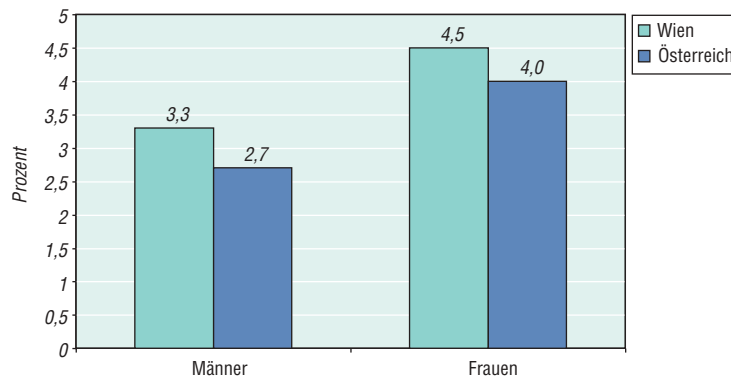
Frauen haben häufiger Depressionen als Männer; ihr Erkrankungsrisiko ist etwa doppelt so hoch. Allerdings sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass Frauen auch eher bereit sind als Männer, über ihre Ängste und Stimmungsschwankungen zu sprechen. Dies kann dazu beitragen, dass Frauen eher als „neurotisch“ und „depressiv“ eingestuft werden. Auch besteht die Gefahr, dass bei Frauen die berichteten Symptome nicht ernst genommen werden. Weil Männer wenig Bereitschaft zeigen über psychische Probleme zu sprechen, besteht ebenso die Gefahr, dass Depressionen bei ihnen nicht oder erst spät erkannt werden. Gerade in diesem Bereich kommt es sehr häufig zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Diagnose, der Medikation sowie der Einweisungspraxis.

Auch in österreichischen Befragungen geben Frauen im Schnitt häufiger als Männer an, unter Niedergedrücktheit (Depressionen) zu leiden. Laut Mikrozensus berichteten im Jahr 1999 in Wien 4,5 Prozent der Frauen und 3,3 Prozent der Männer über diese Beschwerden. Diese Werte für Wien liegen über dem österreichischen Durchschnitt. In Österreich gaben 4,0 Prozent der Frauen und 2,7 Prozent der Männer an, unter Niedergedrücktheit (Depressionen) zu leiden. Es handelt sich hier (wie bereits betont) um subjektive Angaben der Befragten, nicht um ärztlich validierte Diagnosen.

¹⁹⁷ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 220.

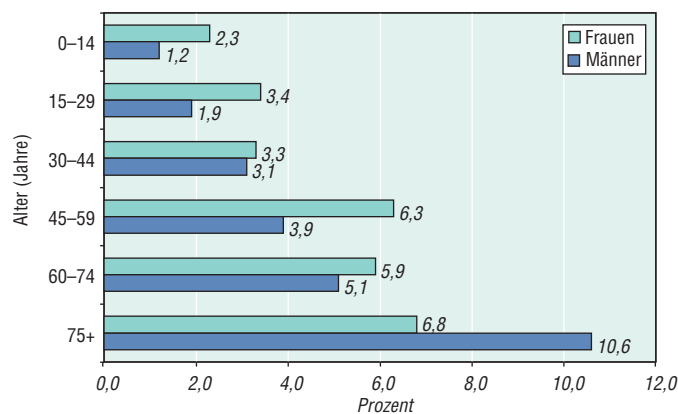
¹⁹⁸ AROLT et al. (1995), AROLT (2000), S. 468, DGPPN (1997), S. 13.

Grafik 5.15: Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Grafik 5.16: Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Die Gruppe der Personen mit depressiven Beschwerden ist heterogen. Eine Betrachtung von Untergruppen bietet deshalb zusätzliche Aufschlüsse. Demnach steigt die Depressionsneigung deutlich mit zunehmendem Alter an. In der ersten Lebenshälfte treten Depressionen deutlich weniger häufig auf.

In Wien gaben laut Mikrozensus 1999 3,3 Prozent der Frauen im Alter zwischen 30 und 44 Jahren und 3,4 Prozent der Frauen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren an, unter Niedergeschlagenheit zu leiden. Ein deutlicher Sprung erfolgt im Alter zwischen 45 und 49 Jahren.

6,3 Prozent der Frauen, also ein nahezu doppelt so hoher Prozentsatz verglichen mit jüngeren Frauen, litt unter Depressionen. In der Gruppe der Frauen von 75 und mehr Jahren lag der Anteil mit 6,8 Prozent etwas darüber. Bei den Männern war der Anteil der Personen mit Depressionsneigung mit 10,6 Prozent in der höchsten Altersgruppe mit Abstand am größten. Dieser Wert lag höher als in jeder anderen weiblichen Altersgruppe. Männer im Alter zwischen 60 und 74 Jahren hatten mit 5,1 Prozent einen nicht einmal halb so großen Anteil an depressiven Personen wie Männer ab 75 Jahren. In den jüngeren Altersgruppen steigt bei Männern der Pro-

zentsatz der depressiven Personen, ausgehend von einem niedrigeren Niveau, langsam aber stetig an. Mit Ausnahme der höchsten Altersgruppe lag der Anteil der depressiven Personen bei Männern immer klar unter dem Anteil der Frauen.

Die Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 fassen Melancholie, Depressionen und Unglücklichsein in einer Kategorie zusammen und weisen dafür deutlich höhere Werte aus als der Mikrozensus der Statistik Austria. Insgesamt gaben 9,5 Prozent der Frauen und 5,0 Prozent der Männer in Wien an, unter Melancholie, Depressionen oder Unglücklichsein zu leiden. Ein Altersmuster ist in diesen Daten weniger stark ausgeprägt. Insbesondere liegen die Anteile depressiver, melancholischer oder unglücklicher Personen in der ersten und der zweiten Lebenshälfte deutlich näher beisammen. Dennoch findet sich auch in diesen Daten der höchste Prozentsatz an betroffenen Personen gleichermaßen bei Frauen (11,9 Prozent) und Männern (6,5 Prozent) in der höchsten Altersgruppe.

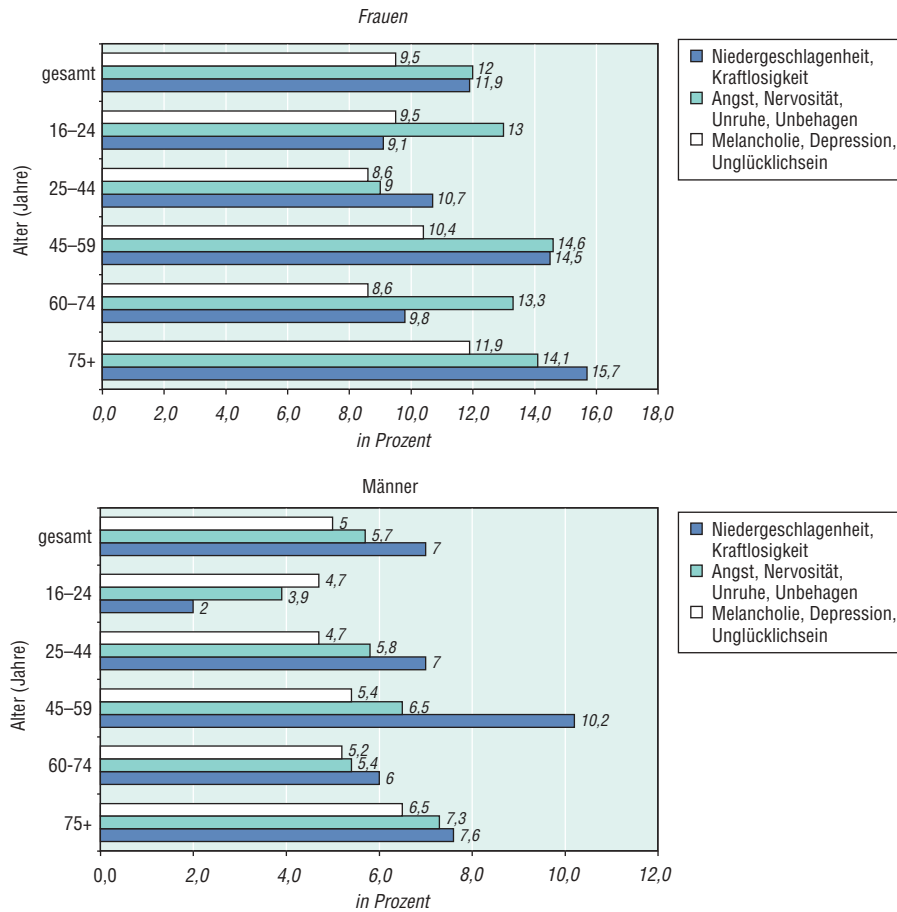
Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 erfasst auch andere psychische Beschwerden, die mit depressiven Beschwerden zum Teil in engem Zusammenhang stehen. Dazu zählen etwa Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit sowie Angst, Nervosität, Unruhe oder Unbehagen. Psychische Zustände dieser Art können auch als Symptome von anderen psychischen Störungen, unabhängig von Depressionen, auftreten. Insgesamt gaben in Wien fast 12 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer über 16 Jahren an, unter Niedergeschlagenheit oder Kraftlosigkeit zu leiden. Während diese Werte bei Frauen unter 44 Jahren nahe 10 Prozent

lagen, stiegen die entsprechenden Anteile in den darüber liegenden Altersgruppen teilweise auf rund 15 Prozent an. Bei Männern war die Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen nach eigenen Angaben kaum von solchen Beschwerden betroffen. Die anderen Altersgruppen lagen etwa im Gesamtschnitt. Eine klare Ausnahme bildete jedoch die Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren. Etwas mehr als 10 Prozent der Männer in diesem Alter gaben an, unter Kraftlosigkeit oder Niedergeschlagenheit zu leiden.

Angst, Nervosität, Unruhe oder Unbehagen sind bei Männern relativ gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt. Im Schnitt waren im Erhebungszeitraum knapp 6 Prozent der Männer von diesen psychischen Beschwerden betroffen. Bei Frauen betrug der entsprechende Anteil 12 Prozent. Die Gruppe der Frauen im Alter von 25 bis 44 Jahren untertraf mit 9 Prozent deutlich diesen Durchschnittswert. In den anderen Altersgruppen lagen die Werte mit 13 Prozent bis nahezu 15 Prozent etwas über dem Schnitt.

Insgesamt ist somit auch in Wien festzustellen, dass Frauen durchwegs häufiger als Männer angaben, unter mit Depressionen verbundenen psychischen Beschwerden zu leiden. Zu beachten ist jedoch bei diesen Zahlen, dass Männer möglicherweise eine geringere Bereitschaft zeigen, in Befragungen psychische Beschwerden offen einzugestehen. Diese geschlechterspezifische unterschiedliche Antwortbereitschaft könnte die Unterschiede zwischen Männern und Frauen deshalb tendenziell größer ausweisen, als es in der Realität tatsächlich der Fall ist.

Grafik 5.17: Ausgewählte psychische Beschwerden in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Stationäre Aufenthalte aufgrund von Depressionen

In Anlehnung an den Deutschen Gesundheitsbericht¹⁹⁹ wurden zur Ermittlung der durch Depressionen verursachten stationären Aufenthalte die ICD-9-Nummern 296, 301, 309, 311 sowie 40 Prozent der unter der Nummer 300 registrierten Fälle²⁰⁰ zusammengefasst. Nach dieser Schätzung entfielen im Jahr 2000 je 1,6 Prozent der stationären Aufenthalte der in Wien bzw. Österreich wohnhaften Personen auf depressive Erkrankungen. Insgesamt wurden für die Wohnbevölkerung Wiens 7.543 (Männer 2.701, Frauen 4.842), für jene Österreichs

35.790 (Männer 11.931, Frauen 23.859) stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen errechnet.

Pro 100.000 (rohe Rate) wurden in Wien im Jahr 2000 353,5 stationäre Aufenthalte von Männern und 573,4 stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund von Depressionen verbucht. Im gesamten Bundesgebiet waren es pro 100.000 bei den Männern 302,8, bei den Frauen 572,3 stationäre Aufenthalte. Frauen sind (gemessen an der rohen und standardisierten Rate) häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als Männer.

¹⁹⁹ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 221.

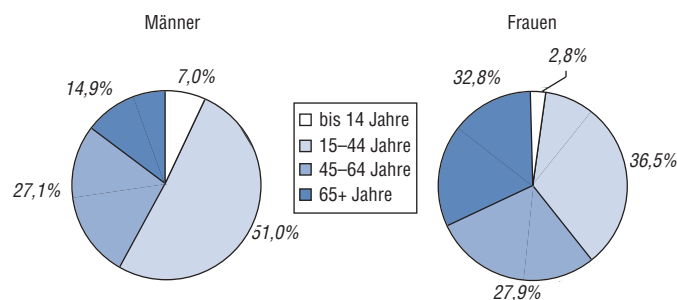
²⁰⁰ Und zwar handelt es sich hier um affektive Psychosen (296), neurotische Störungen (300), Persönlichkeitsstörungen (301), Anpassungsstörungen (309), nicht anderweitig klassifizierte depressive Störungen (311).

Während in Wien im Jahr 2000 Männer häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung waren als im gesamten Bundesgebiet, war die rohe Rate der stationären Aufenthalte bei den Frauen in Wien und Österreich nahezu gleich. Interessanterweise waren jedoch altersstrukturbereinigt (d. h. unter Ausschaltung von Altersstruktureffekten) im gesamten Bundesgebiet mehr Frauen aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als in Wien.

Hier könnte unter anderem auch die Tatsache eine Rolle spielen, dass sich im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Wien mehr Möglichkeiten bieten als in den Bundesländern (vor allem in ländlichen Regionen), was wiederum als Hinweis auf die Bedeutung gemeindenaher ambulanter und teilstationärer psychiatrischer Versorgungsstrukturen zur Entlastung des stationären Bereichs zu interpretieren wäre.

Das *Alter* der aufgrund depressiver Erkrankungen stationär Behandelten ist breit gefächert. Von den im Jahr 2000 innerhalb der Wohnbevölkerung Wiens stationär Behandelten war etwa jeder fünfte Mann und etwa jede neunte Frau unter 25 Jahre alt. Etwa jeder fünfte wegen Depressionen stationär behandelte Mann war zwischen 35 und 44 Jahre, etwa jeder siebente 65 Jahre oder älter. Bei den Frauen fällt vor allem der hohe Anteil von 55- bis 74-Jährigen auf, also von Frauen während oder nach der Menopause. Ältere Menschen (ab 75 Jahre) machen, trotz ihrer hohen Neigung zu depressiver Verstimmung, unter den aufgrund von Depressionen stationär Behandelten nur einen Bruchteil aus. Dies legt die Vermutung nahe, dass im Alter das Vorhandensein psychischer Störungen entweder nicht erkannt wird und/oder sich die Chancen auf therapeutische Hilfe verringern.

Grafik 5.18: Stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen (ICD-9/BMAGS <296, 301, 309, 311>; 40 Prozent von <300>) von in Wien wohnhaften Personen im Jahr 2000 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Prävention und Behandlung

Möglichkeiten der *Primärprävention* depressiver Erkrankungen sind eher begrenzt. Besondere Bedeutung kommt daher der *Sekundärprävention* zu, das heißt, dem Erkennen beginnender Störungen. Es ist besonders wichtig, dass HausärztInnen eine beginnende Depression erkennen und PatientInnen einer frühen Behandlung zuführen. Gerade für beginnende Störungen gibt es differenzierte Behandlungsmöglichkeiten, die dazu beitragen, das Entstehungsrisiko schwerer depressiver Erkrankungen und das Suizidrisiko zu senken. Durch kombinierte Therapie, die bisher jedoch relativ selten genutzt wird, lassen sich der Leidensdruck und das Risi-

ko einer neuerlichen Erkrankung am ehesten senken. Es wird geschätzt, dass mehr als die Hälfte aller Depressionen nicht diagnostiziert und behandelt werden.

Folge- und Begleitkrankheiten depressiver Erkrankungen werden häufig unterschätzt. Viele PatientInnen leiden an zusätzlichen psychischen Erkrankungen. Auch PatientInnen mit somatischen chronischen Erkrankungen haben häufig Depressionen. So wurde festgestellt, dass bei ca. 15 Prozent der internistischen und chirurgischen PatientInnen eine depressive Störung vorliegt, bei neurologischen PatientInnen sogar in ca. 30 bis 35 Prozent der Fälle.²⁰¹

5.3.3 Schizophrenie

Verbreitung

Schizophrenien sind zwar relativ selten, verdienen jedoch aufgrund ihres Schweregrads und der Folgen für die Betroffenen besondere Beachtung. In den westeuropäischen Ländern wird für schizophrene Erkrankungen eine Prävalenz von 0,5 bis 1 Prozent angegeben.²⁰² Die jährliche Neuerkrankungsrate (Inzidenz) liegt bei etwa 0,05 Prozent.²⁰³ Das Erkrankungsrisiko ist in den letzten Jahrzehnten insgesamt relativ stabil geblieben. Die Schizophrenie kommt bei Männern und Frauen in etwa gleich häufig vor.

Erkrankungsbeginn

Die Erkrankung beginnt in der Regel in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Allerdings gibt es für Männer und Frauen, ebenso wie für die verschiedenen Subtypen der Schizophrenie, hinsichtlich des Zeitpunkts der Ersterkrankung charakteristische Unterschiede. Männer erkranken am häufigsten zwischen dem 20. und 24., Frauen zwischen dem 25. und 29. Lebensjahr. Die Erkrankung kann (vorwiegend bei Frauen) jedoch auch nach dem 40. Lebensjahr ausbrechen. Erklärt wird der spätere Ausbruch der Krankheit bei Frauen durch den schützenden Östrogeneffekt zwischen Pubertät und Menopause. Frauen haben im allgemeinen einen günstigeren Krankheitsverlauf als Männer, bei späterkranken Frauen ist der Verlauf der Erkrankung jedoch meist negativer.²⁰⁴

Symptome und klinische Untertypen

Die Schizophrenie zeigt kein einheitliches Krankheitsbild. Sie verläuft überwiegend episodisch. In akuten Episoden sind meist Wahnideen und Halluzinationen vorherrschend. Längerfristig, aber auch schon vor und während der akuten Erkrankung, sind Störungen der Merkfähigkeit, der Konzentration, des Gefühlslebens, des Antriebs, der Motivation, der Ausdauer und Belastbarkeit möglich.

Charakteristische Symptombereiche sind:

Wahn: Besonders häufig sind Verfolgungswahn und Beziehungsideen, wobei das Verhalten anderer von den PatientInnen wahnhaft auf sich selbst bezogen wird.

Halluzinationen: Es handelt sich dabei um eine Sinnes-täuschung, die alle Sinnesorgane betreffen kann. Typisch für Schizophrenie sind akustische Halluzinationen (Befehle; fremde Stimmen, die sich über den/die Betroffene/n unterhalten).

Ich-Störungen: Die Grenzen zwischen Ich und Umwelt werden als durchlässig empfunden. Die eigene Person (Körper, Gefühle, Gedanken) oder die Umwelt werden als fremdartig erlebt. Die PatientInnen haben das Gefühl der Fremdbeeinflussung oder Gedankeneingebung von außen bzw. das Gefühl, dass die Gedanken mitgehört oder entzogen werden. Die Kranken leben gleichzeitig in einer wirklichen und in einer wahnhaften Welt, wobei es zu einer zunehmenden Abkapselung von der wirklichen Welt kommt.

Formale Denkstörungen: Charakteristisch ist eine Verzerrung des Denkablaufs, die sich z. B. in der Verschmelzung verwandter Wörter zu einem Begriff, in absurden Wortneuschöpfungen, in sprunghaften und unlogischen Gedankengängen oder im plötzlichen Abbruch eines Gedankenganges ohne erkennbaren Grund äußert.

Affektive Störungen: Es kann zu unangemessenen Gefühlsäußerungen (wie z. B. grundlose Heiterkeit) oder mimischen Reaktionen kommen. Häufig bestehen unvereinbare Gefühlszustände und Wünsche nebeneinander. Vor allem bei vorhandener Restsymptomatik, nach Abklingen der akuten Erkrankung, tritt meist eine gefühlsmäßige Verarmung ein. Der emotionale Kontakt zu anderen und die Kooperationsfähigkeit sind häufig eingeschränkt.

Psychomotorische Störungen: Häufig kommt es bei vollerhaltenem Bewusstsein zu einer Bewegungslosigkeit.

²⁰¹ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 221.

²⁰² DGPPN (1997), S. 16.

²⁰³ Die Angaben über die Prävalenz und die jährliche Neuerkrankungsrate schwanken je nach Quelle, wobei auch Abweichungen hinsichtlich des in Diskussion stehenden diagnostischen Konzepts eine Rolle spielen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt weltweit eine Prävalenz von 0,4 Prozent an.

²⁰⁴ Vgl. dazu Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 214.

keit oder starken motorischen Unruhe mit sich wiederholenden stereotypen Bewegungen.

Je nach Ausprägung bestimmter Symptome werden folgende Untergruppen unterschieden:

Paranoid-halluzinatorische Form: Im Vordergrund stehen Wahn und Halluzinationen. Am häufigsten tritt dieser Subtyp im vierten Lebensjahrzehnt auf.

Katatone Form: Charakteristisch ist das Vorherrschen psychomotorischer Störungen.

Hebephrene Form: Im Vordergrund stehen Affektstörungen, die Ersterkrankung liegt meist im Jugendalter.

Residuale Form: Charakteristisch für die auftretende Persönlichkeitsänderung sind Antriebsmangel, Affektarmut und sozialer Rückzug.

Schizophrenia simplex: Symptomarme Form, bei der vor allem die produktiven Symptome fehlen, bis es schließlich allmählich zu einem durch Negativsymptomatik geprägten Bild (Residualsyndrom) kommt.²⁰⁵

Im Bemühen um validere Ansätze hat in letzter Zeit insbesondere das Positiv-Negativ-Konzept Bedeutung erlangt. Unter *Positivsymptomatik* versteht man Verhaltensmerkmale, die über das Verhalten von Gesunden hinausgehen. Zu diesen, auch „produktiv“ genannten Symptomen gehören Halluzinationen und Wahn. Von *Negativsymptomatik* spricht man dagegen, wenn das Verhalten im Vergleich zum Gesunden Defizite aufweist. Typisch dafür sind Antriebsmangel und Affektarmut.

PatientInnen mit positiver oder negativer Symptomatik unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht (wie etwa hinsichtlich präorbider Merkmale, hirmorphologischer Befunde, Effizienz einer Neuroleptikatherapie, Prognose). Die positiv-negativ-Dichotomie schizophrener Erkrankungen ist zwar aus wissenschaftlicher Sicht noch immer zu grob, bringt jedoch Vorteile für die klinisch-praktische Versorgung der PatientInnen.²⁰⁶

²⁰⁵ Vgl. dazu www.medicine-worldwide.de

²⁰⁶ Zitiert nach DGPPN (1997), S. 16.

²⁰⁷ Es handelt sich dabei um eine noch nicht näher erklärte, durch Zwillingstudien jedoch eindeutig belegte genetische Komponente, die zur verminderten Fähigkeit der Verarbeitung sozialer, psychologischer und anderer Belastungsfaktoren führt.

Ursachen

Die Schizophrenie wird durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren ausgelöst. Das am besten etablierte Modell zur Erklärung schizophrener Erkrankungen ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dabei wird angenommen, dass vor allem biologische Faktoren eine Vulnerabilität²⁰⁷ bewirken, die zum Ausbruch der Erkrankung bzw. einem Rückfall führt, wenn bestimmte Stressoren hinzukommen. Wichtige Vulnerabilitätsfaktoren sind eine genetische Veranlagung (Disposition), eine dopaminerge Dysfunktion und Hirnreifungsstörungen, die sich als makroskopische und mikroskopische morphologische Auffälligkeiten bestimmter Hirnregionen manifestieren. Zu den umweltbedingten Faktoren zählen insbesondere belastende Lebensereignisse, ein Familienklima mit Kritik oder emotionalem Überengagement („High Expressed Emotion“) sowie eine überstimulierende soziale Umgebung.

Erhöhte Erkrankungsraten wurden bei Angehörigen unterer sozialer Schichten und im städtischen Bereich gefunden. Ob tatsächlich soziale Ursachen eine Rolle spielen, lässt sich nicht eindeutig belegen, da die Krankheit häufig bereits vor dem Erkennbarwerden zu einem sozialen Abstieg Betroffener führt bzw. einen solchen fördert.

Genetische Faktoren

Untersuchungen unter Verwandten von an Schizophrenie erkrankten Personen lassen auf genetische Ursachen schließen. Die Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken, steigt mit der Nähe des Verwandtschaftsverhältnisses zum/r Erkrankten. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit, dass der Zwilling eines/r Schizophrenen ebenfalls erkrankt, bei ca. 15 Prozent, bei eineiigen bei 50 Prozent. Und zwar wird die genetische Grundlage als *Disposition* verstanden, die dann zur Erkrankung führt, wenn bestimmte Faktoren hinzukommen (z. B. Schädigungen im Mutterleib oder besonders krisenhafte Lebensereignisse).

Biochemische Faktoren

Als weitere Ursache für Schizophrenie gelten bestimmte Funktionsstörungen des Hirnstoffwechsels (Hypersensibilität von Dopaminrezeptoren in einer bestimmten Hirnregion). Dopamin dient zur Übermittlung von Nervenimpulsen von einem Neuron (Nervenzelle und -strang) zum nächsten (Neurotransmitter). Für die „Dopaminhypothese“ spricht u. a. die Wirksamkeit von Neuroleptika, die zur Behandlung von Schizophrenie eingesetzt werden und anscheinend hemmende Wirkung auf Dopaminrezeptoren haben.

Neuroanatomische Besonderheiten

Bei Schizophrenen wurden strukturelle Besonderheiten des Gehirns gefunden, deren Ursache vor allem mit einer durch vorgeburtliche Schädigungen hervorgerufenen Hirnreifungsstörung in Verbindung gebracht wird. Im Zusammenhang damit scheinen die für Schizophrenie typischen Denkstörungen zu stehen.

Psychosoziale Faktoren

Die Annahme, dass psychosoziale Bedingungen (z. B. Störungen in der Familie oder Partnerschaft, kritische Lebensereignisse) zum Entstehen der Schizophrenie beitragen, ist wissenschaftlich nicht belegt. Psychische Belastungsfaktoren können jedoch den Verlauf der Erkrankung beeinflussen und Rückfälle auslösen.

Verlauf und Folgen der Erkrankung

Die Schizophrenie verläuft in *Schüben*. Oft geht dem Akutwerden der Erkrankung ein mehrjähriger, häufig unspezifischer Frühverlauf der Erkrankung mit meist leichteren Symptomen, auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen und beruflichem Leistungsversagen voraus. Die Krankheit kann einen unterschiedlichen Verlauf nehmen, der schwer vorauszusagen ist. Es kann zu vollständiger symptomatischer und sozialer Wiederherstellung (Heilung) kommen, die Erkrankung kann aber auch einen chronischen und wiederkehrendem Verlauf mit Residualsymptomen und unvollständiger sozialer Wiederherstellung nehmen. Aufgrund der Fortschritte in der medikamentösen Therapie und psy-

chosozialen Betreuung können beinahe die Hälfte der Personen, die eine beginnende Schizophrenie entwickeln, eine volle und andauernde Wiederherstellung erwarten. Vom Rest hat nur ein Fünftel ernsthafte Einschränkungen im täglichen Leben zu erwarten.

Auch wenn die offensichtlichen Symptome dieser Störung verschwunden sind, bleiben häufig einige Restsymptome bestehen, wie Mangel an Interessen, an Initiative in täglichen Aktivitäten und im Beruf, soziale Inkompetenz und die Unfähigkeit, Interesse an angenehmen Aktivitäten zu entwickeln. Dies führt zu kontinuierlichen Einschränkungen und Minderung der Lebensqualität. Diese Symptome können für die Familie zu einer erheblichen Last werden. Die Schizophrenie verursacht einen hohen Grad an Behinderung (im Sinne der Übernahme sozialer Rollen). Da die Betroffenen meist im jüngeren Alter erkranken und durch die Krankheit oft langfristig beeinträchtigt sind, wird die Lebensqualität der Betroffenen durch einschneidende soziale und ökonomische Folgen der Krankheit zusätzlich gemindert. Häufig treten auch körperliche Begleiterkrankungen auf.

Eine beachtliche Zahl der Betroffenen versucht sich im Verlauf der Erkrankung das Leben zu nehmen. Eine neuere Studie zeigt, dass 30 Prozent der Personen mit Schizophrenie zumindest einen Suizidversuch hinter sich hatten.²⁰⁸ Über 10 Prozent sterben durch Suizid.²⁰⁹ Insgesamt verkürzt die Schizophrenie die Lebensspanne um durchschnittlich 10 Jahre.

Besonders groß ist das Suizidrisiko während der akuten Erkrankungsepisoden und unmittelbar nach der Entlassung. Die hohe Suizidgefährdung ist auch einer der Hauptgründe für die vergleichsweise häufige zwangsweise Unterbringung dieser PatientInnengruppe in psychiatrischen Einrichtungen. Ansichten, dass schizophrene PatientInnen vermehrt aggressiv seien und ihre Umgebung gefährden, lassen sich nicht belegen. Vorurteile dieser Art behindern jedoch nicht selten die Integration schizophrener Erkrankter.

Schizophrene Psychosen gelten als kostenintensivste psychische Störung. Nach internationalen Schätzungen beanspruchen sie ca. 50 Prozent der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewendeten

²⁰⁸ RADOMSKY et al. (1999).

²⁰⁹ CALDWELL, GOTTESMAN (1990).

Mittel. Jedoch entfallen nur ca. 30 Prozent der durch Schizophrenie verursachten gesellschaftlichen Gesamtkosten auf die direkte medizinische und rehabilitativ-soziale Krankenversorgung. Den Rest machen die indirekten Kosten der Erkrankung (z. B. durch Ausgliederung Betroffener aus dem Erwerbsleben) aus.²¹⁰

Therapie

Primärprävention von Schizophrenie ist bisher nicht möglich. Es gibt jedoch wirksame therapeutische Mittel zur Behandlung der akuten Symptome und langfristigen Folgen. Die Vielfalt des klinischen Erscheinungsbildes sowie die Komplexität der Verläufe stellen hohe Anforderungen an Kompetenz und Engagement der behandelnden ÄrztInnen. Die besten Behandlungsergebnisse werden durch einen mehrdimensionalen Therapieansatz, d. h. eine Kombination von medikamentöser Therapie mit psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen erzielt. Auch die Rückfallquote lässt sich durch eine optimale Kombinationstherapie erheblich senken.

Psychopharmakotherapie

In der akuten Krankheitsphase steht die Therapie mit Psychopharmaka (Neuroleptika) im Vordergrund. Laut Studien senkt eine kontinuierliche Neuroleptikamedikation das Rückfallrisiko um etwa 50 Prozent. Bei der Behandlung mit Neuroleptika auftretende Nebenwirkungen (wie z. B. Unruhe, Krampfanfälle, Konzentrationsstörungen) wurden durch verbesserte Medikamente erheblich reduziert. Während die akuten Symptome relativ gut behandelbar sind, bleiben Möglichkeiten zur Beeinflussung der Behinderungssymptome gegenwärtig noch unbefriedigend.

Psychotherapie

Im psychotherapeutischen Bereich haben sich insbesondere psychologische Trainingsprogramme, welche die kognitive Leistungsfähigkeit und die soziale Kompetenz verbessern, sowie familientherapeutische Ansätze als erfolgreich erwiesen. Neben der „supportiven

Psychotherapie“, die die PatientInnen im Umgang mit der Erkrankung unterstützt, werden eine Reihe vor allem verhaltenstherapeutisch orientierter Familienprogramme, verschiedene Formen von Angehörigenarbeit sowie Trainingsprogramme zum Erwerb sozialer Fertigkeiten und zur Krisenbewältigung eingesetzt. Solche Maßnahmen tragen auch zur Verhinderung von Rückfällen bei.

Soziotherapie

In letzter Zeit hat die Soziotherapie bei der Behandlung von Schizophrenie an Einfluss gewonnen. Sie zielt vor allem darauf ab, vorhandene soziale Fähigkeiten der PatientInnen zu fördern und eine Verstärkung sozialer Defizite zu verhindern. Eingesetzt wird eine auf den Zustand der Betroffenen abgestimmte Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Je nach individuellen Fähigkeiten können die PatientInnen nach einem vollstationären Aufenthalt teilstationär behandelt werden, wie z. B. in Tageskliniken, oder sie haben die Möglichkeit bei größerer Selbständigkeit in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu leben.

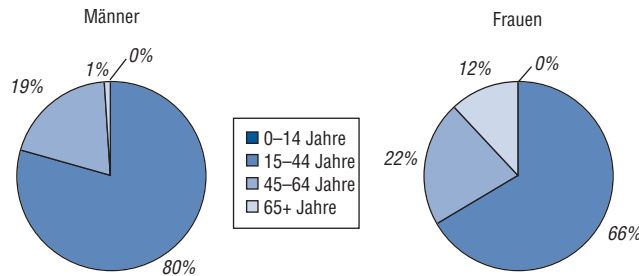
Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation

Auf Probleme bei der psychiatrischen Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten sei hier nur ansatzweise verwiesen. Die Diagnosestatistik der Krankenanstalten verzeichnete im Jahr 2002 in den Wiener Krankenanstalten insgesamt 13.963 stationäre Behandlungsfälle (Männer 8.126; Frauen 5.837) wegen schizophrener Psychosen. Aufgrund der Erfassung der PatientInnen bei der Entlassung sind die dauerhaft stationär betreuten LangzeitpatientInnen hier nicht berücksichtigt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt betrug 7,3 Tage (Männer 6,8 Tage; Frauen 7,9 Tage).

Während nahezu 80 Prozent der mit dieser Hauptdiagnose stationär behandelten Männer zwischen 15 und 44 Jahre waren, waren bei den Frauen lediglich zwei Drittel (66 Prozent) jüngerer Alters.

²¹⁰ Zitiert nach Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 217.

Grafik 5.19 Stationäre Aufenthalte aufgrund schizophrener Psychosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, <F20-F29>) in Wiener Krankenanstalten im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik; eigene Berechnungen.

Besonders bedeutsam ist die ambulante psychiatrische Versorgung (psychiatrisch ausgebildete Fachärzte/ Fachärztinnen, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.). Die rehabilitativen Maßnahmen erfordern ein großzügig angelegtes Netz psychosozialer Einrichtungen. Besonders bedeutsam für die Rehabilitation schizophrener Erkrankter sind wohnortnahe, komplementäre psychiatrische Einrichtungen, die für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit ein differenziertes, auf den Einzelfall zugeschnittenes Rehabilitationsprogramm ermöglichen. Wichtig sind multiprofessionelle Ansätze (unter Einbeziehung von PsychologInnen, Pflegepersonal, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, etc.) unter kompetenter ärztlicher Koordination. Schwierigkeiten bei der psychiatrischen und rehabilitativen Behandlung entstehen vor allem durch strukturelle und sozialrechtliche Defizite in der Versorgung.

5.3.4 Demenz

Definition, Erscheinungsformen

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, die durch Beeinträchtigung intellektueller Funktionen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechen- und Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsvermögen) und zunehmender Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen charakterisiert ist. Im Verlauf der Demenzerkrankung kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen (Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens, der Motivation) sowie zu Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Waschen, Hygiene, Ankleiden, Essen, etc.) bis hin zur vollständigen Immobilisation.

Zu unterscheiden ist zwischen primären und sekundären Demenzen. *Primäre Demenzen* sind durch eigenständige Gehirnerkrankungen, degenerativer oder vaskulärer Art, bedingt. Dazu zählen Morbus Alzheimer (AD), die senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT) und die vaskuläre Demenz. Bei den *sekundären Demenzen* liegt die Ursache außerhalb des Gehirns (wie z. B. akuter Sauerstoffmangel, Vergiftungen mit Alkohol oder Drogen, Mangelerscheinungen), führt aber in weiterer Folge zu Schädigungen des Gehirns.

Primäre Demenzen: Die *Alzheimer'sche Erkrankung* hat oft einen genetischen Hintergrund, die involvierten Mechanismen sind jedoch noch nicht zur Gänze geklärt. Die *vaskuläre Demenz* entsteht nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt oder nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz). Risikofaktoren der Multiinfarkt-Demenz sind Bluthochdruck, starkes Rauchen, Diabetes und Übergewicht – im Prinzip also dieselben Faktoren wie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Schlaganfälle).

Die Demenz vom Alzheimer Typ (deren Ursachen zur Zeit noch nicht genau feststehen) ist für ca. 60 Prozent aller Demenzerkrankungen verantwortlich; der Anteil der vaskulären Demenz, die mit Arteriosklerose in Zusammenhang steht, beträgt etwa 25 bis 30 Prozent. Auch Mischformen sind relativ häufig.

Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der beiden unterschiedlichen Klassifikationssysteme ICD-9 und ICD-10.

Tabelle 5.5: Organische Psychosen nach unterschiedlichen Klassifikationssystemen, ICD-9 vs. ICD-10

Organische Psychosen	
ICD-9	ICD-10
290 Senile und präsenile organische Psychosen	
290.0 einfache senile Demenz	F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz
290.1 präsenile Demenz Demenz bei: – Morbus Pick	F00.0 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit frühem Beginn (G30.1+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz F02.0 Demenz bei Pickkrankheit (G31.0+)
290.2 senile Demenz mit depressivem oder paranoidem Erscheinungsbild	F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) .13 andere Symptome, vorwiegend depressiv (G30.1+) .11 andere Symptome, vorwiegend wahnhaft (G30.1+) .12 andere Symptome, vorwiegend halluzinatorisch (G30.1+) F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+) .23 andere Symptome, vorwiegend depressiv (G30.8+) .21 andere Symptome, vorwiegend wahnhaft (G30.8+) .22 andere Symptome, vorwiegend halluzinatorisch (G30.8+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz
290.3 senile Demenz mit akutem Verwirrheitszustand	Verwenden Sie zwei Kodierungen: F05.1 Delir bei Demenz F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) oder F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+)
290.4 arteriosklerotische Demenz	F01.1 Multiinfarktdemenz F01.0 vaskuläre Demenz mit akutem Beginn F01.2 subkortikale vaskuläre Demenz F01.3 gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz F01.8 andere
290.8 andere	F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+) .24 andere gemischte Symptome (G30.8+) F01.8 andere vaskuläre Demenz F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern (Gxx.x+)
290.9 nicht näher bezeichnet	F03 nicht näher bezeichnete Demenz

Quelle: <<http://www.stlp.at/docs/ICD-9-nach-ICD-10.doc>>.

Verbreitung

Die Prävalenz der Demenzerkrankungen in Wien (und Österreich) kann zur Zeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. In einer umfassenden Bevölkerungsstudie in Finnland²¹¹ wurde die Prävalenz mäßiger und schwerer Demenz in der finnischen Bevölkerung ermittelt. Diese lag bei der Bevölkerung unter 65 Jahren bei 0,2 bis 0,3 Prozent, in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bei 4 Prozent, bei den 75- bis 84-Jährigen bei über 10 Prozent und in der Altersgruppe der über 85-Jährigen bei über 35 Prozent.

Die Studie liefert Hinweise darauf, dass Demenz unter Personen mit niedriger Bildung verbreiteter ist als unter Personen mit höherem Bildungsniveau. Einschätzungen dieser Art können jedoch durch die Tatsache beeinflusst sein, dass Personen mit höherer Bildung die Krankheit besser bewältigen bzw. mit der Erkrankung besser umgehen können. Andere Studien rechnen für den Europäischen Raum mit 4 Prozent Demenzkranken bei den 70- bis 74-Jährigen, ansteigend auf 13 Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 35 Prozent bei den 95-Jährigen und Älteren.²¹²

²¹¹ Mini-Finland Health-survey (1978–1990), zitiert nach AROMAA et al. (1999), S. 137.

²¹² HOFMANN et al. (1991).

Geschätzte Entwicklung von Demenzerkrankungen

Da Demenzerkrankungen im Alter zunehmen, ist aufgrund der steigenden Zahl betagter und hochbetagter Menschen in Zukunft mit einem Ansteigen demenzieller Erkrankungen zu rechnen. In den OECD-Ländern wird von einer Zunahme von 6,14 Millionen Demenzerkrankten zur Jahrtausendwende auf 12,3 Millionen im Jahr 2050 gerechnet.²¹³

HADINGER et al. (1992) haben, ausgehend von den Ergebnissen internationaler Studien, die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich bis 2050 berechnet. Die Prävalenz wird für das Jahr 2010 bei den über 64-Jährigen auf 1.267 Fälle, bei den über 84-Jährigen auf 501 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung geschätzt. Im Jahr 2050 wird sie bei den über 64-Jährigen schon bei 2.509 und bei den über 84-Jährigen bei 1.227 Fällen pro 100.000 der Gesamtbevölkerung liegen. Die Prävalenz der senilen Demenz vom Alzheimer Typ und der Alzheimer Demenz wird nach den Berechnungen von HADINGER et al. im Jahr 2010 bei den über 64-Jährigen auf 760 Fälle, bei den über 84-Jährigen auf 301 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung geschätzt. Im Jahr 2050 wird sie bei den über 64-Jährigen bereits auf 1.505 Fälle und bei den über 84-Jährigen auf 736 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung ansteigen.²¹⁴

Laut neueren Berechnungen (WANCATA, 2002), basierend auf den aktuellen Schätzungen über die künftige Bevölkerungsentwicklung und Meta-Analysen bzw. gepoolten Re-Analysen von Einzelstudien aus Europa oder anderen westlichen Industrieländern über die Epidemiologie von Demenzerkrankungen, wird die Zahl der Demenzerkrankten in Österreich in den nächsten 50 Jahren um mehr als das Zweieinhalbfache steigen, und zwar von 90.500 Erkrankten im Jahr 2000 auf 233.800 im Jahr 2050. Für die Alzheimer Demenz wird ein Anstieg von 57.100 Fällen im Jahr 2000 auf 151.400 Fälle im Jahr 2050 prognostiziert. Die Zahl der an der vaskulären Demenz Erkrankten wird von 15.700 Betroffenen im Jahr 2000 auf 40.200 Erkrankte im Jahr 2050 steigen.

Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch auf

²¹³ WETTSTEIN (1991).

²¹⁴ HADINGER et al. (1992), zitiert nach Stadt Wien (1999), S. 216.

²¹⁵ WANCATA (2002), S. 53.

die bereits gegenwärtig in der Altenbevölkerung stark verbreiteten leichten kognitiven Einschränkungen (*Mild Cognitive Impairment*), die zwar nicht die diagnostischen Kriterien für Demenzerkrankungen erfüllen, aber zu Behinderungen bei komplexen Alltagsanforderungen führen.²¹⁵

Stationäre Aufenthalte

Die zunehmende Bedeutung der Altersdemenz im letzten Jahrzehnt wird unter anderem aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik deutlich. Im Jahr 2000 waren 1,1 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens und 0,7 Prozent jener Österreichs auf Altersdemenz zurückzuführen. Insgesamt wurden für Wien 5.229 stationäre Aufenthalte (Männer 1.437, Frauen 3.795), für das gesamte Bundesgebiet 16.561 Aufenthalte (Männer 5.453, Frauen 11.108) mit der Hauptdiagnose Altersdemenz registriert. Das entspricht in Wien einer rohen Rate von 187,7 stationären Aufenthalten pro 100.000 bei den Männern und 449,4 pro 100.000 bei den Frauen. Österreichweit war die rohe Rate mit 138,4 bei den Männern und 266,4 bei den Frauen niedriger als in Wien. Auch altersstandardisiert sind in Wien stationäre Aufenthalte aufgrund von Altersdemenz häufiger als im gesamten Bundesgebiet.

Während die rohe Rate der stationären Aufenthalte aufgrund von Altersdemenz bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern, besteht im altersstrukturbereinigten Vergleich kaum mehr ein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dies lässt darauf schließen, dass zwar auch in Zukunft mehr Frauen als Männer aufgrund von Altersdemenz stationär aufgenommen werden müssen, dass sich das Problem aber mit zunehmender Lebenserwartung auch bei den Männern verschärfen wird.

Prävention

Das Alter ist einer der wenigen bekannten Risikofaktoren für die *Alzheimer'sche Erkrankung*. Mit Ausnahme von Gehirnverletzungen sind ihre Ursachen kaum zu verhindern. Die Symptome der Krankheit können jedoch gelindert werden durch medikamentöse Therapie und verschiedene Formen der Beschäftigungstherapie

bzw. des Umgangs mit den PatientInnen. Es scheint unwahrscheinlich, dass in absehbarer Zukunft die Risikofaktoren reduziert werden können oder eine Heilung der Krankheit herbeigeführt werden kann. Daher ist auch keine signifikante Änderung in den Inzidenz-Raten der Alzheimer'schen Erkrankung und verwandter Demenzformen zu erwarten.

Die Risikofaktoren für die *vaskuläre Demenz* sind die gleichen wie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Schlaganfälle (Bluthochdruck, starkes Rauchen, Diabetes, Übergewicht). Das Auftreten dieser Risikofaktoren ließe sich durchaus beeinflussen. Es wird vermutet, dass die Inzidenz der vaskulären Demenz aufgrund präventiver Maßnahmen seit einiger Zeit gesunken ist. Dieser grundsätzlich positive Trend kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zahl der PatientInnen aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiter steigen wird.

Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen

Um das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuschieben, sind eine frühe Diagnose sowie eine früh einsetzende Therapie (Medikamente, Gedächtnistraining, etc.) von großer Bedeutung. Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel Gedächtnisambulanzen bieten wichtige Hilfestellungen in den Bereichen Diagnose, Beratung, Therapie und Behandlung von Demenzerkrankungen. Konzentration und Gedächtnis lassen sich auch im Alter trainieren. Gedächtnistrainingskurse für ältere Menschen sind zum Teil bereits Standardprogramm in den Heimen und den Institutionen der Erwachsenenbildung. Bisherige Studien konnten klar belegen, dass durch Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen wirksame Abhilfe geleistet und Abbauprozessen vorgebeugt werden kann.²¹⁶ Als besonders vorteilhaft erwies sich die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining. Auch in diesem Bereich ist Aufklärung wichtig.

Bedarf an institutioneller Hilfe

²¹⁶ OSWALD & RÖDEL (1995).

²¹⁷ WIEGELE et al. (1999).

Da die Zahl der Demenzkranken mit dem Anwachsen der älteren Bevölkerung beachtlich steigen wird, wird auch der Bedarf an institutioneller Hilfe für DemenzpatientInnen steigen. Früher ging man von einer Dauer der Alzheimer'schen Erkrankung von etwa 7 bis 8 Jahren, der vaskulären Demenz von etwa 5 bis 6 Jahren aus. Mit der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit von DemenzpatientInnen und aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist heute zu erwarten, dass die Alzheimer Demenz im Durchschnitt etwa 10 Jahre und die vaskuläre Demenz etwa 8 Jahre dauert.

Bei Demenz lässt sich (vor allem im fortgeschrittenen Stadium) eine Heimunterbringung kaum vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine Demenzerkrankung auftritt, müssen meist bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Die Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung ambulanter Dienste wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Beratungsangebote) kann helfen, dass DemenzpatientInnen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können. Entlastend für die Pflegenden sind kurzfristige Betreuungsmöglichkeiten (z. B. Kurzzeitpflege, Urlaubspflege, Tagesbetreuung). Eine zeitweise Entlastung kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Qualifizierung des Personals im Umgang mit DemenzpatientInnen

Vielversprechend in der Betreuung von Demenzkranken ist der Einsatz von Validation – ein Ansatz, der von Naomi FEIL in den USA entwickelt wurde. Validation ist einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit, andererseits eine konkrete Umgangsform mit Verwirrten und Demenzkranken. Validation zielt vor allem darauf ab, die hinter dem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle zu verstehen, wodurch es leichter gelingt, das Verhalten der Verwirrten, ihre Erlebens- und Sichtweise zu akzeptieren. Evaluationsergebnisse zeigen, dass Validation nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die BetreuerInnen Entlastung bringt.²¹⁷

Beratung pflegender Angehöriger

Ein Problem ist nicht nur der hohe Pflegebedarf von Dementen, der mit dem Fortschreiten der Krankheit deutlich steigt. Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Helfen können hier Aufklärung und Beratung pflegender Angehöriger. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.3.5 Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet.²¹⁸ Von PatientInnen, welche Alkohol- und Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen, haben zwischen 30 Prozent und 90 Prozent eine „duale Störung“.²¹⁹ Alkoholbedingte psychische

Störungen finden sich auch häufig (12 bis 50 Prozent) bei Personen mit Schizophrenie.

Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen, d. h. somatische Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.²²⁰ Krankheiten wie HIV, AIDS, Diabetes oder Krebs können zum Auftreten von Depressionen beitragen oder eine bereits bestehende Depression verstärken.²²¹

Eine repräsentative Studie in den USA kam zu dem Ergebnis, dass 79 Prozent aller psychisch Kranken von Komorbidität betroffen waren. Lediglich bei 21 Prozent der PatientInnen war außer einer einzelnen psychischen Störung keine andere Krankheit festzustellen.²²² Die Komorbidität hat bedeutende Implikationen für die Identifikation, Behandlung und Rehabilitation Betroffener. Komorbidität erhöht den Leidensdruck der Betroffenen und ist meist auch für die Angehörigen sehr belastend.

²¹⁸ ZIMMERMAN et al. (2000).

²¹⁹ GOSSOP et al. (1998), RASHLIESEL et al. (1999).

²²⁰ DGPPN (1997), S. 5 f.

²²¹ GEERLINGS et al. (2000).

²²² KESSLER et al. (1994).

**VI.
GESUNDHEIT VON FRAUEN
UND MÄNNERN**

***THE HEALTH SITUATION
OF WOMEN AND MEN***

INHALT

6	GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN	243
6.1	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BEFUNDE ZU MORBIDITÄT UND MORTALITÄT	244
6.2	ERKLÄRUNGSANSÄTZE	246

6 GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

Zusammenfassung

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Morbidität und Mortalität zeigt sich in den westlichen Industrieländern ein Paradox: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung, sind aber gleichzeitig unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand und weisen mehr chronische, psychische und psychosomatische Krankheiten bzw. Störungen auf.

Die niedrigere Lebenserwartung der Männer wird vor allem durch die Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung vor dem 65. Lebensjahr verursacht, welche wiederum großteils auf verhaltensbedingte Todesursachen zurückzuführen ist (Unfälle, Herzinfarkt, Leberzirrhose, Lungenkrebs, etc.).

Allgemein werden die angesprochenen geschlechtsspezifischen Unterschiede mittels folgender Faktoren erklärt: biologisch-genetische Faktoren, Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten, methodische Artefakte, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sowie erworbene Risiken (dazu zählen Arbeits- und Lebensbedingungen sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen). Aber auch das durchschnittlich höhere Lebensalter von Frauen (bzw. die vermehrt im hohen Alter auftretenden chronischen Krankheiten) zählen zu bestimmenden Faktoren bei den genannten geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Summary: The Health Situation of Women and Men

In the western industrialised countries a paradox can be perceived concerning the gender-specific differences in morbidity and mortality: women have a higher life expectancy, but at the same time they feel less content with their state of health and have more chronic, mental, and psychosomatic disorders or diseases.

The lower life expectancy for men is mainly due to the higher mortality rate of the male population before the age of 65, which is primarily due to lifestyle-dependent causes of death (accidents, cardiac infarctions, cirrhosis of the liver, lung cancer, etc.).

In general these gender-specific differences can be traced back to the following factors: biological-genetic factors, symptom perception and illness behaviour, methodological artefacts, experiences with the public health system, and acquired risks (working and living environment, health relevant behaviour). The higher average life expectancy for women (and the higher frequency of chronic diseases in old age), however, are also an important factor in these gender-specific differences.

Zahlreiche Studien haben die großen geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit nachgewiesen. Kaum ein anderer Faktor eignet sich gleichermaßen zur einfachen Differenzierung des Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens. Dabei tritt in den westlichen Industrieländern ein **Paradox** auf: Frauen leben zwar länger als Männer, gleichzeitig sind sie aber unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand und leiden häufiger unter psychischen Störungen und psychosomatischen Beschwerden. Epi-

demologische Studien zeigen, dass die Prävalenz von nicht bedrohlichen akuten sowie chronischen Krankheiten bei Frauen höher ist, während Männer häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind. Die Befunde zu Morbidität und Mortalität werden ergänzt durch geschlechtsspezifisches Risiko-, Vorsorge- und Krankheitsverhalten und durch eine geschlechtsspezifische Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Prozesse.²²³

²²³ Vgl. KOLIP, P. (1998).

In der Folge werden wichtige Wiener Gesundheitsdaten unter geschlechtsspezifischen Aspekten kurz beschrieben, um die jeweils spezifischen Gesundheitsprobleme

von Frauen und Männern aufzuzeigen. Anschließend werden jene Faktoren dargestellt, die zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede herangezogen werden können.

6.1 Geschlechtsspezifische Befunde zu Morbidity und Mortalität

Lebenserwartung

Einer der markantesten Unterschiede im Kontext von Gesundheit und Krankheit ist die um etwa fünf Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen in Wien. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt derzeit (2002) für weibliche Neugeborene bei 80,8, für männliche Neugeborene bei 74,9 Jahren.²²⁴

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede verringern sich jedoch, wenn die Lebenserwartung in sehr guter bzw. guter Gesundheit betrachtet wird: Sie betrug im Jahr 1999 in Wien für ein weibliches Neugeborenes 59, für ein männliches 57 Jahre. Zugespielt formuliert bedeutet dies, dass Frauen zwar länger leben, dabei aber mehr leiden bzw. länger krank sind.²²⁵

Mortalität

Die geringere Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung ist einerseits auf die höhere **Säuglingssterblichkeit** bei männlichen Neugeborenen zurückzuführen (2001: 7,6 Promille bei männlichen gegenüber 5,0 Promille bei weiblichen Neugeborenen), zum anderen auf den größeren Anteil der Männer an den **vorzeitigen Sterbefällen** (vor dem 65. Lebensjahr). So waren im Jahr 2001 in Wien 31 Prozent der verstorbenen Männer jünger als 65 Jahre, aber nur 13 Prozent der Frauen.²²⁶

Im Erwachsenenalter bestimmen vier Todesursachen das vorzeitige Mortalitätsgeschehen: bösartige Neubildungen (Kreislauferkrankungen), Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten der Verdauungsorgane. Mit Ausnahme der bösartigen Neubildungen in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre liegt das Sterblichkeitsrisiko für unter 65-jährige Männer bei allen angeführten Todesursachen deutlich über jenem der gleichaltrigen Frauen.

Folgende Krankheiten tragen in Wien (Auswertungen für 2002) zur **Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr** bei:²²⁷

- akuter Myokardinfarkt: +203 Prozent
- Diabetes mellitus: +81 Prozent
- Drogenabhängigkeit, Toxikomanie: +167 Prozent
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (v. a. Rauchen): +62 Prozent
- bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (v. a. Rauchen): +132 Prozent
- chronische Leberkrankheit und -zirrhose (v. a. Alkohol): +130 Prozent
- Unfälle: +182 Prozent
- Suizid: +171 Prozent

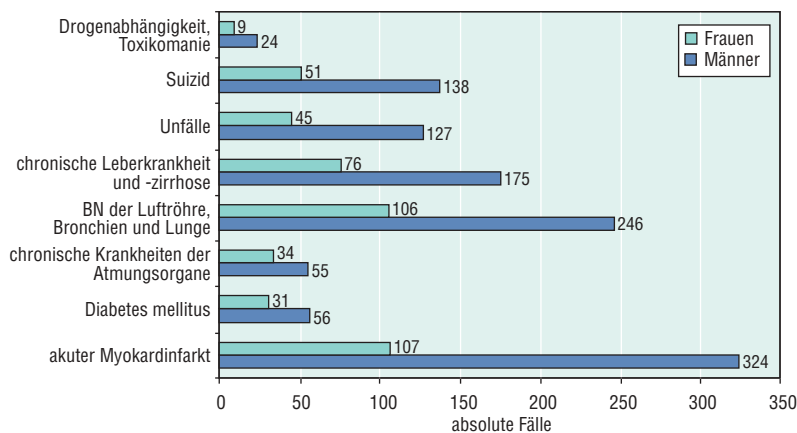
Die Analyse der Todesursachenstatistik liefert Hinweise darauf, dass die Frühsterblichkeit vor allem durch solche Krankheiten erklärt werden kann, die durch einen starken Verhaltensaspekt beeinflusst sind, während biologische Faktoren eine vergleichsweise geringe Rolle spielen.

²²⁴ Vgl. Abschnitt – Lebenserwartung und Mortalität.

²²⁵ Vgl. Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

²²⁶ Vgl. Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

²²⁷ Stadt Wien (2003), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien.

Grafik 6.1: Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen, Wien 2002

Quelle: MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Morbidität

Laut Mikrozensus 1999 ist in Wien die **subjektive Einschätzung der Gesundheit** bei Frauen geringfügig negativer als bei Männern. Dies zeigt sich nicht nur insgesamt, sondern auch in den einzelnen Altersgruppen.

Im Rahmen der Mikrozensushebung 1999 gaben Frauen zudem mehr **Beschwerden** an als Männer: durchschnittlich 1,8 Beschwerden bei Frauen stehen durchschnittlich 1,4 Beschwerden bei Männern gegenüber. Zudem haben Frauen nicht nur häufiger Beschwerden, sie geben auch vermehrt bestimmte Beschwerden an. Abgesehen von Herz- und Zahnbeschwerden treten alle Arten von Beschwerden bei Frauen häufiger auf, wobei vor allem psychische Aspekte im Vordergrund stehen. So leiden Frauen deutlich häufiger als Männer unter Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Schwäche bzw. Müdigkeit, Nervosität, Kreislaufstörungen und Kopfschmerzen.

Wiener Frauen leiden eigenen Angaben zufolge auch etwas öfter an **chronischen Krankheiten** als Wiener Männer (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Dazu sind sie auch zahlenmäßig von mehr chronischen Krankheiten betroffen als Männer: Einem Durchschnittswert von 0,41 Krankheiten bei Männern steht ein durchschnittlicher Wert von 0,55 bei Frauen gegenüber. Bei den 45- bis 59-Jährigen liegt die Betroffenheit

der Frauen (41 Prozent) klar über jener der Männer (36 Prozent), in allen anderen Altersgruppen ist sie aber relativ ausgeglichen. Insbesondere sind Frauen häufiger als Männer von niedrigem Blutdruck, verschiedenen Herzkrankheiten, Venenentzündung, Augenkrankheiten, Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten, chronischer Bronchitis, Gallenblasenentzündung, Hautallergien, Schäden an der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke, Rheumatismus und Nervenentzündungen betroffen. Männer leiden hingegen öfter an Asthma und sonstigen Hautkrankheiten. Bei den restlichen chronischen Erkrankungen ergeben sich keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Zudem sind Männer in Wien häufiger übergewichtig als Frauen.

Zumindest in der erwerbstätigen Bevölkerung spiegelt sich der subjektiv schlechtere Gesundheitszustand von Frauen nicht in der Arbeitsunfähigkeit wider: Frauen weisen mit 11,4 Tagen eine geringere **Krankenstandsdauer** auf als Männer (12,3 Tage). Hinsichtlich der **Krankenstandsfälle** lässt sich bei Frauen eine leichte Überrepräsentanz bei urogenitalen Erkrankungen, bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei den Krankheiten des Nervensystems erkennen. Männer weisen hingegen einen doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Geringfügig erhöht ist zudem der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.²²⁸

²²⁸ Vgl. Kapitel 4.7 – Krankenstände.

6.2 Erklärungsansätze

Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede treten in gleicher Deutlichkeit auch in anderen entwickelten Ländern auf. VERBRUGGE hat die verschiedenen Erklärungsansätze systematisiert.²²⁹ Grundsätzlich beziehen sich diese auf eine Differenzierung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht. Während das biologische Geschlecht (engl.: *sex*) aufgrund des Chromosomensatzes zum Zeitpunkt der Befruchtung festgelegt ist, bezieht sich das soziale Geschlecht (engl.: *gender*) auf differentielle Geschlechtsrollen und geschlechtsspezifische Handlungsanforderungen.

Zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität können fünf zentrale Faktoren herangezogen werden: biologisch-genetische Faktoren, Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten, methodische Artefakte, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sowie erworbene Risiken. Diese werden in der Folge kurz dargestellt.

Biologisch genetische Faktoren

Biologische Erklärungsansätze stützen sich auf die unterschiedliche hormonelle und immunologische Ausstattung von Frauen und Männern. So werden die höhere Sterblichkeit männlicher Neugeborener und die größere Anfälligkeit von Knaben für Infektionskrankheiten auf genetische Unterschiede zurückgeführt. Auch macht das Vorhandensein nur eines X-Chromosoms Knaben anfälliger für auf dem X-Chromosom rezessiv vererbte Krankheiten (z. B. die Bluterkrankheit). Es wird zudem vermutet, dass Genabschnitte auf dem X-Chromosom die Produktion des Immunglobulins IgM steuern. In jüngster Zeit konnte auch eine chromosomengebundene Krebsanfälligkeit nachgewiesen werden. So wurde ein Genabschnitt identifiziert, der die Entstehung einer bestimmten Form des weiblichen Brustkrebses begünstigt. Weiters bieten die weiblichen Sexualhormone einen Schutz vor koronaren Herzkrankheiten.

Biologische Erklärungsansätze scheinen vor allem zur männlichen Übersterblichkeit in den ersten Lebensjahren beizutragen. In späteren Lebensabschnitten gewinnen lebensstilbedingte Faktoren und psychologische Einflussfaktoren an Bedeutung.

Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten

Frauen und Männer unterscheiden sich deutlich in ihrer Bereitschaft, über Beschwerden Auskunft zu geben. Frauen reden mit anderen eher über körperliche und psychosomatische Symptome – dies gilt sowohl für ihr Gespräch mit FreundInnen und Verwandten als auch für ihr Gespräch mit ÄrztInnen. Die geringere Bereitschaft von Männern, über Beschwerden zu sprechen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird mit der Unvereinbarkeit von Krankenrolle und männlichem Selbstbild erklärt. Diese Geschlechterdifferenz wird sowohl in Befragungen als auch in der Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfe deutlich.

Ungeklärt ist bisher, ob Frauen und Männer sich bereits in der Wahrnehmung von Beschwerden unterscheiden (im Sinne einer höheren Toleranzschwelle bei Schmerzen und körperlichem Unbehagen bei Männern) oder ob sich die Geschlechter lediglich in ihrer Bereitschaft, über Beschwerden Auskunft zu geben, unterscheiden.

Methodische Artefakte

In Ländern, in welchen Aussagen über die gesundheitliche Lage auf der Basis von Befragungen getroffen werden, müssen methodische Artefakte berücksichtigt werden. Da die Befragungen in der Regel in Haushalten erhoben werden und Frauen eine geringere Erwerbsrate aufweisen als Männer, ist es wahrscheinlicher, dass die befragte Person eine Frau ist. Frauen berichten jedoch anders über Beschwerden (sowohl ihre eigenen als auch jene der Haushaltsmitglieder) als Männer.

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Das medizinische Versorgungssystem reagiert unterschiedlich auf Krankheiten bzw. Beschwerden von Frauen und Männern. So konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer bei Myokardinfarkten unterschiedlich behandelt werden. Trotz gleicher oder schwerer Symptomatik werden Frauen häufig weniger aufwendig diagnostiziert und therapiert als Männer.

²²⁹ VERBRUGGE, L. M. (1998).

Ebenso fällt auf, dass Frauen zwar häufiger angeben an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu leiden als Männer (und zwar bei allen einzelnen im Mikrozensus erhobenen Erkrankungsformen²³⁰ sowie anderen österreich-bezogenen Befragungen²³¹), doch gibt es eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnose, Einweisungspraxis in ein Spital sowie Therapie.^{232 233}

Auch bestehen Geschlechtsstereotypen in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Interaktion: Während bei weiblichen Patienten psychosomatische Aspekte explizit in die Diagnostik einfließen, werden von männlichen Patienten geäußerte Beschwerden überwiegend in rein somatischen Kategorien erfasst. Dies zeigt sich bereits im Jugendalter. Pubertierende Mädchen bekommen Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel bedeutend häufiger verschrieben als gleichaltrige Burschen. Vergleichbare Beschwerden bei jungen Männern werden Wachstumsschüben zugeschrieben; ihnen wird der Rat erteilt, mehr Sport zu betreiben und viel Gemüse zu essen.²³⁴

Erworbene Risiken

Frauen und Männer unterscheiden sich sowohl in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten als auch in ihren Arbeits- und Lebensbedingungen.

Arbeits- und Lebensbedingungen

Frauen und Männer sehen sich – solange ihnen vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung unterschiedliche soziale Handlungsfelder zugewiesen werden – unterschiedlichen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen sie auch über unterschiedliche Ressourcen. Erst in den letzten Jahren wurde versucht, diese geschlechtsspezifischen Belastungen bei der Bildung von Risikogruppen zu berücksichtigen. So befassen sich Forschungsprojekte mit der gesundheitlichen Lage etwa von Frauen aus unteren sozialen Schichten, von älteren Frauen mit einem pflegebedürftigen Partner oder von allein erziehenden Müttern.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Individuellen und kollektiven gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen kommt als Verursachungsfaktor für Krankheit ein großes Gewicht zu. Die *Centers for Disease Control* (CDC) schätzen den Beitrag des individuellen Verhaltens bei den zehn bedeutendsten Todesursachen auf etwa 50 Prozent. Zahlreiche Geschlechtsunterschiede lassen sich auf diesen Faktor zurückführen, denn Männer und Frauen unterscheiden sich im Ernährungs- und Bewegungsverhalten, in der Exposition zu Risiken in der Freizeit- und Arbeitswelt, in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie im stressbezogenen Verhalten.

Die beiden wichtigsten Faktoren für Geschlechtsunterschiede bei den vorzeitigen Todesfällen sind der Tabak- und Alkoholkonsum. Sowohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch einige Krebserkrankungen (z. B. Lungenkrebs, Krebserkrankungen der Mundhöhle und andere Krebserkrankungen) stehen in engem Zusammenhang mit dem regelmäßigen Konsum von Zigaretten und anderen Tabakprodukten. Nach RETHERFORD sind bis zu 75 Prozent der Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit auf Unterschiede im Tabakkonsum zurückzuführen. Auch ist der übermäßige Konsum von Alkohol ein wesentlicher Faktor, der zu vorzeitigen Todesfällen beiträgt. Sowohl die höhere Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung an chronischen Lebererkrankungen als auch an Unfällen ist in erster Linie durch geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum bedingt.²³⁵

Als Grund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten werden in der Literatur unterschiedliche Sozialisationsbedingungen und -ziele genannt. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Individuen sich als Männer und Frauen in der sozialen Welt bewegen und geschlechtstypisches Gesundheitsverhalten auch dazu dient, Männlichkeit und Weiblichkeit darzustellen.

²³⁰ Statistik Austria (2002a).

²³¹ Ludwig Boltzmann-Institut (1995), S. 29.

²³² HOCHLEITNER (1999), S. 50–53.

²³³ Siehe dazu auch den aktuellen Frauengesundheitsbericht des Landes Steiermark (2004).

²³⁴ KOLIP, P. (1998).

²³⁵ Vgl. KOLIP, P. (1998).

In diesem Kapitel werden die nach Geschlecht verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Wien nicht gesondert dargestellt, da diese weiter unten im Kapitel „Gesundheitsverhalten“ beschrieben werden. Auch kann auf den Bericht „Lebensstile in Wien“²³⁶ verwiesen werden, der sich mit dieser Problematik ausführlich auseinandersetzt.

Demographische Faktoren

Nicht zuletzt muss aber auch das durchschnittlich höhere Lebensalter von Frauen (bzw. die vermehrt im hohen Alter auftretenden chronischen Krankheiten) in die Betrachtung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Unterschiede miteinbezogen werden. In diesem Zusammenhang sei auf die bereits publizierten ausführlichen Berichte zu Lebenserwartung und Mortalität²³⁷ sowie zu chronischen Krankheiten²³⁸ verwiesen.

²³⁶ Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien.

²³⁷ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

²³⁸ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

**VII.
KINDER UND JUGEND-
LICHE**

***CHILDREN AND YOUNG
PEOPLE***

INHALT

7 KINDER UND JUGENDLICHE	251
7.1 GEBURTENSTATISTIK	251
7.2 HALTUNGSSTÖRUNGEN	258
7.3 ZAHNGESUNDHEIT	261
7.4 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	264
7.4.1 Übergewicht und Adipositas messen und interpretieren	265
7.4.2 Adipositas-Prävalenzen in Wien und Österreich	266
7.4.3 Übergewicht, Schicht und Lebensstile in Österreich	269
7.4.4 Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	272
7.5 GESUNDHEITSVERHALTEN VON SCHULKINDERN: RESULTATE DER HBSC-STUDIE FÜR WIEN	274
7.5.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit	275
7.5.2 Einfluss von Familie und Schule	276
7.5.3 Ernährungsverhalten	278
7.5.4 Rauchgewohnheiten	279
7.5.5 Alkoholkonsum	281
7.5.6 Körperliche Aktivität	281
7.6 STELLUNGSUNTERSUCHUNGEN 2002	284

7 KINDER UND JUGENDLICHE

7.1 Geburtenstatistik

Zusammenfassung

91,8 Prozent der 2002 lebend geborenen Säuglinge in Wien hatten ein normales Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm. 7,1 Prozent der Säuglinge wogen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeburten). 1,3 Prozent der Säuglinge wogen bei der Geburt unter 1.500 Gramm und waren dadurch besonderen Risiken ausgesetzt.

Von 1.000 lebend geborenen Säuglingen verstarben 2002 im ersten Lebensjahr 5,7 Kinder. Die Mortalitätsrate betrug also 5,7 Promille. Dieser Wert lag in etwa im Schnitt der vorangegangenen Jahre. Unreife bzw. Frühgeburt, angeborene Fehlbildungen und plötzlicher Kindstod stellten die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen dar.

Summary: Birth Statistics

91.8 percent of all live births in Vienna in 2002 had a normal birth weight, i.e. between 2,500 and 4,500 grams. 7.1% of all infants weighed less than 2,500 grams (premature infants). 1.3% of all neonates had a birth weight of less than 1,500 grams and were therefore especially at risk.

5.7 in 1,000 live births died during their first year of life in 2002. This mortality rate of 5.7 per 1,000 was near the average of the previous years. The most frequent causes of death in infants were immaturity and premature birth, congenital malformations, and cot death.

Geburtsgewicht

91,8 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien hatten 2002 ein normales Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm. 7,1 Prozent der Säuglinge wogen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeburten). 1,3 Pro-

zent der Säuglinge wiegen bei der Geburt unter 1.500 Gramm und sind besonderen Risiken ausgesetzt. 1,1 Prozent der lebend geborenen Kinder erreichen ein Geburtsgewicht von über 4,5 Kilogramm. Generell weisen Mädchen im Schnitt ein etwas geringeres Geburtsgewicht auf als Knaben.

Tabelle 7.1: Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 2002

Geburtsgewicht in Gramm	Lebendgeborene					
	männlich		weiblich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
unter 500	5	0,1	5	0,1	10	0,1
500 bis unter 600	9	0,1	11	0,1	20	0,1
600 bis unter 700	8	0,1	12	0,1	20	0,1
700 bis unter 800	10	0,1	6	0,1	16	0,1
800 bis unter 900	11	0,1	9	0,1	20	0,1
900 bis unter 1.000	13	0,2	7	0,1	20	0,1
1.000 bis unter 1.200	19	0,2	20	0,2	39	0,2
1.200 bis unter 1.500	27	0,3	36	0,4	63	0,4
1.500 bis unter 2.000	115	1,4	125	1,5	240	1,5
2.000 bis unter 2.500	314	3,8	400	4,9	714	4,3
2.500 bis unter 3.000	1.161	14,0	1.651	20,3	2.812	17,1
3.000 bis unter 3.500	3.026	36,4	3.314	40,8	6.340	38,6
3.500 bis unter 4.000	2.625	31,6	2.003	24,7	4.628	28,2
4.000 bis unter 4.500	833	10,0	470	5,8	1.303	7,9
4.500 bis unter 5.000	126	1,5	46	0,6	172	1,0
5.000 und mehr	9	0,1	2	0,0	11	0,1
unter 1.000	56	0,7	50	0,6	106	0,6
unter 1.500	102	1,2	106	1,3	208	1,3
unter 2.500	531	6,4	631	7,8	1.162	7,1
2.500 und mehr	7.780	93,6	7.486	92,2	15.266	92,9
insgesamt	8.311	100,0	8.117	100,0	16.428	100,0

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

Geburtsgewicht und Dauer der Schwangerschaft sind die wichtigsten Faktoren für die Sterblichkeit im ersten Monat nach der Geburt. Später spielen äußere Einflüsse wie Infektionskrankheiten und Unfälle die größ-

te Rolle für die Sterblichkeit von Säuglingen. Auf 1.000 geborene Kinder in Wien kamen 2002 5,7 Totgeborene und 994,3 Lebendgeborene. In Relation dazu hatten von 1.000 Kindern im Schnitt 71 ein Geburtsgewicht von unter 2.500 g und waren damit einer erhöhten Sterblichkeitsgefahr im ersten Lebensmonat ausgesetzt.

Tabelle 7.2: Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002

Geborene	Geschlecht				insgesamt	
	männlich		weiblich			
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene*	50	6,0	44	5,4	94	5,7
Lebendgeborene*	8.311	994,0	8.117	994,6	16.428	994,3
davon:						
unter 2.500g (Frühgeborene)**	531	6,4	631	7,8	1.162	7,1
2.500 g und mehr (Reifgeborene)**	7.780	93,6	7.486	92,2	15.266	92,9
Geborene	Legitimität				insgesamt	
	ehelich		unehelich			
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene*	69	5,9	25	5,2	94	5,7
Lebendgeborene*	11.690	994,1	4.738	994,8	16.428	994,3
davon:						
unter 2.500g (Frühgeborene)**	750	6,4	412	8,7	1162	7,1
2.500 g und mehr (Reifgeborene)**	10.940	93,6	4.326	91,3	15.266	92,9

* Relativ = in Promille.

** Relativ = in Prozent.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Unter den 94 totgeborenen Säuglingen im Jahr 2002 befanden sich 70 Kinder, die ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm aufwiesen. Über die Hälfte dieser Säuglinge verstarb in der ersten Lebenswoche. Relativ betrachtet bedeutet dies, dass auf 1.000 Frühgeborene 60,2 Todesfälle kamen. 24 Kinder verstarben im ersten Lebensjahr, obwohl sie ein Geburtsgewicht von über

2.500 Gramm auf die Waage brachten. Gesundheitliche Vorfälle nach dem ersten Lebensmonat hatten für diese Gruppe eine vergleichsweise größere Bedeutung. Relativ betrachtet ergibt sich daraus für die Gruppe der Reifgeborenen ein Verhältnis von 1,6 Todesfällen auf 1.000 Kinder.

Tabelle 7.3: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Reifegrad				insgesamt	
	Frühgeborene (unter 2.500 g)		Reifgeborene (über 2.500 g)		absolut	auf 1.000*
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000*		
unter 7 Tage	37	31,8	5	0,3	42	2,6
7 – unter 28 Tage	16	13,8	5	0,3	21	1,3
28 Tage – unter 1 Jahr	17	14,6	14	0,9	31	1,9
insgesamt	70	60,2	24	1,6	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Gewichts.

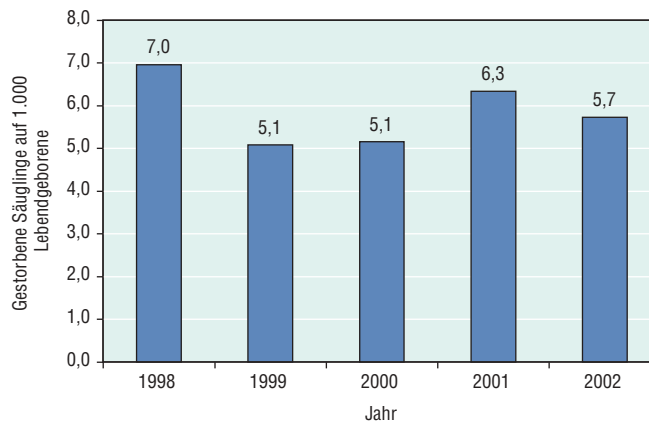
Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Todesursachen bei Säuglingen

Von 1.000 lebend geborenen Kindern verstarben 2002 im ersten Lebensjahr 5,7 Kinder. Die Mortalitätsrate betrug also 5,7 Promille. Dieser Wert lag in etwa im Schnitt der vorangegangenen Jahre. Die relativ hohen Werte der Jahre 1998 (Mortalitätsrate: 7,0) und 2001 (Mortalitätsrate: 6,3) konnten damit deutlich unterschritten werden. Die vergleichsweise niedrigen Werte von 1999 und 2000 (Mortalitätsrate jeweils 5,1) konn-

ten jedoch nicht erreicht werden, wie die folgende Grafik zeigt.

Unreife bzw. Frühgeburt stellten die bei weitem häufigste Todesursache bei Säuglingen dar. Abgesehen davon führten vor allem angeborene Fehlbildungen zum Tod der Säuglinge. Plötzlicher Kindstod sowie Schädigungen des Säuglings oder Fötus durch Komplikationen der Nabelschnur, Plazenta oder Eihäute stellten ebenfalls signifikante Todesursachen dar.

Grafik 7.1: Säuglingsterblichkeit/Mortalitätsrate im zeitlichen Vergleich

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.4: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich			
	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*
unter 7 Tagen	19	2,3	23	2,8	30	2,6	12	2,5	42	2,6
7 bis unter 28 Tage	12	1,4	9	1,1	14	1,2	7	1,5	21	1,3
28 Tage bis unter 1 Jahr	19	2,3	12	1,5	25	2,1	6	1,3	31	1,9
insgesamt	50	6,0	44	5,4	69	5,9	25	5,3	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.5: Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich			
	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*
unter 2.500 g (Frühgeburt)	35	65,9	35	55,5	52	69,3	18	43,7	70	60,2
2.500 und mehr (Reifegeburt)	15	1,9	9	1,2	17	1,6	7	1,6	24	1,6
insgesamt	50	6,0	44	5,4	69	5,9	25	5,3	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.6: Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Legitimität und Geschlecht, 2002

Geburtsgewicht in Gramm	männlich ehelich			männlich unehelich			weiblich ehelich			weiblich unehelich			insgesamt		
	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰
unter 500	4	4	1.000,0	1	1	1.000,0	2	2	1.000,0	3	3	1.000,0	10	10	1.000,0
500 bis unter 600	5	5	1.000,0	4	4	1.000,0	6	6	1.000,0	5	4	800,0	20	19	950,0
600 bis unter 700	8	3	375,0	-	-	-	7	5	714,3	5	1	200,0	20	9	450,0
700 bis unter 800	6	4	666,7	4	1	250,0	3	-	-	3	1	333,3	16	6	375,0
800 bis unter 900	6	1	166,7	5	2	285,7	7	2	285,7	2	2	-	20	3	150,0
900 bis unter 1.000	7	1	142,9	6	-	-	4	1	250,0	3	-	-	20	2	100,0
1.000 bis unter 1.200	14	3	214,3	5	-	-	16	1	62,5	4	-	-	39	4	102,6
1.200 bis unter 1.500	18	-	-	9	-	-	23	-	-	13	-	-	63	-	-
1.500 bis unter 2.000	68	2	29,4	47	1	21,3	80	4	50,0	45	1	22,2	240	8	33,3
2.000 bis unter 2.500	213	4	18,8	101	1	9,9	253	4	15,8	147	-	-	714	9	12,6
2.500 bis unter 3.000	776	4	5,2	385	2	5,2	1.093	3	2,7	558	1	1,8	2.812	10	3,6
3.000 bis unter 3.500	2.159	3	1,4	867	1	1,2	2.320	1	0,4	994	1	1,0	6.340	6	0,9
3.500 bis unter 4.000	1.972	3	1,5	653	1	1,5	1.502	1	0,7	501	1	2,0	4.628	6	1,3
4.000 bis unter 4.500	631	1	1,6	202	-	-	347	1	2,9	123	-	-	1.303	2	1,5
4.500 bis unter 5.000	95	-	-	31	-	-	35	-	-	11	-	-	172	-	-
5.000 und mehr	9	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	11	-	-
unter 1.000	36	18	500,0	20	6	300,0	29	16	551,7	30	9	300,0	106	49	462,3
unter 1.500	68	21	308,8	34	6	176,5	68	17	250,0	38	9	236,8	208	53	254,8
unter 2.500	349	27	77,4	182	8	44,0	401	25	62,3	230	10	43,5	1.162	70	60,2
2.500 und mehr	5.642	11	1,9	2.138	4	1,9	5.298	6	1,1	2.188	3	1,4	15.266	24	1,6
insgesamt	5.991	38	6,3	2.320	12	5,2	5.699	31	5,4	2.418	13	5,4	16.428	94	5,7

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.7: Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 2002

Todesursachen	gestorbene Säuglinge			Mortalitätsrate auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres
	zusammen	Geschlecht		
		männlich	weiblich	
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	0	0	0	0,00
Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	11	6	5	0,67
Chromosomenanomalien	2	1	1	0,12
Andere angeborene Fehlbildungen	7	3	4	0,43
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Krankheit der Mutter	0	0	0	0,00
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	1	0	1	0,06
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur u. Eihäute	3	0	3	0,18
Unreife, Frühgeburt	50	29	21	3,04
Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung	0	0	0	0,00
Krankheiten des Atmungs- u. Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	2	1	1	0,12
Hämorrhagische u. hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen	0	0	0	0,00
Andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	1	0	1	0,06
Plötzlicher Kindstod (SIDS)	8	7	1	0,49
Unfälle (Vergiftungen u. Verletzungen)	1	1	0	0,06
Tätlicher Angriff	0	0	0	0,00
Alle sonstigen Todesursachen	8	2	6	0,49
insgesamt	94	50	44	5,72

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

7.2 Haltungsstörungen

Zusammenfassung

Die orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6 bis 10 Jahren im Schuljahr 2002/03 zeigt, dass 47 Prozent der untersuchten Kinder **Haltungsfehler** aufweisen (Empfehlung von Haltungsturnen).

47 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** und 26 von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und so genannte Flügelschultern.

Im Rahmen dieser Untersuchungen wurde zudem bei rund 15 Prozent der Kinder **Übergewicht** festgestellt.

Summary: Postural Damage

*The yearly orthopaedic examination conducted on school children aged 6 to 10 in Vienna in the school year 2002/03 showed that 47 percent of all children had a **poor posture** and were therefore recommended to participate in corrective exercise classes.*

*47 in 100 children had a type of **spinal curvature** and 26 in 100 had **abnormalities of the feet or legs**. The most frequent spinal anomalies are lordosis (hollow back), kyphosis and scapular winging.*

*These examinations also showed that approximately 15 percent of children were **overweight**.*

Ein falscher Umgang mit Bewegungsapparat und Wirbelsäule tritt in unserer Gesellschaft schon sehr frühzeitig auf. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die „Hitliste“ der Gesundheitsstörungen an.

Wenngleich es sich um keine flächendeckenden Reihenuntersuchungen handelt, so konnten doch die bisherigen orthopädischen Untersuchungen an Wiener PflichtschülerInnen auf bedeutende orthopädische Auffälligkeiten hinweisen. Ab dem Schuljahr 2002/2003 wurden auch diese Reihenuntersuchungen an den öffentlichen Volksschulen nur mehr auf Ersuchen der jeweiligen Schuldirektionen durchgeführt, wodurch eine Abnahme der Anzahl der Untersuchungen um rund ein Drittel erfolgte.

Die Häufigkeit von Haltungsfehlern, Fußanomalien und Übergewicht ist beträchtlich. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Schuljahr 2002/03 zeigten, dass 47 Prozent der untersuchten Kinder haltungsgefährdet

sind (Haltungsturnen empfohlen). Orthopädische Auffälligkeiten treten vielfach nicht isoliert, sondern bei den betroffenen SchülerInnen meist kombiniert auf. 47 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** und 26 von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und Flügelschultern. **Übergewicht** wurde in diesem Schuljahr schon bei 15 Prozent der Kinder festgestellt. In den Jahren davor war dies jedoch nur bei etwa 10 Prozent der VolksschülerInnen der Fall.²³⁹

Bei 32 Prozent der untersuchten Kinder wurde **Haltungsturnen** neu empfohlen, wobei die meisten Empfehlungen (58 Prozent) bereits in der 1. Klasse Volksschule (also bei 6- bis 7-Jährigen) stattfanden. Bei weiteren 15 Prozent der Kinder wurde empfohlen, das Haltungsturnen fortzusetzen. Bei rund 10 Prozent erfolgte eine Einlagenempfehlung. Werden die Einlageempfehlungen eingerechnet, hat mehr als die Hälfte aller Kinder Haltungsprobleme (57 Prozent).

²³⁹ Siehe dazu auch Kapitel Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 7.8: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen* in den Schuljahren 2001/02 und 2002/03

festgestellte Haltungsfehler	Anzahl der PflichtschülerInnen mit orthopädischen Auffälligkeiten			
	Schuljahr 2001/02		Schuljahr 2002/03	
	absolut	auf 100 untersuchte Kinder	absolut	auf 100 untersuchte Kinder
Wirbelsäulenanomalien insgesamt	2.281	31,3	2.321	47,0
davon:				
Beckenschiefstand	39	0,5	35	0,7
Flügel Schultern (Scapulae alatae)	301	4,2	403	8,2
Flachrücken	273	3,7	317	6,4
Hohlrücken (Hohlkreuz)	509	7,0	546	11,0
Hohlrundrücken	143	2,0	196	4,0
Rundrücken	455	6,2	404	8,2
Skoliose	434	6,0	354	7,2
Sonstiges	79	1,0	66	1,3
Fußanomalien insgesamt	1.740	23,9	1.264	26,0
Adipositas	689	9,5	735	15,0
orthopädische Auffälligkeiten insgesamt**	4.710	–	4.320	–
untersuchte Kinder insgesamt	7.283	–	4.935	–

* Ohne Sonderschulen für Körperbehinderte.

** Mehrfachnennungen möglich.

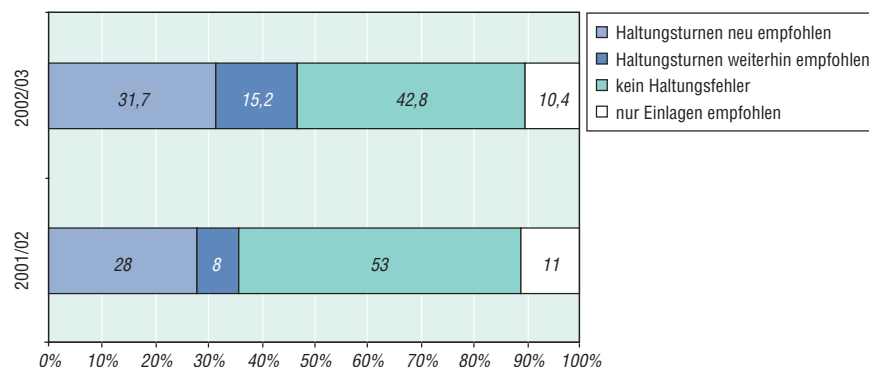
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten.

Tabelle 7.9: Haltungsturnen und Einlagenempfehlungen, Wien 2001/02 und 2002/03

Empfehlungen	Schuljahr 2001/02		Schuljahr 2002/03	
	absolut	in %	absolut	in %
Haltungsturnen neu empfohlen	2.050	28,0	1.562	31,7
Haltungsturnen weiterhin empfohlen	618	8,0	752	15,2
kein Haltungsfehler, daher kein Haltungsturnen erforderlich	3.834	53,0	2.110	42,8
nur Einlagen empfohlen	781	11,0	511	10,4
untersuchte Kinder insgesamt	7.283	100,0	4.935	100,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten; eigene Berechnungen.

Grafik 7.2: Haltungsstörungen bei Wiener PflichtschülerInnen, Schuljahr 2001/02 und 2002/03



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten; eigene Berechnungen.

Tabelle 7.10: Empfehlungen für Haltungsturnen nach Alter, Wien 2001/02 und 2002/03

Klasse (Volksschule)	Schuljahr 2001/02				Schuljahr 2002/03			
	Mädchen	Buben	zusammen	in %	Mädchen	Buben	zusammen	in %
1. Klasse (6–7 J)	483	521	1.004	49,0	452	446	898	57,5
2. Klasse (7–8 J)	362	340	702	34,2	140	133	273	17,5
3. Klasse (8–9 J)	121	127	248	12,1	160	190	350	22,4
4. Klasse (9–10J)	40	56	96	4,7	25	16	41	2,6
insgesamt	1.006	1.044	2.050	100,0	777	785	1.562	100,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten; eigene Berechnungen.

Tabelle 7.11: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen (Schuljahr 1986/87–2002/03)

Schuljahr	untersuchte Schulen	durchgeführte Untersuchungen	festgestellte haltungsgefährdete Kinder*		Wirbelsäulenveränderungen und Skoliosen		Bein- und Fußdeformitäten		Adipositas	
			absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1986/87	131	9.800	4.690	47,9	3.170	32,3	2.700	27,6	1.060	10,8
1987/88	117	9.640	4.318	44,8	2.650	27,5	2.300	23,9	1.200	12,4
1988/89	117	10.423	4.633	44,4	3.775	36,2	2.120	20,3	1.240	11,9
1989/90	93	9.854	4.000	40,6	3.765	38,2	1.405	14,3	1.160	11,8
1990/91	78	8.330	3.800	45,6	3.750	45,0	1.633	19,6	965	11,6
1991/92	81	8.960	3.272	36,5	4.044	45,1	1.917	21,4	1.028	11,5
1992/93	75	7.064	3.160	44,7	3.282	46,5	1.597	22,6	982	13,9
1993/94	72	6.390	2.950	46,2	3.338	52,2	1.665	26,1	1.215	19,0
1994/95	72	6.397	2.726	42,6	3.365	52,6	1.355	21,2	644	10,1
1995/96	58	4.791	2.120	44,2	2.306	48,1	1.324	27,6	523	10,9
1996/97	54	5.391	2.640	49,0	2.658	49,3	1.157	21,5	635	11,8
1997/98	73	8.352	2.710	32,4	3.313	39,7	2.155	25,8	754	9,0
1998/99	78	8.066	2.459	30,5	2.921	36,2	2.446	30,3	721	8,9
1999/00	82	8.517	2.490	29,2	2.881	33,8	1.881	22,1	859	10,1
2000/01	95	8.093	2.346	32,0	2.668	33,0	2.363	29,2	772	9,5
2001/02	85	7.283	2.050	28,0	2.281	31,3	1.740	23,9	689	9,5
2002/03	92	4.935	1.562	31,7	2.321	47,0	1.264	26,0	735	15,0

* Haltungsturnen neu empfohlen. Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind jene Kinder, bei denen Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt wurde.

Quelle: Magistratsabteilung 15 - Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten.

7.3 Zahngesundheit

Zusammenfassung

Im Schuljahr 2001/02 hatten 42,5 Prozent der Wiener VolksschülerInnen einen oder mehrere kariöse Zähne.

Die Kariesprävalenz ist jedoch in den Wiener Bezirken ungleich verteilt: eine besonders niedrige Kariesprävalenz weisen die Bezirke 1, 13, 6, 7 und 22 auf, eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz die Bezirke 5, 4, 2, 17 und 12.

Auch gibt es zwischen den einzelnen Schulen große Schwankungen in der Karieshäufigkeit. Von den 206 erfassten Volksschulen weisen 25 eine sehr hohe Kariesprävalenz auf (59 Prozent bis 80 Prozent), in etwa gleich vielen Schulen zeigen sich relativ gute Ergebnisse (Kariesanteil: 14 Prozent bis 29 Prozent).

Summary: Dental Health

In the school year 2001/02, 42.5% of Viennese elementary school children had one or more cavities.

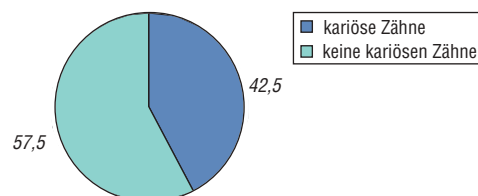
The prevalence of caries, however, varies strongly across the municipal districts of Vienna. The districts 1, 13, 6, 7 and 22 have an especially low prevalence, while in the districts 5, 4, 2, 17 and 12 it is above average.

There are also some differences in prevalence between individual schools. Of the 206 primary schools examined, 25 had a very high prevalence of caries (59 to 80 percent), while a similar number of schools with relatively had good results (14 to 29 percent).

Im Schuljahr 2001/02 wurde bei einem Drittel der Wiener VolksschülerInnen eine Reihenuntersuchung über die Karieshäufigkeit durchgeführt, wobei sich die untersuchten Kinder in der ersten und vierten Klasse Volksschule befanden. Die Untersuchungen erfolgten durch ZahnärztInnen der Jugendzahnklinik der Stadt Wien. Mit den bei dieser Untersuchung erzielten Ergebnissen können – neben individueller Beratung – sowohl Aussagen über die Karieshäufigkeit in einzelnen Schulen als auch in einzelnen Wiener Bezirken gemacht werden.

Von den 22.700 in **Wien** untersuchten SchülerInnen hatten 9.578 einen oder mehrere kariöse Zähne. Dies entspricht einem prozentuellen Anteil von 42,5 Prozent. Da der für Wien ermittelte Wert weit über der Vorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt, nach welcher im Jahr 2010 90 Prozent der Sechsjährigen kariesfrei sein sollten, bedarf es intensiver Bemühungen, sich diesem Ziel anzunähern.

Grafik 7.3: Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen (in Prozent), Schuljahr 2001/02

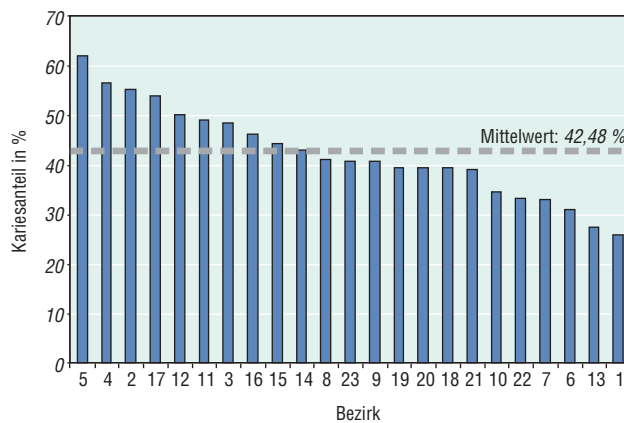


Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken.

Wird die Karieshäufigkeit der einzelnen **Bezirke** verglichen, lassen sich relativ große Schwankungen erkennen. So beträgt der Unterschied zwischen dem 1. Bezirk (Innere Stadt) und dem 5. Bezirk (Margareten) mehr als 100 Prozent. Die niedrigsten Anteile an Karies weisen die Bezirke 1, 13, 6, 7 und 22 auf, die höchsten die

Bezirke 5, 4, 2, 17 und 12. Die aufgrund der epidemiologischen Untersuchungen erwartete hohe Karieshäufigkeit in Bezirken mit hohen Anteilen von nichtösterreichischen SchülerInnen scheint mit dieser Untersuchung bestätigt.

Grafik 7.4: Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen nach Rangreihung der Bezirke (in Prozent), Schuljahr 2001/02

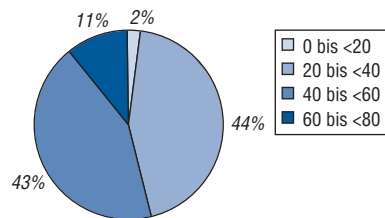


Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken.

Von den 206 erfassten **Volksschulen** weisen 25 eine sehr hohe Karieshäufigkeit auf: 59 bis 80 Prozent der Kinder haben kariöse Zähne. Etwa gleich viele Schulen zeigen mit einem Kariesanteil von 14 bis 29 Prozent relativ gute Ergebnisse; von diesen haben fünf Schulen ei-

ne Kariesprävalenz von weniger als 20 Prozent. Die anderen Schulen befinden sich im Mittelfeld. Die Erfassung der Kariesanteile nach Schulen ermöglicht eine zielgenaue Intervention im Bereich Zahngesundheitsförderung.

Grafik 7.5: Verteilung der Kariesprävalenz in Wiener Schulen, Schuljahr 2001/02



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken; eigene Berechnungen.

Zahngesundheitsförderung in Wien

Seit dem Sommersemester 2000 wird in Wien Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und Volksschulen betrieben. Diese Aktion wird finanziert von der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse. Im April 2001 wurde die Verlängerung des Projekts beschlossen und von ursprünglich zwei auf vier Bezirke mit besonders hoher Kariesprävalenz ausgeweitet (das sind der 2., 10., 16. und 20. Bezirk).

Ab dem Sommersemester 2004 wird das Projekt auf ganz Wien ausgeweitet: Jene Schulen mit der höchsten Kariesprävalenz in Wien werden intensiv zahnpädagogisch betreut. Sie werden zweimal pro Schuljahr von einer Zahngesundheitserzieherin besucht. Dadurch können so wie bisher 23.500 Kinder erreicht werden, wobei die Zielgenauigkeit erhöht wird.

Alle anderen Schulen sollen während des vierjährigen Projektzeitraums zumindest einmal durch ein „Zahntheater“ erreicht werden.

Alle Wiener Schulen werden zahnmedizinisch betreut, d. h. die Kinder aller 1. und 4. Klassen werden zahnärztlich untersucht. In jenen Schulen mit besonders hoher Kariesprävalenz werden in Zukunft auch die 2. und 3. Klassen untersucht.

Das Projekt Zahngesundheitsförderung soll das Bewusstsein für die Bedeutung gesunder Zähne fördern, Kindern, Eltern und Betreuungspersonen Handlungsanweisungen geben und damit zu einer Verbesserung der Zahngesundheit der Wiener Kinder beitragen. Darüber hinaus dient es der Erhebung wichtiger statistischer Daten über den Zahnstatus.

7.4 Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Wolfgang DÜR & Dr. Kristina FÜRTH, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Zusammenfassung

Laut einer 2002/03 durchgeführten Untersuchung sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen in Wien übergewichtig, davon ist fast ein Drittel (8 Prozent aller Untersuchten) als adipös zu bezeichnen. Die Prävalenz erreicht bei den 11-Jährigen ihren Höhepunkt: mit 11 Jahren ist jedes dritte Kind in Wien übergewichtig oder adipös. Buben sind dabei weitaus häufiger von Übergewicht betroffen als Mädchen.

In den westlichen Industriestaaten ist in den letzten Jahrzehnten die Prävalenz an Übergewicht und Adipositas ganz allgemein gestiegen, was sich auch bei Kindern und Jugendlichen zeigt. Interessant sind dabei Unterschiede nach sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit: dicke Kinder (insbesondere Mädchen) stammen signifikant häufiger aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Prävention muss hier sehr allgemein und großflächig arbeiten. Bewusstseinsbildung in Hinblick auf Ernährung und Lebensstil kann bereits sehr früh in Kindergärten und Schulen einsetzen.

Summary: Overweight and Obesity in Children and Adolescents

A study conducted in 2002/2003 shows that 25 percent of children and adolescents in the 10 to 15 age group are overweight, and nearly one in three of them (8 percent of all participants in the study) were obese. The prevalence is highest among 11 year-olds: one in three 11 year-olds in Vienna is overweight or obese. The prevalence is much higher among boys than among girls.

In the western industrialised countries the prevalence of overweight and obesity has increased overall over the last decades, and this also shows in children and adolescents. There is an interesting correlation with the socioeconomic status: overweight children (girls in particular) are to a significant percentage from families with a low socioeconomic status.

Very general and extensive prevention measures are required. Information and health consciousness with regard to nutrition and life style can begin at an early age, in kindergarten and at school.

Einleitung

Adipositas (Fettleibigkeit, Fettsucht) wird auch schon im Kindes- und Jugendalter als eine chronische Krankheit bewertet, die eine nachhaltige Behandlung erfordert.²⁴⁰ Eine Adipositas liegt bei Kindern wie bei Erwachsenen dann vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse eines Menschen pathologisch erhöht ist, was weitere Krankheiten nach sich zieht. Diese medizinischen Folgekrankheiten können in Bezug auf die erwachsene Bevölkerung als ausreichend erforscht angesehen

werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist das nur bedingt der Fall, obwohl es Hinweise auf Folgekrankheiten gibt: Bereits bei adipösen Kindern lassen sich Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen oder ein erhöhter Blutdruck feststellen. Darüber hinaus geht man davon aus, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht in den meisten Fällen zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter führt.²⁴¹ Gut belegt ist, dass adipöse Kinder und Jugendliche eine hohe Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen entwickeln und unter der Stigmatisierung durch andere leiden.²⁴² Das

²⁴⁰ WHO (2000).

²⁴¹ MUST, A. (1996).

²⁴² TURNBULL, J. (2000).

abwertende Verhalten ihrer Umwelt behindert bei adipösen Kindern und Jugendlichen häufig die Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls und gefährdet ihre psychosoziale Entwicklung insgesamt.²⁴³

7.4.1 Übergewicht und Adipositas messen und interpretieren

Messmethode

Da sich der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen und kostspieligen Methoden exakt messen lässt, hat sich die Verwendung des Body Mass Index [BMI = Körpergewicht/Körpergröße² (kg/m²)] zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen international etabliert. Obwohl er nicht *direkt* den Fettanteil misst, gilt der BMI als das geeignetste Maß für die Gesamt-Körperfett-Masse, da er eine hohe Genauigkeit mit einer hohen Praktikabilität verbindet.²⁴⁴ Er wird daher auch sowohl von der *Childhood Group der International Obesity Task Force (IOTF)* als auch von der *European Childhood Obesity Group (ECOG)* zur Diagnose von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlen.²⁴⁵

Zur Interpretation des BMI müssen Grenzwerte bestimmt werden, die einen problematischen, weil mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Folgekrankheiten verbundenen Körperfettanteil anzeigen. Für alle Erwachsenen wurden einheitliche Grenzwerte zur Definition von Übergewicht und Adipositas festgesetzt, die auf epidemiologischen Studien beruhen. Diese Grenzwerte liegen bei BMI > 25 kg/m² für Übergewicht, bei BMI > 30 kg/m² für Adipositas sowie bei BMI > 40 kg/m² für schwere Adipositas. Diese Grenzwerte sind mittlerweile international anerkannt.

Anders als bei den Erwachsenen, müssen bei Kindern und Jugendlichen die Schwankungen des Körperfettanteils im Zuge des physiologischen Wachstums berücksichtigt werden, in dessen Verlauf der durchschnittli-

che BMI, der in allen Altersgruppen deutlich unter dem der Erwachsenen liegt, ab dem 6. Lebensjahr stetig ansteigt. Zusätzlich zu diesem Alterseffekt weist der Körperfettanteil bei Kindern und Jugendlichen geschlechtsspezifische Besonderheiten – also Unterschiede zwischen Knaben und Mädchen – auf. Es ist daher verständlich, dass eine einfache Übertragung der Grenzwerte für Erwachsene auf Kinder und Jugendliche zu einer krassen *Unterschätzung* der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas und zu einer krassen *Überschätzung* der Prävalenz des Untergewichts in diesen Altersgruppen führen würde.

Festlegung von Grenzwerten bei Kindern und Jugendlichen

Für die Bestimmung von Grenzwerten im Kindes- und Jugendalter haben erst vor wenigen Jahren COLE et al.²⁴⁶ im Auftrag einer Arbeitsgruppe der WHO eine sehr komplexe, aber anerkannte Methode entwickelt, die es erlaubt, Übergewicht am 90. BMI-Perzentil, Adipositas am 97. BMI-Perzentil und schwere Adipositas am 99. BMI-Perzentil festzusetzen, und zwar für alle Jahrgangsgruppen unter 18 Jahren und für die beiden Geschlechter jeweils getrennt. COLE et al. gehen dabei von der plausiblen, wenn auch epidemiologisch unbestätigten Annahme aus, dass die für Erwachsene gültigen Grenzwerte von 25 kg/m² und von 30 kg/m² auch für die jungen Menschen ab 18 Jahren medizinische Relevanz und damit Gültigkeit beanspruchen können. So ist ein kontinuierlicher Übergang von der Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Definition im Erwachsenenalter hergestellt. Methodisch werden dazu die charakteristischen BMI-Verlaufskurven der ersten 18 Lebensjahre nach dem Alter mit einem statistischen Verfahren (LMS-Methode) so transformiert, dass sie bei 18 Jahren durch die Cut-off-Punkte 25 und 30 gehen. Daraus können dann die BMI-Werte an den entsprechenden Perzentilen 90, 97 und 99 für die einzelnen Altersstufen und pro Geschlechtsgruppe ermittelt werden.²⁴⁷

²⁴³ DIETZ, W.H. (1998).

²⁴⁴ BENECKE, A. & VOGEL, H. (2003).

²⁴⁵ BELLIZZI, M.C. & DIETZ, W.H. (1999).

²⁴⁶ COLE, T.J. et al. (2000).

²⁴⁷ Das Verfahren untersucht also, welchen durchschnittlichen BMI eine alters- und geschlechtsspezifisch definierte Population am 90. und 97. Perzentil aufweist; das ist der durchschnittliche BMI der oberen, also dicksten 10 Prozent bzw. 3 Prozent dieser Population. 90 Prozent bzw. 97 Prozent dieser Population haben einen geringeren BMI. Daraus wird auch verständlich, dass der ermittelte BMI-Wert am 90. Perzentil von den realen Körpermaßen der untersuchten Population abhängt: er kann also auch zwischen den 11-jährigen Knaben in Deutschland und den 11-jährigen Knaben in Österreich schwanken.

Welche BMI-Werte nun aber tatsächlich am 90., 97. und 99. Perzentil jeder Alters- und Geschlechtsgruppe zu finden sind, hängt selbstverständlich von der Qualität der Referenzdaten ab. COLE et al.²⁴⁸ haben Daten aus sechs verschiedenen Ländern – Brasilien, Großbritannien, Hongkong, Niederlande, Singapur, USA – kombiniert und daraus BMI-Grenzwerte ermittelt, die als international brauchbar angeboten wurden.

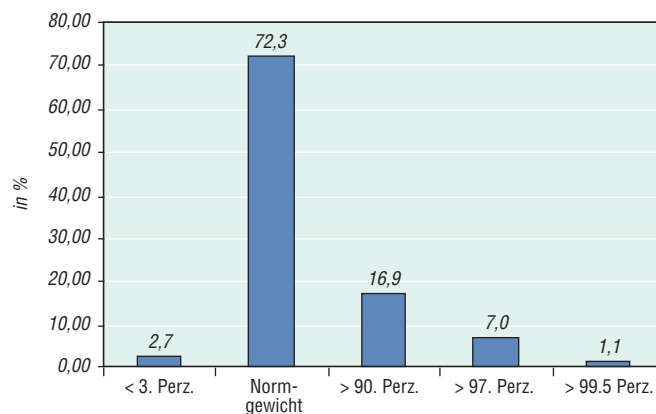
Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in Deutschland hat sich wohl der Methode von COLE et al., nicht aber ihren Werten angeschlossen, sondern entschieden, Übergewicht und Adipositas zwar mithilfe des 90. bzw. 97. Perzentils zu definieren, die entsprechenden BMI-Werte aber aus deutschen Stichproben zu ermitteln.²⁴⁹ Dies haben KROMEYER-HAUSCHILD et al.²⁵⁰ unter Heranziehung der Daten von 17 Untersuchungen aus verschiedenen Regionen Deutschlands bewerkstelligt. Aufgrund der verschiedenen Referenzdaten gelangen KROMEYER-HAUSCHILD et al. auch zu anderen Grenzwerten als COLE et al. Die deutschen Werte sind weniger „streng“ beim Übergewicht, aber „strenger“ bei der Definition von Adipositas. Die hier präsentierten Daten verwenden jedenfalls die BMI-Grenzwerte der AGA nach KROMEYER-HAUSCHILD et al.²⁵¹

7.4.2 Adipositas-Prävalenzen in Wien und Österreich

Verfügbare Daten für Wien nach AGA

WIDHALM & DIETRICH von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien haben 1.537 Wiener Kinder und Jugendliche, davon 785 männlich und 752 weiblich, im Alter von 10,1 bis 15,1 Jahren in dem Erhebungszeitraum zwischen Juni 2002 und März 2003 durch Messungen von SchulärztInnen oder KlinikärztInnen an den Schulen untersucht und nach AGA-Richtlinien ausgewertet. Über die Auswahl der Schulen bzw. deren Repräsentativität für alle Wiener Schulen liegen leider keine Informationen vor. Diesen Daten zufolge sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen in Wien übergewichtig. Über 8 Prozent davon sind als adipös zu bezeichnen. Diesen stehen 2,7 Prozent untergewichtige SchülerInnen gegenüber, so dass zusammen genommen ca. 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Wien kein Normalgewicht aufweisen. In *Grafik 7.6* sind diese Ergebnisse detailliert dargestellt.

Grafik 7.6: Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht, Adipositas und extremer Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien



Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

²⁴⁸ COLE, T.J. et al. (2000).

²⁴⁹ Leitlinien der DGfKJ (2002).

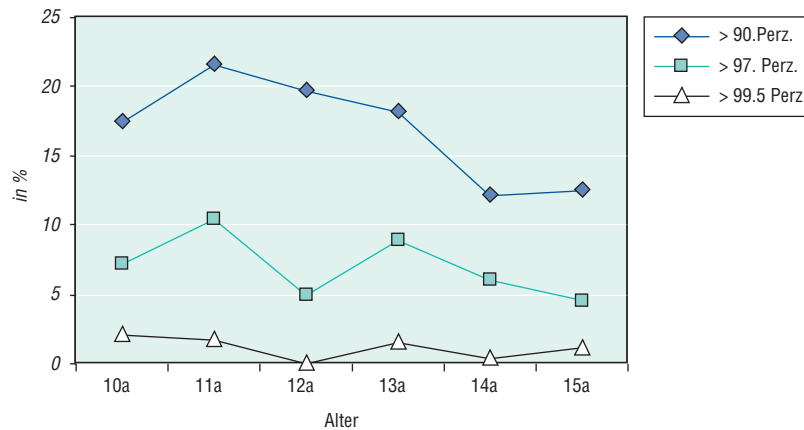
²⁵⁰ KROMEYER-HAUSCHILD, K. et al. (2001).

²⁵¹ KROMEYER-HAUSCHILD, K. et al. (2001).

Die Prävalenzdaten erreichen bei den 11-Jährigen einen Gipfel und nehmen dann insgesamt betrachtet

leicht ab. Mit 11 Jahren ist noch jedes dritte Kind in Wien übergewichtig oder adipös.

Grafik 7.7: Prävalenz von Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen nach Altersgruppen bei Wiener SchülerInnen (2004)

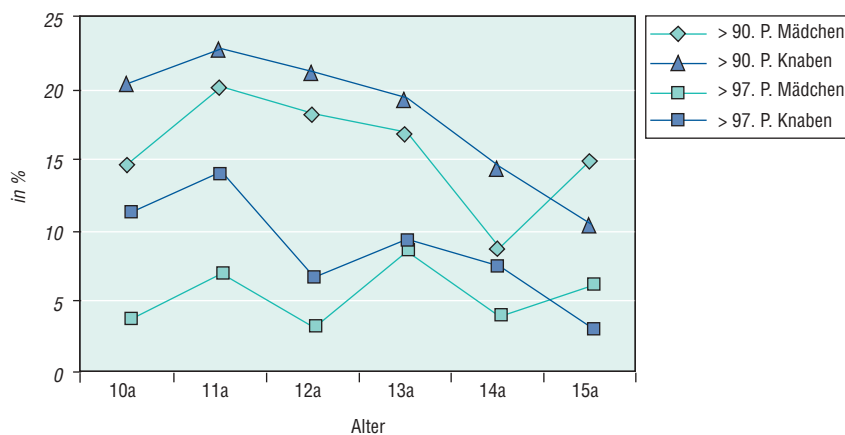


Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

Die 10- bis 14-jährigen Knaben sind weitaus übergewichtiger als die Mädchen. Dies könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass Mädchen deutlich offensiver mit dem gängigen Schlankheitsideal und der perfekten „Traumfigur“ konfrontiert werden als Knaben und mehr investieren, um diesem Ideal zu entsprechen. Dies scheint sich erst nach dem 14. Lebens-

jahr zu verändern: Während die Prävalenz bei den Buben mit zunehmendem Alter abnimmt, steigt die Prävalenz bei den Mädchen nach dem 14. Lebensjahr erneut an. Diese Veränderungen in den Prävalenzkurven dürften mit den großen körperlichen (hormonellen) Veränderungen in der Pubertät zusammenhängen (vgl. Grafik 7.8).

Grafik 7.8: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 10- bis 15-jährigen Knaben und Mädchen in Wien



Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

Vergleich der Prävalenzen in Wien und Österreich

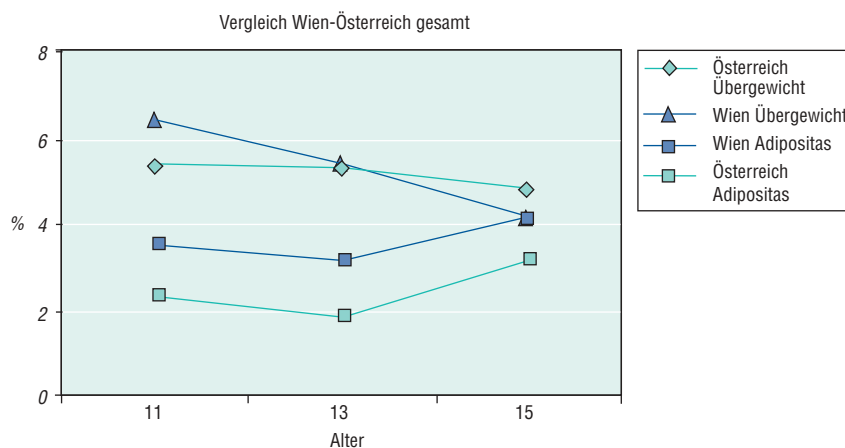
Für Gesamtösterreich liegen keine repräsentativen Daten zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter vor. Wohl aber können die selbst berichteten Fragebogen-Daten des internationalen Projektes *Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)*²⁵² für eine Einschätzung und eine vergleichende Verortung Wiens im Österreich-Durchschnitt verwendet werden.²⁵³

Im Unterschied zu der Studie von WIDHALM & DIETRICH, sind die Daten der HBSC-Studie von den Kindern und Jugendlichen in einem Fragebogen selbst be-

richtet. Das hat Auswirkungen auf die Prävalenzen, die niedriger ausfallen, da Kinder und Jugendliche bei Befragungen ihre Größe leicht über-, ihr Gewicht hingegen leicht unterschätzen. So sind auf Basis der selbst berichteten HBSC-Daten „nur“ 6,4 Prozent aller 11-Jährigen in Wien übergewichtig und etwa 3,5 Prozent adipös.

Von Interesse ist daher nur der interne Vergleich der HBSC-Daten von Kindern aus Wien und aus den anderen Teilen Österreichs, der zeigt, dass die Wiener Kinder durchschnittlich leicht übergewichtiger sind als die Kinder in den anderen Bundesländern, vor allem was die Adipositas betrifft.

Grafik 7.9: Vergleich der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas in Wien und Österreich (ohne Wien)



Quelle: HBSC 2002, selbst berichtete Daten für Österreich u. Wien; Grenzwerte nach AGA (2001).

Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas im Trend

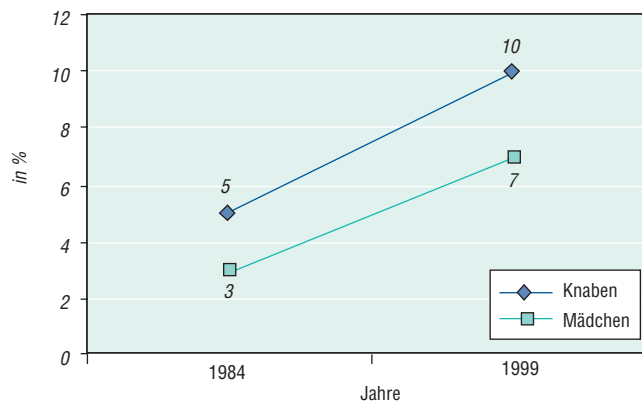
In den letzten Jahrzehnten sind die Prävalenzdaten von Übergewicht und Adipositas in den westlichen Industrienationen in einem Maße gestiegen, das Anlass zur Sorge gibt. Diese Zunahme ist auch deutlich

bei Kindern und Jugendlichen erkennbar und zeigt sich darüber hinaus in einem Anstieg der Adipositas und dementsprechend in der wachsenden Zahl extrem Adipöser.²⁵⁴ In *Grafik 7.10* ist exemplarisch ein solcher Trend für die Schulkinder des Landes Baden-Württemberg dargestellt: In 15 Jahren hat sich der Anteil der adipösen Knaben verdoppelt.

²⁵² Siehe <www.hbsc.org s>.

²⁵³ DÜR, W. et al. (2003); CURRIE, C. et al. (2004). Siehe auch Kapitel 7.5, Gesundheitsverhalten von Schulkindern: Resultate der HBSC-Studie für Wien.

²⁵⁴ Leitlinien der DGfKJ (2002).

Grafik 7.10: Adipositas bei 6- bis 10-jährigen Schulkindern im Trend von 1984–1999

Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2002).

7.4.3 Übergewicht, Schicht und Lebensstile in Österreich

Übergewicht und soziale Schicht

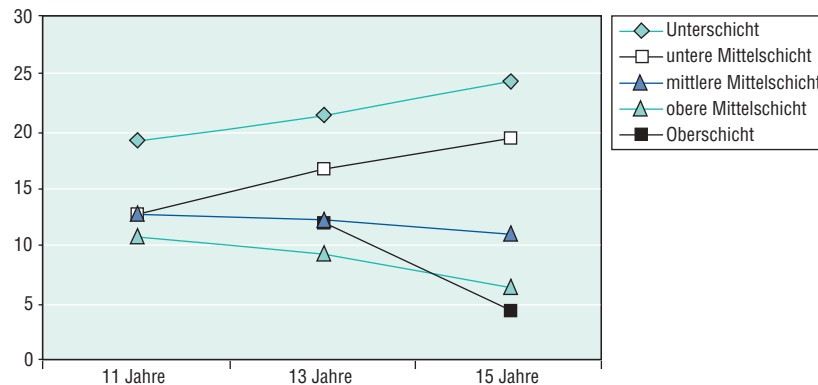
Wie bei vielen anderen Diagnosen und bei der Morbidität der Bevölkerung insgesamt sind die sozialen Unterschiede und die damit verbundenen ungleichen Gesundheitschancen auch hier ein bedeutsamer Kausalfaktor.²⁵⁵ In Österreich wie in allen westlichen Industrienationen stammen dicke Kinder signifikant häufiger aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status. Insbesondere Mädchen in sozial benachteiligten Familien haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht. Für Wien gilt, dass der Anteil der übergewichtigen Mädchen in der Unterschicht und in der unteren Mittelschicht mit 13 Prozent und 18 Prozent am höchsten ist (vgl. Grafik 7.11). Das liegt einerseits an den besseren finanziellen Mitteln der Familien aus der Mittel-

und Oberschicht für qualitativ hochwertige Nahrungsmittel, andererseits an deren durchschnittlich höherem Bildungsstand und daraus folgend an einer gesünderen Ernährungsweise.

Interessanterweise wird der Unterschied zwischen den sozialen Schichten, der im Alter von 11 Jahren noch nicht sehr groß ist, aufgrund gegensätzlicher Entwicklungen immer dramatischer: Während bei den 15-jährigen Mädchen aus der untersten Sozialschicht eine *Zunahme* der Übergewichtigen auf 25 Prozent stattfindet, *verringert* sich dieser Anteil bei den 15-jährigen Mädchen aus den beiden oberen Sozialschichten auf 5 Prozent und 7 Prozent. Dieser Unterschied deutet darauf hin, dass die Pubertät bei Mädchen schichtspezifisch verschiedenartige Verläufe zeitigt. Das Verhältnis zu den gängigen Schönheitsidealen und zum Schlanksein dürfte dabei ebenso eine Rolle spielen wie die Familiensituation und das Angebot regelmäßiger Mahlzeiten.

²⁵⁵ ROLLAND-CACHERA, M.F. & BELLISTLE, F. (1986); SOBAL, J. & STUNKARD, A. (1989).

Grafik 7.11: Anteil der 11- bis 15-jährigen übergewichtigen Mädchen (BMI > 90. Perzentil nach AGA) in Österreich nach Alter und sozialer Schicht; Angaben in Prozent; Unterschicht = 17 Prozent ärmste Familien, Oberschicht = 5 Prozent reichste Familien



Quelle: HBSC (2002); DÜR W. et al. (2003).

Übergewicht und Ernährungsverhalten

Der stetig anwachsende Markt der Fast-Food-Industrie bietet vor allem den unter Zeitdruck, Mehrfachbelastung und Geldknappheit stehenden Menschen schnell verfügbares, aber auch kalorienreiches und qualitativ minderwertiges Essen. Dem entspricht auch die sinkende Fertigkeit der Eltern in der Küche: Es mangelt immer öfter am Wissen über die richtige Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln. Die Lebensumstände, die Bedingungen von Arbeit und Schule verhindern häufig die Einnahme von regelmäßigen Mahlzeiten. Idealerweise sollten drei Hauptmahlzeiten und zwischendurch zwei gesunde Jausen gegessen werden (vorzugsweise Obst).

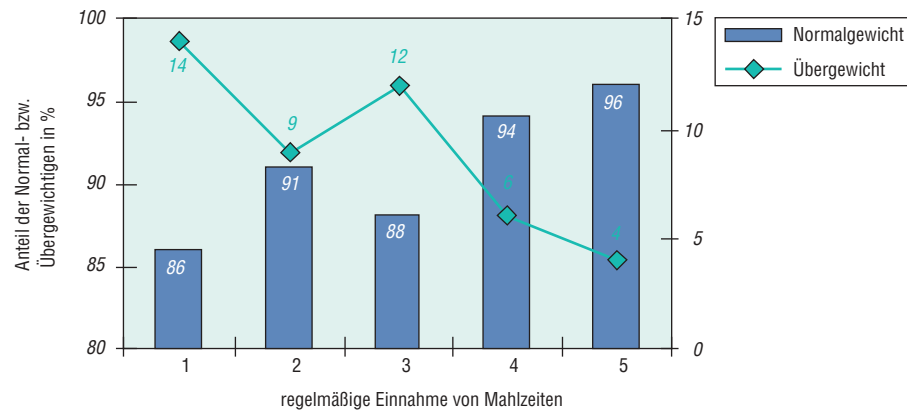
Davon ausgehend muss anhand der Wiener HBSC-Daten für 23 Prozent der 11- bis 15-jährigen Mädchen eine unzureichende und für 33 Prozent eine problematische Ernährungsweise konstatiert werden. Letzteres gilt für jene 18 Prozent, die nur eine Mahlzeit pro Tag (Frühstück, Mittag- oder Abendessen) einnehmen und für jene 15 Prozent, die an manchen Wochentagen gänzlich auf jegliche Hauptmahlzeit verzichten. Diese Anteile nehmen vom 11. zum 15. Lebensjahr kontinuierlich zu. Diese Anteile sind für die Knaben nur unwesentlich geringer, von denen 23 Prozent eine unregelmäßige und

24 Prozent eine problematische Ernährungsweise praktizieren.

Es besteht ein signifikanter, in seiner Richtung allerdings überraschender Zusammenhang zwischen der Regelmäßigkeit von Mahlzeiten und dem Übergewicht, denn paradoxerweise nimmt der Anteil der übergewichtigen Mädchen mit der Unregelmäßigkeit von Mahlzeiten deutlich zu: Je mehr Mahlzeiten sie *auslassen*, desto *übergewichtiger* werden sie. Bei drei Hauptmahlzeiten täglich sind nur 4 Prozent übergewichtig, bei weniger als einer Mahlzeit täglich sind es jedoch 14 Prozent. Gleichzeitig nimmt der Anteil der normalgewichtigen Mädchen mit der Regelmäßigkeit von täglichen Mahlzeiten in der Woche deutlich zu (vgl. Grafik 7.12). Der gleiche Zusammenhang lässt sich auch bei den Knaben beobachten.

Zum einen liegt das daran, dass Kinder, die auf Hauptmahlzeiten verzichten, häufiger zu Zwischenmahlzeiten greifen, die zucker- und/oder fettreich sind. Außerdem reduziert der Körper nach zu geringer Energiezufuhr (nach Hungerphasen) seinen Grundumsatz und schaltet auf Sparflamme. Kehren die Mädchen später wieder zu ihren normalen Essgewohnheiten zurück, kommt es durch den so genannten Jo-Jo-Effekt zu Gewichtszunahmen.

Grafik 7.12: Übergewicht und regelmäßige Ernährung: Anteil der Normal- und Übergewichtigen bei den 11- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien nach der Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche (Grenzwerte nach AGA)



- 1 weniger als 1 Mahlzeit/Tag
- 2 höchstens 1 Mahlzeit/Tag
- 3 mind. 1 Mahlzeit/Tag + tgl. Frühstück

- 4 1 Mahlzeit/Tag + mind. 3 Mahlzeiten/Woche + tgl. Frühstück
- 5 2 Mahlzeiten/Tag + tgl. Frühstück an 6 Tagen

Quelle: HBSC 2002; Dür et al. (2003).

Übergewicht, körperliche Aktivität und TV-Konsum

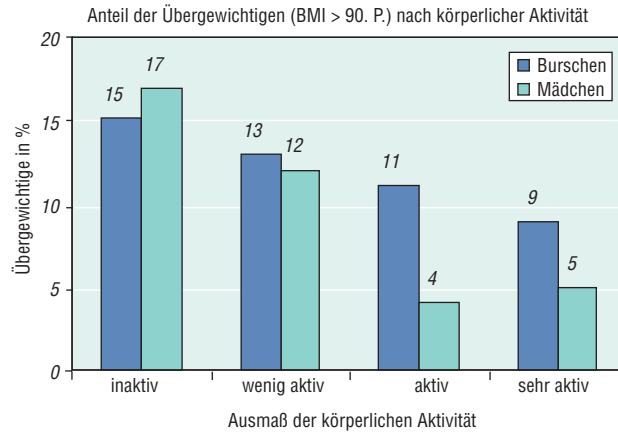
Bewegungsmangel ist eine Hauptursache für Übergewicht und Adipositas. Viele Kinder und Jugendliche haben oft bereits einen ähnlich sitzenden Lebensstil wie die Erwachsenen. Das beginnt am Morgen mit der Schule, setzt sich nachmittags bei der Durchführung der Hausaufgaben fort und endet vor TV und PC. Kinder sitzen oder liegen häufig neun, zehn Stunden am Tag und mehr.²⁵⁶ Auch kurze Wege werden mit Straßenbahn, Bus oder Auto zurückgelegt. 17 Prozent der

Mädchen und 15 Prozent der Knaben in Wien, die außerhalb der Schule nur an einem Tag in der Woche oder nie ausreichend Bewegung machen, sind übergewichtig. Diese Zahlen sinken auf 9 Prozent bei den Knaben und 5 Prozent bei den Mädchen, wenn die SchülerInnen körperlich aktiv sind und sich an mindestens fünf Tagen in der Woche für mindestens eine Stunde körperlich stark bewegen (vgl. Grafik 7.13).

Im Umkehrschluss wirkt sich der TV-Konsum als Beispiel für das sitzende Verhalten negativ auf das Übergewicht aus (vgl. Grafik 9).

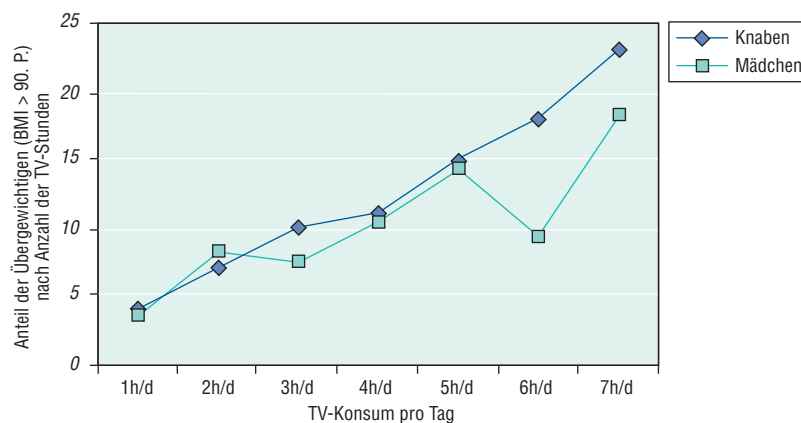
²⁵⁶ OLTERSDORF, U. et al. (2002).

Grafik 7.13: Übergewicht und körperliche Aktivität bei den 11- bis 15-jährigen Schüler/innen in Wien (Grenzwerte nach AGA)



Quelle: HBSC 2002; DÜR, W. et al. (2003).

Grafik 7.14: Übergewicht und TV-Konsum



Quelle: HBSC 2002; DÜR, W. et al. (2003).

7.4.4 Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Die beste Prävention ist immer eine, die so früh einsetzt, dass ein angezieltes Problem erst gar nicht entsteht. Geeignete Maßnahmen müssen aber naturgemäß sehr allgemein und großflächig operieren und können nicht spezifisch und zielgruppenorientiert sein. Die allgemeine Förderung des Bewusstseins für gesunde Ernährung und eines gesunden Lebensstils kann über Erziehung und In-

formation der Kinder und Jugendlichen bereits in den Kindergärten und Schulen erfolgen. Die gesundheitliche Aufklärung sollte sich dabei vorrangig auf die Volks- und Hauptschulen konzentrieren, da hier die Kinder aus den unteren Sozialschichten erreicht werden können. Die bloße Weitergabe von kognitivem Wissen genügt jedoch nicht. Praxisorientierte Maßnahmen wie gemeinsames Kochen und Essen haben zusätzlich einen motivierenden Effekt. Durch ein entsprechendes Nahrungsmittelangebot bei der Schulspeisung, am Schulbüfett kann beispielhaft gesunde Ernährung vorgelebt werden.

Gezielte, an gefährdete oder schon betroffene Kinder und Jugendliche gerichtete Maßnahmen setzen eine Erhebung des Bedarfs auf der einen Seite voraus, eine Bestandsaufnahme der möglichen intervenierenden Organisationen auf der anderen. Das geschieht häufig im Kontext der Einschulungsuntersuchungen, durch Befragung von ansässigen KinderärztInnen und/oder AllgemeinmedizinerInnen, in Zusammenarbeit mit Schulen, Kindertagesstätten und Stätten der Jugendarbeit. Da in Österreich insgesamt und auch in Wien noch immer eine große repräsentative epidemiologische Studie fehlt, muss an dieser Stelle auf dieses Manko hingewiesen werden.

Die Interventionen, die zu einem möglichst frühen Zeitpunkt beginnen sollen, verfolgen aufgrund der vielschichtigen Ursachen von Übergewicht zumeist einen ganzheitlichen Ansatz, indem sie auf drei Ebenen arbeiten und die Ernährung mit dem Bewegungsverhalten und anderen Lebensstilfragen verbinden sowie die Eltern in das Programm integrieren. Das langfristige Ziel ist die Gewichtsreduktion, aber auch Gewichtskonstanz, Stärkung des Körperempfindens und des Selbstbewusstseins sowie die Vermittlung von sozialen Kompetenzen. Da Übergewicht zumeist lebenslanges Management erfordert, sollten die Programme idealerweise Nachbetreuungen anbieten.

Wie sich in der Praxis immer wieder herausstellt, ist die Einbindung der Eltern langfristig sehr schwierig. Eß-, Bewegungs- und Lebensgewohnheiten betreffen die ganze Familie, adipöse Kinder haben oft mindestens einen adipösen Elternteil. Im Regelfall sollten die Programme daher nicht nur das Kind als Klienten sehen. Adipositas geht häufig mit einem Scham-/Schuldgefühl der Eltern einher, das z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen zu Sprache gebracht werden kann. Familientaugliche Programme regen zu Aktivitäten an, die im Familienverband stattfinden können.

In Deutschland existieren verschiedene Interventionsprogramme, die mit positivem Ergebnis evaluiert worden sind. Die Präventionsstudien in Kiel und Sachsen belegen eindrucksvoll, dass frühzeitig eingesetzte Schulungen eine Veränderung im Ernährungs- und Bewegungsverhalten hervorrufen kann. Beispielhaft seien die Kieler Adipositas Präventionsstudie (KOPS)²⁵⁷ und das vom Forschungsverbund Public Health Sachsen durchgeführte Programm „Ernährungserziehung bei Kindern“ erwähnt.²⁵⁸

Schließlich ist für die Behandlung von Adipositas eine geeignete Infrastruktur (Ambulanzen, Praxen, etc.) mit entsprechenden multidisziplinären Teams (Arzt/Ärztin, DiätassistentIn, PsychologIn, SporttherapeutIn) notwendig, in der die Etablierung von evaluierten Therapieverfahren garantiert wird.

²⁵⁷ MÜLLER, M.J. et al. (1997).

²⁵⁸ KRESS, B. & MANZ, R. (1999).

7.5 Gesundheitsverhalten von Schulkindern: Resultate der HBSC-Studie für Wien

Zusammenfassung

Die Daten der im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführten internationalen Vergleichsstudie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC-Studie) im Alter von 10 bis 15 Jahren aus dem Jahr 2001 zeigen, dass sich Wiener Schulkinder subjektiv weniger gesund fühlen als Schulkinder in Österreich insgesamt. Nur knapp 30 Prozent der Wiener Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, jedoch 37,3 Prozent der Kinder in Österreich. Umgekehrt schätzen fast 22 Prozent der Wiener SchülerInnen ihren Gesundheitszustand als bloß eher gut bis schlecht ein. Im österreichischen Durchschnitt liegt dieser Wert bei unter 16 Prozent.

Die familiäre und schulische Situation beeinflusst wesentlich die subjektive Gesundheit der Kinder. Unter jenen Kindern, die sich keinen Belastungen durch die Schule ausgesetzt sehen, geben mehr als 42 Prozent an, sich sehr gesund zu fühlen. Im Vergleich trifft dies nur auf etwas über 16 Prozent der Kinder zu, die durch die Schule ziemlich bis stark belastet sind.

Über 17 Prozent der Wiener Schulkinder nehmen maximal einmal pro Woche Früchte zu sich, bei Gemüse beträgt dieser Wert sogar mehr als ein Drittel. Zusammen mit dem übermäßigen Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken ergibt dies für einen erheblichen Anteil der Wiener Schulkinder ein bedenkliches Bild der Ernährungsgewohnheiten.

Bei den Rauchgewohnheiten schneidet Wien geringfügig besser ab als Gesamtösterreich. Wenngleich die Zahlen bei den RaucherInnen unter Kindern alarmierend hoch sind, so sind doch 56,5 Prozent der Wiener Schülerinnen (Österreich: 54,3 Prozent) sowie knapp 70 Prozent der Wiener Schüler (Österreich: 64,5 Prozent) NichtraucherInnen.

Summary: Health Behaviour in School-Aged Children: Results of the HBSC Study for Vienna

The results of the cross-national survey supported by the WHO on health behaviour in school-aged children (HBSC) conducted among children aged 10 to 15 in 2001 show that school-aged children in Vienna feel subjectively less healthy than school-aged children in Austria overall. Only just under 30 percent of Viennese children and adolescents aged 10 to 15 described their state of health as excellent, while the overall figure for Austria was 37.3 percent. Nearly 22 percent of Viennese school-aged children perceived their state of health as only relatively good or even bad. The Austrian average was below 16 percent.

The family situation and school environment have a decisive influence on the subjective state of health of children. Of those children who do not feel pressured by schoolwork, 42 percent reported feeling very healthy. Of the children who perceive some or a lot of school pressure, only some 16 percent said this.

More than 17 percent of Viennese school-aged children eat fruit once a week or less, and for vegetables this figure is more than one third. Considering the excessive consumption of sweets and soft-drinks, the overall dietary behaviour of a large part of Viennese school-aged children is quite worrying.

Regarding tobacco smoking, the situation in Vienna was slightly better than the Austrian average. Although the rates of school-aged children who smoke are alarmingly high, 56.5 percent of Viennese school-aged girls (Austria: 54.3 percent) and approximately 70 percent of Viennese school-aged boys (Austria: 64.5 percent) are non-smokers.

Der Anteil der SchülerInnen, die nie Alkohol trinken, ist in Wien höher als im Bundesdurchschnitt. Dafür ist der Anteil der Kinder, die körperlich eher wenig aktiv sind, in Wien höher als in Österreich insgesamt.

The proportion of school-aged children who never drink alcohol is higher in Vienna than in Austria overall. On the other hand, the proportion of Viennese children who exhibit mainly sedentary behaviour is above the Austrian average.

Österreich beteiligt sich seit 1983/84 an der von der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführten internationalen Studie über das Gesundheitsverhalten von 10- bis 15-jährigen Schulkindern (englische Kurzbezeichnung: HBSC = *Health Behaviour of School-Aged Children*). Die letzten für Österreich bzw. Wien verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2001.²⁵⁹ 595 Kinder und Jugendliche aus Wien wurden bei der Untersuchung befragt. 293 davon waren Mädchen, 302 waren Buben.²⁶⁰ Der Schwerpunkt lag bei Kindern im Alter von 10, 12 und 14 Jahren.

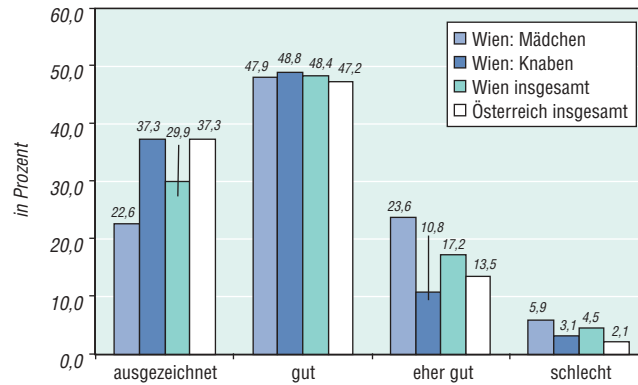
Von den physiologischen Voraussetzungen her bieten Kindheit und Jugendalter eine sehr gute Grundlage für Gesundheit und Wohlbefinden. Dennoch zeigen sich bereits bei Schulkindern deutliche gesundheitliche Unterschiede, die systematisch mit gesundheitsrelevanten Faktoren in Beziehung stehen. Ungesunde, durch Familie und Freunde geprägte Lebensgewohnheiten sowie die Inkaufnahme von gesundheitlichen Gefährdungen wie zum Beispiel Rauchen spielen eine wesentliche Rolle. Mit der Pubertät einhergehende psychische und soziale Veränderungen bei jungen Menschen können gesteigerte gesundheitliche Risiken mit sich bringen. Juvenile Depression, Suizid, Sucht oder AIDS stellen etwa solche Risiken dar.

7.5.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit

Einheitlich über alle Gruppen hinweg befindet knapp die Hälfte der befragten SchülerInnen ihren Gesundheitszustand für gut. Während Wiener Knaben wesentlich dem Bundestrend folgen, ergeben sich größere Unterschiede bei den weiblichen Befragten. 29,9 Prozent der Wiener Schülerinnen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als hervorragend, jedoch 37,3 Prozent der Schülerinnen und Schüler österreichweit. Daraus resultiert ein deutlicher Unterschied beim Vergleich der Gesamtgrößen für Wien und Österreich. Knapp 30 Prozent der Wiener Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, für Österreich liegt der entsprechende Wert mit 37,3 Prozent jedoch klar darüber. Umgekehrt halten fast 30 Prozent der Wiener Schülerinnen und knapp 14 Prozent der Wiener Schüler ihren Gesundheitszustand für bloß eher gut bis schlecht. Der für beide Geschlechter errechnete Wert von 21,7 Prozent liegt damit deutlich über dem für ganz Österreich errechneten Wert von 15,6 Prozent (*siehe Grafik 7.15*).

²⁵⁹ Siehe den Bericht „Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen“ des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, April 2002. [DÜR, W.; MRAYLAG, K. (2003); DÜR, W. et al. (2004)]

²⁶⁰ Die Altersverteilung unter den Wiener Kindern setzte sich folgendermaßen zusammen: 10 Jahre: 23,7 Prozent; 11 Jahre: 5,55 Prozent; 12 Jahre: 26,55 Prozent; 13 Jahre: 10,25 Prozent; 14 Jahre: 25,71 Prozent; 15 Jahre: 8,24 Prozent.

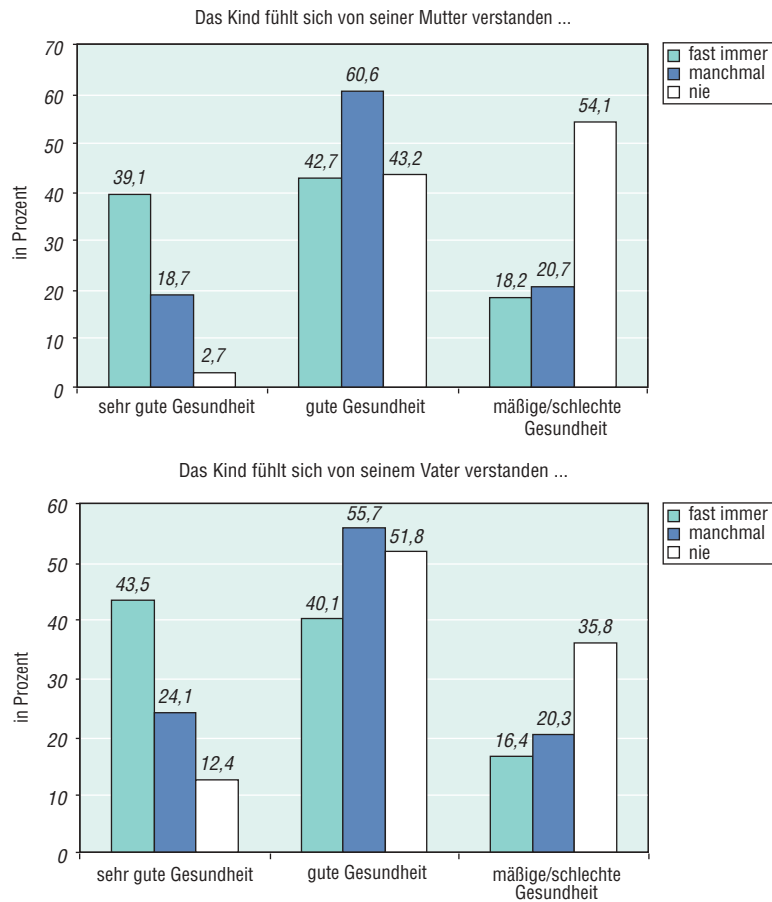
Grafik 7.15: Subjektiver Gesundheitszustand der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.2 Einfluss von Familie und Schule

Familie, Freunde, Schule und Freizeit stellen zentrale Lebensbereiche dar, die entscheidend die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern mit beeinflussen und erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Beispielsweise hat das Ausmaß, in dem Kinder sich von ihren Eltern verstanden fühlen, einen erheblichen Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden der Kinder. Mehr als 39 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter fast immer verstanden fühlen, weisen einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand auf. In Bezug auf das Verstandenfühlen von Vätern liegt dieser Wert mit 43,5 Prozent noch darüber. Hingegen schätzen nur knapp 3 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter nie verstanden fühlen, ihre Gesundheit

als sehr gut ein. Bei jenen, die auf Unverständnis bei den Vätern stoßen, sind es sogar mehr als 12 Prozent. Umgekehrt bezeichnen über 54 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter nie verstanden fühlen, ihren Gesundheitszustand als mäßig bis schlecht, während dies für etwa 18 Prozent der Kinder gilt, die fast immer Verständnis bei ihrer Mutter finden (siehe Grafik 7.16). Bei diesen großen Zahlenunterschieden ist zu bedenken, dass das Verständnis der Eltern auch stellvertretend für andere, die Lebenssituation der Kinder beeinflussende Faktoren stehen kann. Somit könnte der gesundheitliche Einfluss des elterlichen Verständnisses etwas überzeichnet sein. Dennoch ist insgesamt die familiäre Situation der Kinder als wesentliche Bestimmungsgröße ihres subjektiven Gesundheitsgefühls zu betrachten.

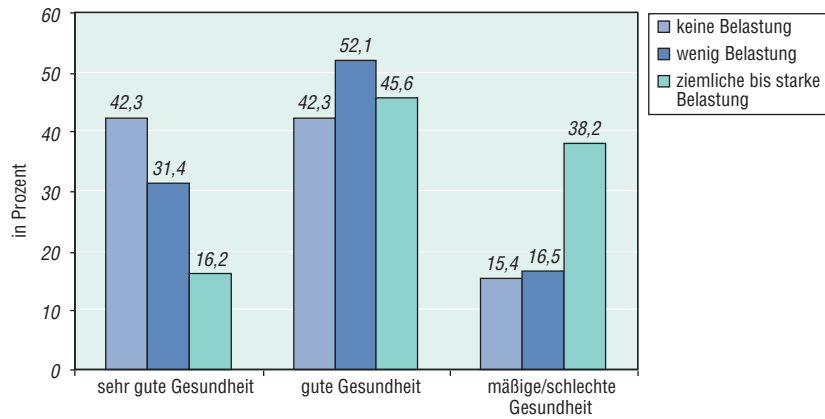
Grafik 7.16: Subjektiver Gesundheitszustand und Verständnis der Eltern für ihre Kinder in Wien

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Die Schule stellt einen weiteren Lebensbereich dar, der für Kinder einen hohen Stellenwert hat und sich dementsprechend auf ihre Gesundheit auswirken kann. Unter jenen Kindern, die sich keinen Belastungen durch die Schule ausgesetzt sehen, geben mehr als 42 Prozent an, sich sehr gesund zu fühlen. Im Vergleich dazu teilen diese positive Einschätzung ihrer Gesundheit nur etwas über 16 Prozent der Kinder, die sich durch die Schule ziemlich bis stark belastet fühlen. Umgekehrt weisen mehr als 38 Prozent der durch die Schule erheblich be-

lasteten Kinder eine mäßige bis schlechte Gesundheitseinschätzung auf, während dies nur für etwas über 15 Prozent der schulisch nicht belasteten Kinder zutrifft (vgl. Grafik 7.17). Druck in der Schule ergibt sich aus einer Fülle von personellen, familiären und schulischen sowie sozialen Einzelfaktoren, die sich zu einer Gesamtbelastung verdichten und sich deutlich in der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Kinder niederschlagen.

Grafik 7.17: Subjektiver Gesundheitszustand und Belastung durch die Schule in Wien



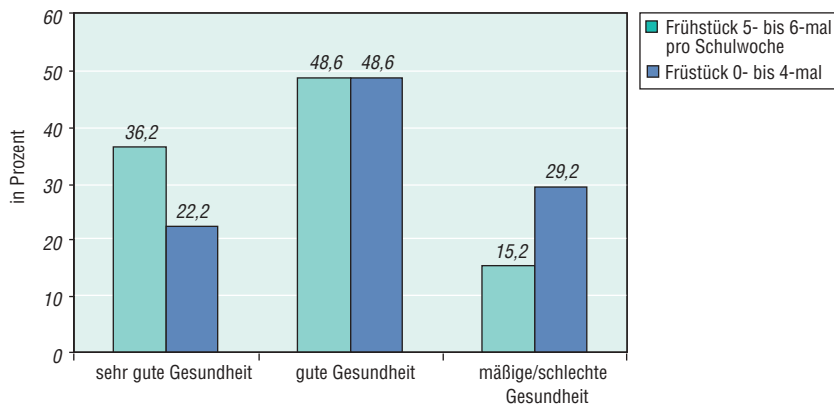
Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.3 Ernährungsverhalten

So wie in der Gesamtbevölkerung weist auch das durchschnittliche Ernährungsverhalten von Schulkindern deutlich Defizite auf. Mehr als 36 Prozent der Schulkinder, die praktisch jeden Tag vor der Schule frühstücken, fühlen sich sehr gesund. Hingegen trifft dies nur für rund 22 Prozent der Schulkinder zu, die

seltener oder nie vor der Schule frühstücken. Diese Gruppe weist auch einen fast doppelt so hohen Anteil unter jenen auf, die ihre Gesundheit als mäßig oder schlecht einschätzen, als bei Kindern, die regelmäßig frühstücken. Fast 38 Prozent der Schulkinder gehen überhaupt ohne Frühstück oder maximal einmal pro Woche mit Frühstück vor der Schule aus dem Haus.²⁶¹

Grafik 7.18: Subjektiver Gesundheitszustand und Anzahl von Tagen mit Frühstück vor der Schule in Wien



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

²⁶¹ HBSC Survey, 2001/2002.

Die Ernährungsgewohnheiten von Wiener Schulkindern beim Verzehr von Früchten und Gemüse variieren etwas stärker im Vergleich zum gesamtösterreichischen Durchschnitt. Es gibt einerseits eine etwas größere Gruppe von Kindern, die sich gesünder ernähren. So essen fast 21 Prozent der Kinder in Wien mehrmals täglich Früchte verglichen mit 18,4 Prozent in Österreich insgesamt. 7,5 Prozent der Wiener Kinder essen mehrmals täglich Gemüse, hingegen nur 5,2 Prozent der Kinder im österreichischen Durchschnitt. Andererseits nehmen Wiener Kinder deutlich mehr zuckerhaltige Nahrungsmittel zu sich. So konsumieren mehr als 12 Prozent der Wiener Schulkinder, jedoch nur knapp 10

Prozent der österreichischen Schulkinder mehrmals täglich Süßigkeiten. Fast 19 Prozent der Wiener Schulkinder konsumieren mehrmals täglich süße Limonaden; unter den österreichischen Kindern insgesamt sind es nur knapp 12 Prozent. Bedenklich scheint, dass über 17 Prozent der Wiener Schulkinder zwischen 10 und 15 Jahren maximal einmal pro Woche Früchte zu sich nehmen, bei Gemüse beträgt dieser Wert sogar mehr als ein Drittel (vgl. Tabelle 7.12). Zusammen mit dem übermäßigen Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken ergibt dies für einen erheblichen Anteil der Wiener Schulkinder ein sehr ungünstiges Bild der Ernährungsgewohnheiten.

Tabelle 7.12: Ernährungsgewohnheiten von Schulkindern im Alter von 10 bis 15 Jahren

Konsum von	nie	seltener als 1x pro Woche	1x pro Woche	2- bis 4-mal pro Woche	5- bis 6-mal pro Woche	1-mal pro Tag	mehrmals täglich
Früchten							
<i>in %</i>							
Österreich	1,8	6,1	9,8	29,3	14,9	19,7	18,4
Wien	1,5	6,8	8,8	31,6	13,2	17,2	20,9
Gemüse							
Österreich	7,5	12,4	16,2	32,3	15,3	11,2	5,2
Wien	8,7	11,6	15,7	29,2	16,9	10,4	7,5
Süßigkeiten							
Österreich	5,2	13,5	14,9	29,1	15,9	11,5	9,9
Wien	3,9	12,5	13,1	29,7	15,5	13,1	12,1
süßen Limonaden							
Österreich	10,4	23,9	13,6	19,9	11,8	8,5	11,9
Wien	7,8	19,6	10,0	19,2	12,6	11,9	18,9

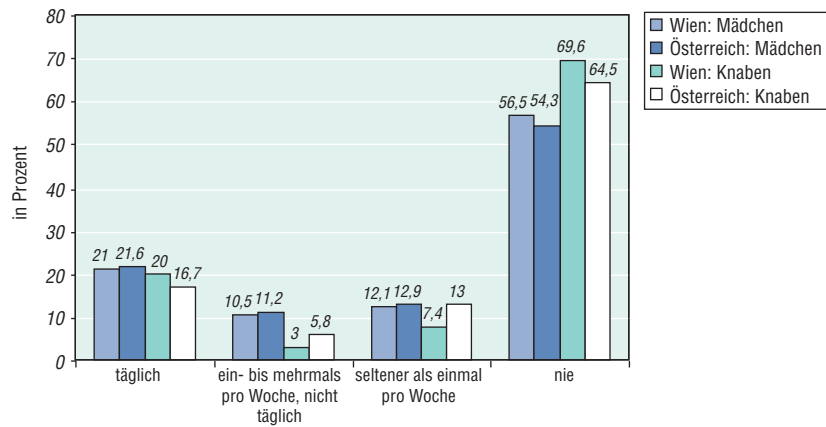
Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.4 Rauchgewohnheiten

21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Buben, also ein Fünftel aller 14- bis 15-jährigen Schulkinder in Wien, rauchen täglich. Diese Werte liegen bei Mädchen etwas unter dem österreichischen Durchschnitt, bei Buben etwas darüber. Mädchen sind deutlich häufiger

als Buben GelegenheitsraucherInnen. Immerhin sind aber auch mehr als die Hälfte aller SchülerInnen Nicht-raucherInnen, bei den Mädchen allerdings weniger (56,5 Prozent) als bei den Buben (69,6 Prozent). Für Österreich liegen die entsprechenden Zahlen bei Mädchen mit 54,3 Prozent und bei Buben mit 64,5 Prozent deutlich darunter (vgl. Grafik 7.19).

Grafik 7.19: Häufigkeit des Rauchens bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen

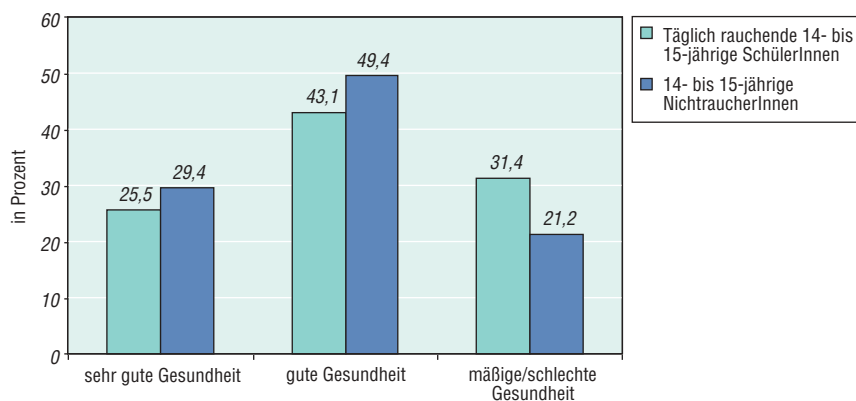


Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Rauchen hat typischerweise negative Langzeitwirkungen, die sich bei Kindern noch nicht im gleichen Maße zeigen wie bei Erwachsenen. Dennoch lassen sich bereits im Alter zwischen 14 und 15 Jahren deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bei regelmäßigen RaucherInnen im Vergleich zu NichtraucherInnen feststellen. Aufschlussreich ist hierbei die Analyse des Zusammenhangs zwischen Rauchen und subjektivem Ge-

sundheitsgefühl. 31,4 Prozent der täglich rauchenden SchülerInnen, jedoch nur 21,2 Prozent der nicht rauchenden SchülerInnen geben an, einen mäßig guten bis schlechten Gesundheitszustand zu besitzen (vgl. Grafik 7.20). Da jedoch beim Rauchverhalten auch andere, teilweise bereits erwähnte Einflussfaktoren mitspielen, muss es sich hier nicht um einen Kausalzusammenhang handeln.

Grafik 7.20: Rauchen und subjektive Gesundheit bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.5 Alkoholkonsum

Beim Konsum alkoholischer Getränke schneiden Wiener Schulkinder zwischen 14 und 15 Jahren besser ab als ihre AlterskollegInnen in Österreich insgesamt. Der Anteil der alkoholabstinenten Kinder, die nie Bier, Wein, Sekt, Schnaps, Likör oder alkoholische Mischgetränke zu sich nehmen, ist in Wien in allen Fällen höher als in Österreich. Von allen Alkoholika scheinen die oft sehr hochprozentigen und teilweise sogar gesundheitsschädlichen Mischgetränke mit Alkohol (z. B. Red Bull mit Alkohol) am beliebtesten zu sein. Fast 17 Prozent der Wiener und 25 Prozent der österreichischen Schul-

kinder dieses Alters konsumieren alkoholische Mischgetränke mindestens einmal pro Woche. Nur knapp die Hälfte der Wiener und nur rund ein Drittel der österreichischen 14- bis 15-jährigen konsumieren niemals alkoholische Mischgetränke (vgl. Tabelle 7.13).

Wenngleich aber insgesamt der Alkoholkonsum bei 14- bis 15-jährigen Wiener Schulkindern ein weniger stark ausgeprägtes Problem darstellt als bei österreichischen Schulkindern, so gibt es dennoch auch hier einen signifikanten Anteil an Kindern, die regelmäßig Alkohol zu sich nehmen und sich dadurch den gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums aussetzen.

Tabelle 7.13: Alkoholkonsum von 14- bis 15-jährigen SchülerInnen, Wien 2001/2002

	täglich	jede Woche	jedes Monat	seltener als einmal im Monat	nie
Bier					
	<i>in %</i>				
Wien	1,6	7,9	7,1	15,9	67,5
Österreich	1,0	14,1	10,0	19,5	55,5
Wein, G'spritzter, Sekt					
Wien	0,8	4,4	6,0	31,5	57,4
Österreich	1,1	8,7	12,3	31,3	46,6
Schnaps/Likör					
Wien	1,2	6,9	4,1	20,4	67,4
Österreich	0,8	6,8	9,7	22,8	59,9
Mischgetränke mit Alkohol					
Wien	1,6	15,1	11,6	22,7	49,0
Österreich	1,2	23,8	17,1	23,0	34,9

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.6 Körperliche Aktivität

Fast 16 Prozent der Mädchen in Wien und knapp 15 Prozent der Mädchen in Österreich zwischen 10 und 15 Jahren sind in einer typischen Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv. Bei den Buben liegen die entsprechenden Werte deutlich darüber, und zwar für Wien bei 23 Prozent und für Gesamtösterreich bei 23,6 Prozent. Körperlich völlig inaktiv sind 3,5 Prozent der

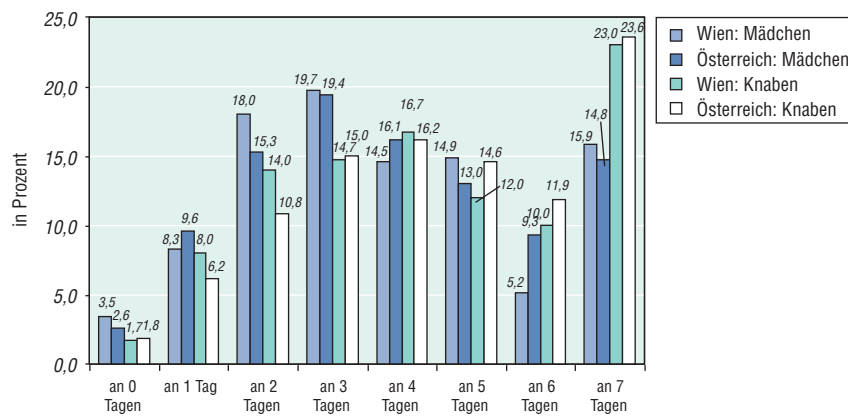
Mädchen in Wien (Österreich: 2,6 Prozent) und 1,7 Prozent der Buben (Österreich: 1,8 Prozent).

Im Schnitt sind Wiener Mädchen genauso körperlich aktiv wie Mädchen in ganz Österreich, nämlich an mindestens 3,8 Tagen pro Woche. Allerdings liegen sie damit deutlich hinter den Buben, für die der entsprechende Wert in Wien bei 4,3 Tagen, in Österreich bei 4,5 Tagen liegt.

Hinter diesen ähnlichen Durchschnittswerten zwischen Wien und Österreich bleibt verborgen, dass es im Bereich von zwei bis drei Tagen pro Woche relativ mehr körperlich aktive Wiener Kinder gibt, im Bereich von sechs Tagen pro Woche relativ mehr aktive

Kinder in Österreich insgesamt (vgl. Grafik 7.21). Generell sind Buben körperlich aktiver als Mädchen. Diese Zahlen sind von besonderer Bedeutung, da Gesundheit und Bewegung in enger Beziehung zueinander stehen.

Grafik 7.21: Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität

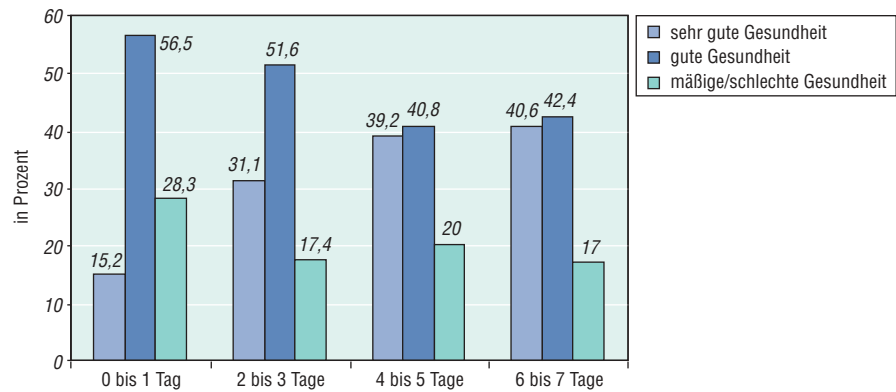


Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Über 28 Prozent der Wiener Kinder zwischen 10 und 15 Jahren, die im Schnitt maximal einen Tag pro Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, bezeichnen ihre Gesundheit als mäßig gut bis schlecht. Für alle anderen Gruppen liegt dieser Wert mit 17 bis 20 Prozent deutlich darunter. Bereits ein moderates Niveau an körperlicher Aktivität von mindestens einer Stunde an zwei bis drei Tagen pro Woche dürfte also zu einer deutlichen Verbesserung der subjektiven Gesundheit führen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Verursachung der körperlichen Inaktivität teilweise auch in die andere Richtung laufen kann, dass also kränklische Kinder vermutlich auch weniger Sport betreiben.

Unterschiede bestehen jedoch auch im subjektiven Gesundheitsempfinden zwischen Kindern, die sehr aktiv sind und jenen Kindern, die mäßig aktiv sind. Rund 40 Prozent der Kinder, die praktisch jeden Tag mindestens eine Stunde lang physische Aktivitäten setzen, fühlen sich sehr gesund. Bei Kindern, die zwei bis drei Tage pro Woche körperlich aktiv sind, liegt dieser Wert mit rund 31 Prozent deutlich darunter. Körperliche Aktivitäten, die über fünf Tage pro Woche hinausgehen, verbessern kaum mehr das subjektive Gesundheitsempfinden (vgl. Grafik 7.22).

Grafik 7.22: Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität und subjektive Gesundheit, Wien 2001/2002



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Ein deutlicher zeitlicher Kontrast besteht zwischen physischen Aktivitäten und anderen Aktivitäten, welche die Kinder außerhalb der Schulzeit setzen. Im Schnitt verbringen die 10- bis 15-jährigen Schulkinder in Wien an Schultagen etwa 2,6 Stunden vor dem Fern-

sehapparat (einschließlich Videos; Österreich: 2 Stunden). Rund 1,7 Stunden nehmen im Schnitt die Hausaufgaben in Anspruch (Österreich: 1,4 Stunden). Vor dem Computer werden rund 1,6 Stunden an Schultagen verbracht (Österreich: 1,1 Stunden).²⁶²

²⁶² HBSC Survey, 2001/2002.

7.6 Stellungsuntersuchungen 2002

Zusammenfassung

77 Prozent der Wiener Jungmänner wurden 2002 bei den Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres für tauglich befunden.

Allerdings wurden bei etwa zwei Drittel aller Untersuchten mindestens eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert. Die meisten Befunde betrafen die Bereiche „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ (18 Prozent), „Erkrankungen der Augen und deren Anhangsgebilde“ (17 Prozent) sowie „seelische Störungen“ (15 Prozent). Von „Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ waren 10 Prozent der Jungmänner betroffen. Auch „Erkrankungen der Atmungsorgane“ wurden relativ häufig festgestellt (7 Prozent).

Summary: Medical Examinations at Military Registration 2002

77 percent of young Viennese males liable for enlistment were found fit for military service in the medical and psychological examinations conducted by the registration commission 2002.

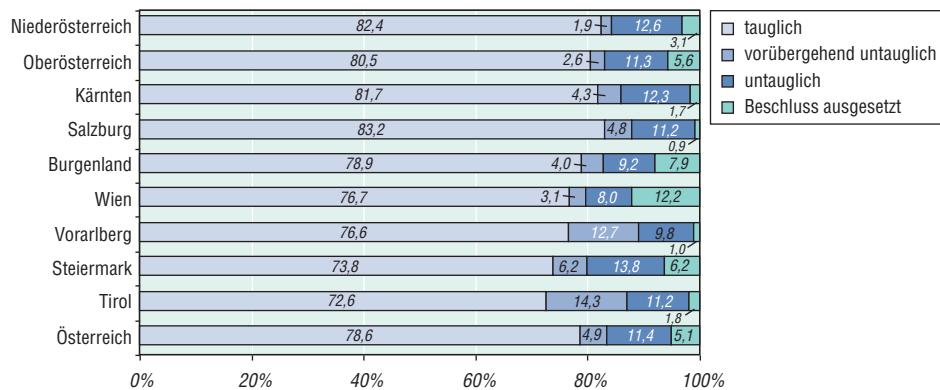
However, at least one disorder or illness was diagnosed in approximately two thirds of the young men examined. The most frequent areas of diagnosis were “diseases of the skeleton, muscles and connective tissue” (18 percent), “diseases of the eyes and the adnexa” (17 percent), and “emotional disorders” (15 percent). 10 percent had “nutritional or metabolic disorders”. “Diseases of the respiratory organs” were also relatively common (7 percent).

Die Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres im Heereskommando Wien erfolgten 2002 an jungen Männern des Geburtsjahrganges 1984. Aus militärischen Gründen wird die Anzahl der untersuchten Männer nicht bekannt gegeben; alle Angaben über Untersuchungsbefunde sind Prozentwerte. Zu bedenken ist auch, dass der Zweck der Stellungsuntersuchung primär die Feststellung der Diensttauglichkeit und nicht die Erhebung eines allgemeinen Gesundheitszustandes ist.

Die Tauglichkeitsrate ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hoch und liegt in Wien mit 77 Prozent etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von rund 79 Prozent. Die höchsten Tauglichkeitsraten weisen die Bundesländer Salzburg, Niederösterreich und Kärnten auf, die niedrigsten – wie in den vorhergehenden Jahren – Tirol, Steiermark und Vorarlberg.

Die als untauglich eingestuften Jungmänner werden entweder als vorübergehend untauglich oder als wirklich untauglich registriert.

Grafik 7.23: Tauglichkeit nach Bundesländern, 2002 (Geburtsjahrgang 1984)

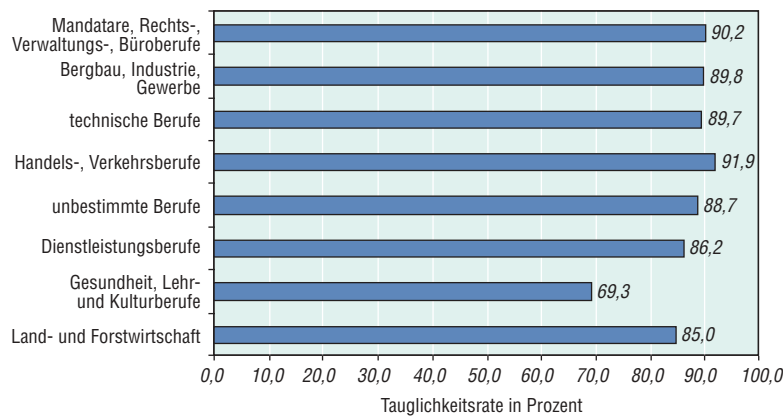


Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

Die Feststellung der Tauglichkeit nach **Berufsgruppen** zeigt für Wien, dass im Untersuchungsjahr 2002 die Ausübenden der Berufsgruppen „Handel und Verkehr“, „Recht und Verwaltung“ und „Bergbau, Indus-

trie, Gewerbe“ die höchsten Tauglichkeitsraten aufweisen. Die mit Abstand niedrigste Rate findet sich beim Jahrgang 1984 bei Berufsausübenden aus dem Bereich „Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe“.

Grafik 7.24: Tauglichkeit nach Berufsgruppen, Wien 2002 (Geburtsjahrgang 1984)



Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

Der **Gesundheitsstatus** der in Wien Untersuchten sieht wie folgt aus: Ohne Diagnose (also vollkommen „gesund“) waren im Untersuchungsjahr nur 27 Prozent der untersuchten Jungmänner. Bei rund 64 Prozent wurden eine oder mehrere der unten genannten Störungen oder Erkrankungen diagnostiziert. Fast 10 Prozent wurden zwecks genauerer Abklärung zu einem Facharzt verwiesen.

Der größte Anteil der diagnostizierten Störungen oder Krankheiten entfällt dabei auf die Kategorie „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ (18 Prozent). Fast ebenso oft (17 Prozent) wurden Erkrankungen der Augen und deren Anhangsgebilde festgestellt. Rund 16 Prozent der Untersuchten mit einer diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigung weisen „Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten“ auf, nahezu gleich oft wurde die Diagnose „seelische Störungen“ gestellt (15

Prozent). 10 Prozent der Befunde betreffen den Bereich „Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ und etwa 7 Prozent die Krankheitsgruppe „Erkrankungen der Atmungsorgane“.

Von den Untersuchten mit diagnostizierten „Krankheiten“ verteilen sich die Hauptgruppen wie folgt.

Tabelle 7.14: Befunde der Stellungsuntersuchung nach Diagnosehauptgruppen, alle Jahrgänge, Wien 2002

Diagnose	Anteil in %
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,3
Neubildungen – Tumore	0,5
Endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung	10,0
Blut und Blut bildende Organe	0,1
Seelische Störungen	15,1
Nervensystem (zentral und peripher)	1,1
Augen und deren Anhangsgebilde	16,6
Ohren, Gehör, Warzenfortsatz	0,7
Kreislaufsystem	3,8
Atmungsorgane	6,5
Mundhöhle, Speicheldrüsen, Kiefer	0,2
Verdauungstrakt, Verdauungsorgane	1,1
Harn- und Geschlechtsorgane	0,6
Haut- und Unterhautzellgewebe	2,2
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	17,5
angeborene Missbildungen	2,3
Perinatalzeit – Affektionen	0,0
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	15,8
Verletzungen und Vergiftungen	4,7
insgesamt (Summe der diagnostizierten Hauptgruppen)	100,0

Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

**VIII.
GESUNDHEIT IM ALTER**

HEALTH AT OLD AGE

8 GESUNDHEIT IM ALTER

Zusammenfassung

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich die gesundheitliche Situation der Wienerinnen und Wiener deutlich. Während rund die Hälfte der 15- bis 29-Jährigen ihre Gesundheit als sehr gut bezeichnet, trifft dies nur auf 13,7 Prozent der über 75-jährigen Männer und 16,2 Prozent der über 75-jährigen Frauen zu. Auch die jährliche Erkrankungshäufigkeit sowie die Anzahl von Krankenhausaufenthalten steigt mit zunehmendem Alter.

Bei Frauen über 60 Jahren treten besonders häufig Erkrankungen des Bewegungsapparats (27,8 Prozent Betroffene) sowie des Kreislaufsystems (15,2 Prozent Betroffene) auf. Bei Männern über 60 Jahren stehen Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 20,8 Prozent an erster Stelle, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparats mit 17,4 Prozent. Endokrinologische bzw. Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Erkrankungen von Sinnesorganen oder des Nervensystems stellen für ältere Frauen und Männer gleichermaßen relativ häufige Erkrankungen dar.

Über ein Drittel der Personen über 75 Jahren gibt an, nicht auf Hilfe durch Verwandte oder Bekannte im Krankheitsfall zurückgreifen zu können.

Die gesundheitliche Situation älterer Menschen ist dadurch gekennzeichnet, dass zusätzlich zu Faktoren wie sozioökonomischer Status oder aktives Gesundheitsverhalten die biologisch bedingten Alterungsprozesse des Körpers als wesentliche Belastungsfaktoren für die Gesundheit in den Vordergrund treten. Dementsprechend ergibt sich ein klares Altersmuster beim **subjektiven Gesundheitsempfinden**. Während rund die Hälfte der Personen zwischen 15 und 29 Jahren ihre Ge-

Summary: Health in Old Age

The state of health of Viennese men and women deteriorates strongly with age. While approximately half of the 15 to 29 year-olds describe their state of health as excellent, this holds true for only 13.7 percent of men and 16.2 percent of women above age 75. The number of illnesses per year and the number of hospital stays also increases with age.

In women above 60, diseases of the musculoskeletal system (27.8 percent) and cardiovascular diseases (15.2 percent) are especially frequent. For men above age 60 cardiovascular diseases are the most frequent (20.8 percent), followed by diseases of the musculoskeletal system (17.4 percent). Endocrinological disorders, nutritional and metabolic disorders, and diseases of the sense organs and the nervous system are equally frequent in both elderly men and women.

One in three of Viennese inhabitants above age 75 say that they cannot count on the help of family or friends when they fall ill.

sundheit als sehr gut bezeichnet, trifft dies nur auf 13,7 Prozent der über 75-jährigen Männer und 16,2 Prozent der über 75-jährigen Frauen zu. Aus subjektiver Sicht der Individuen beginnt die altersbedingte Beeinträchtigung von Gesundheit nicht erst im fortgeschrittenen Alter, sondern es handelt sich hierbei um einen durchgehenden Prozess, der sich über die gesamte Lebenszeit erstreckt.

Tabelle 8.1: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen, Wien 1999

Alter	subjektiver Gesundheitszustand (in %)				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Männer					
15 bis 29	51,3	37,8	7,6	2,6	0,7
30 bis 44	38,7	43,5	14,3	2,8	0,7
45 bis 59	27,3	43,9	21,4	5,9	1,5
60 bis 74	17,2	46,0	26,1	8,2	2,5
75 und mehr	13,7	36,6	31,8	12,8	5,1
gesamt	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
Frauen					
15 bis 29	49,3	36,8	11,4	2,5	0,0
30 bis 44	40,9	41,5	13,3	3,3	0,9
45 bis 59	23,4	45,9	22,3	7,1	1,3
60 bis 74	16,0	42,6	30,9	9,1	1,5
75 und mehr	16,2	34,3	33,7	10,5	5,4
gesamt	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4
gesamt					
Wien	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
Österreich	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Erkrankungshäufigkeit

Das schlechtere subjektive Gesundheitsempfinden älterer Menschen geht parallel einher mit einer größeren **Erkrankungshäufigkeit**. Personen über 75 Jahre haben von allen Altersgruppen das größte Risiko, mehr als einmal pro Jahr zu erkranken. Frauen über 75 Jahre sind nur zu knapp 50 Prozent über ein ganzes Jahr hinweg gesund. Verglichen mit anderen Altersgruppen – abgesehen von Kindern – schneiden sie somit im Schnitt am schlechtesten ab. Bei den älteren Männern

lag der entsprechende Wert sogar noch etwas darunter (46,7 Prozent).

In den anderen Altersgruppen ist jedoch nicht immer ein klarer Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und steigender Erkrankungshäufigkeit zu erkennen. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass der Schweregrad von Erkrankungen in dieser Statistik unberücksichtigt bleibt, während er beim subjektiven Gesundheitsempfinden eine größere Rolle spielt.

Tabelle 8.2: Erkrankungshäufigkeit nach Altersgruppen, Wien 1999

Alter	Erkrankungshäufigkeit pro Jahr (in %)				
	nie	einmal	zweimal	dreimal	viermal und öfter
Frauen					
0 bis 14	47,7	34,0	11,1	4,9	2,4
15 bis 29	51,0	34,9	9,3	3,4	1,4
30 bis 44	54,3	30,7	9,9	2,9	2,3
45 bis 59	51,4	30,5	10,9	4,1	3,1
60 bis 74	56,0	25,5	12,8	3,6	2,1
75 und mehr	49,3	27,7	12,9	6,9	3,3
gesamt	51,9	30,9	10,9	4,0	2,4
Männer					
0 bis 14	51,1	31,0	10,4	5,0	2,5
15 bis 29	51,9	34,8	9,2	1,9	2,2
30 bis 44	53,8	31,2	11,3	2,2	1,5
45 bis 59	53,9	32,3	8,5	3,0	2,4
60 bis 74	56,4	26,3	11,7	2,4	3,2
75 und mehr	46,7	33,0	13,5	5,3	1,5
gesamt	53,0	31,6	10,3	2,9	2,2
gesamt					
Wien	52,4	31,2	10,6	3,5	2,3
Österreich	50,3	33,2	10,8	3,5	2,1

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die schlechtere gesundheitliche Situation älterer Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen schlägt sich auch in einer deutlich höheren Häufigkeit von **Krankenhausaufenthalten** nieder. Während 22,7 Prozent der über 75-jährigen Männer in Wien mindestens einmal im Jahr einen Krankenhausaufenthalt hatten, war dies nur etwa halb so oft bei Männern mittleren Alters der Fall. Bei Frauen waren diese Unterschiede etwas weniger deutlich ausgeprägt. 15,7 Prozent der über 75-jährigen Frauen hatten mindestens einen

Krankenhausaufenthalt, im Vergleich zu nur 9,6 Prozent der Frauen zwischen 30 und 44 Jahren bzw. 13,7 Prozent der Frauen zwischen 45 und 49 Jahren. Bei mehrfachen Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres liegen ältere Personen besonders deutlich vor anderen Altersgruppen. Insgesamt ist hier die verglichen mit Frauen schlechtere gesundheitliche Situation älterer Männer an einem deutlich höheren Risiko für einen oder mehrere Krankenhausaufenthalte erkennbar.

Tabelle 8.3: Krankenhausaufenthalte nach Altersgruppen, Wien 1999

Alter	Krankenhausaufenthalte im Jahr vor der Befragung (in %)				
	nie	mindestens einmal	davon		
			einmal	zweimal	≥ dreimal
Frauen					
0 bis 14	87,3	12,7	10,9	1,2	0,6
15 bis 29	91,2	8,8	7,8	0,6	0,3
30 bis 44	90,4	9,6	8,4	0,8	0,5
45 bis 59	86,3	13,7	12,0	1,7	0,0
60 bis 74	86,9	13,1	11,3	1,1	0,7
75 und mehr	84,3	15,7	12,6	2,2	0,9
gesamt	88,2	11,8	10,2	1,2	0,4
Männer					
0 bis 14	91,6	8,4	6,6	1,2	0,6
15 bis 29	91,9	8,1	7,4	0,7	0,0
30 bis 44	91,1	8,9	8,0	0,7	0,2
45 bis 59	87,7	12,3	11,0	1,3	0,0
60 bis 74	83,7	16,3	13,8	2,5	0,0
75 und mehr	77,3	22,7	18,3	3,2	1,2
gesamt	89,2	10,8	9,4	1,2	0,2
gesamt					
Wien	88,7	11,3	9,8	1,2	0,3
Österreich	87,2	12,8	11,1	1,2	0,4

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Art der Erkrankungen

Verglichen mit jüngeren Frauen treten bei Frauen über 60 Jahren besonders häufig Erkrankungen des Bewegungsapparates (27,8 Prozent der über 60-jährigen Frauen sind davon betroffen) sowie des Kreislaufsystems (15,2 Prozent) auf. Aber auch in allen anderen Kategorien zeigt sich ein starker Anstieg von Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte.

Ein ähnliches Muster ist auch bei Männern feststellbar. Bei Männern über 60 Jahren stehen Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 20,8 Prozent an erster Stelle, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparats mit

17,4 Prozent. Endokrinologische bzw. Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Erkrankungen von Sinnesorganen oder des Nervensystems stellen für ältere Frauen und Männer gleichermaßen relativ häufige Erkrankungen dar.

In nahezu allen Krankheitsgruppen steigt mit zunehmendem Alter die Erkrankungsrate kontinuierlich an. Von Altersgruppe zu Altersgruppe nimmt also das Erkrankungsrisiko immer mehr zu und erreicht im fortgeschrittenen Alter seinen Höhepunkt. Dieses Muster deckt sich mit der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit, die, wie oben dargestellt, ebenfalls mit zunehmendem Alter deutlich schlechter wird.

Tabelle 8.4: Krankheiten nach Altersgruppen, Wien 2000/2001

Krankheiten	Alter (Jahre)			
	16-24	25-44	45-59	60+
Frauen (in %)				
Neoplasien	0	0,5	2	2
Endokrinologische/Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten	0,7	1,2	4,8	8,8
Psychiatrische Krankheiten (psychische Störungen)	0,2	0,2	0,6	0,8
Nervensystem, Sinnesorgane	1,3	1,7	4,8	9,6
Kreislaufsystem	0	1,4	5,4	15,2
Atmungsorgane	3,5	2,7	4,3	6,5
Verdauungsorgane	0	1,3	3,1	6,2
Urogenitalorgane	0,4	0,4	0,9	1,5
Haut, Subcutis	1,6	1,6	1,7	1,1
Bewegungsapparat	2,7	4,5	12,8	27,8
Verletzungen/Vergiftungen	0	1,5	1,1	4,9
sonstige	0,6	0,4	1,5	1,3
Männer (in %)				
Neoplasien	0	0,1	0,4	3,7
Endokrinologische/Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten	1	0,4	4,5	9,2
Psychiatrische Krankheiten (psychische Störungen)	0	0,3	0,5	0
Nervensystem, Sinnesorgane	1,2	1,7	6,2	7,5
Kreislaufsystem	0,2	1,7	6,3	20,8
Atmungsorgane	1,6	3,7	5,7	6,4
Verdauungsorgane	0,9	2,5	4,3	6,3
Urogenitalorgane	0	0,3	1,3	2,4
Haut, Subcutis	0	1,4	0,9	2
Bewegungsapparat	2,1	5	12,4	17,4
Verletzungen/Vergiftungen	0,4	2,4	4	4,9
sonstige	0	0,5	2,1	2

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

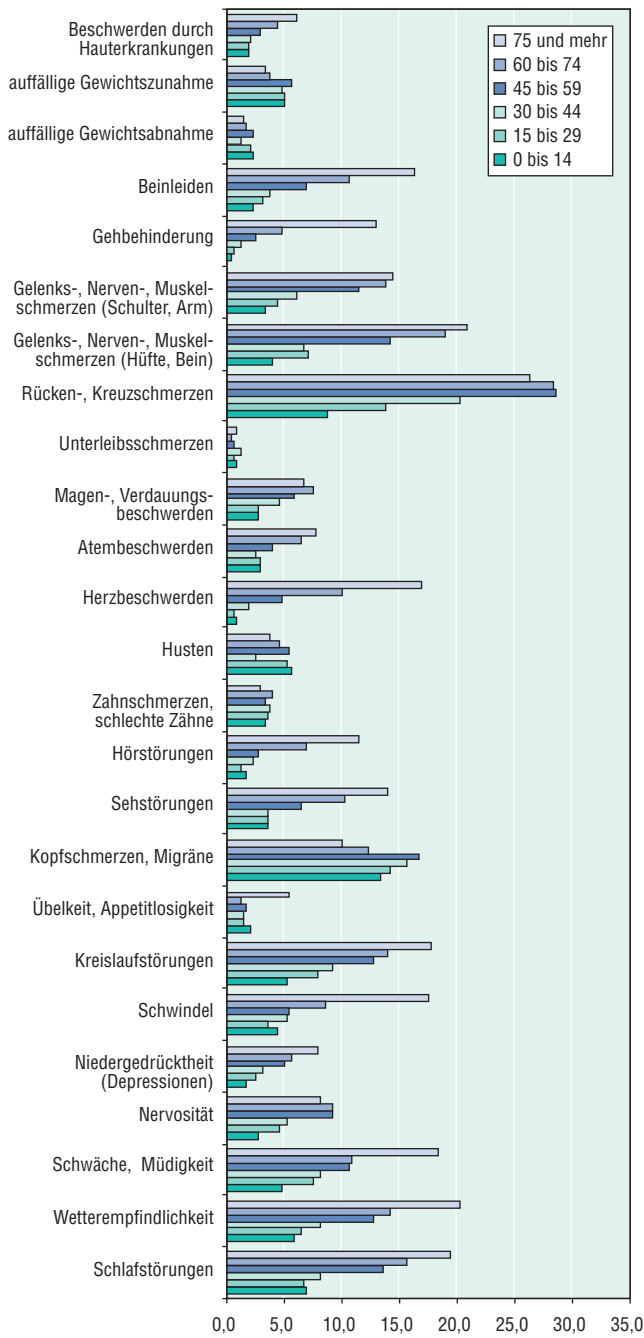
Die in dieser Tabelle aufgelisteten Beschwerden entsprechen dem Krankheitsbild älterer PatientInnen. Die große Bedeutung von Erkrankungen des Bewegungsapparates im Alter spiegelt sich in einem hohen Anteil von Personen mit Rücken- und Kreuzschmerzen (über 25 Prozent bei älteren Personen), Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen (knapp 15 Prozent bei Schultern und Armen, rund 20 Prozent bei Hüften und Beinen), Gehbehinderungen (ca. 13 Prozent bei über 75-Jährigen) sowie Beinleiden (über 15 Prozent bei über 75-Jährigen). Auch das gehäufte Auftreten von Kreislaufstörungen, Schwindel sowie Herzbeschwerden steht in engem Zusammenhang mit der relativ großen Bedeutung von Erkrankungen des Kreislaufsystems bei älteren Menschen.

Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen ist bei den über 75-Jährigen eine besonders starke Zunahme bei Gehbehinderungen, Herzbeschwerden, Schwindel, Übelkeit und Appetitlosigkeit sowie Schwäche und Müdigkeit festzustellen.

Jedoch ist die Gruppe der älteren Menschen nicht von allen Arten von Beschwerden am stärksten betroffen. Gewichtszunahmen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen und Nervosität sind vor allem bei den mittleren Altersgruppen besonders häufig.

VIII. GESUNDHEIT IM ALTER

Grafik 8.1 Gesundheitliche Beschwerden nach Altersgruppen, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Während aus den vorherigen Statistiken klar wird, dass die Krankheitsneigung mit zunehmendem Alter deutlich zunimmt, ist gleichzeitig ein deutlicher Rückgang der **Betreuungsmöglichkeiten durch Verwandte oder Bekannte** festzustellen. Über ein Drittel der Personen über 75 Jahren gibt an, nicht auf Hilfe durch Ver-

wandte oder Bekannte im Krankheitsfall zurückgreifen zu können. Hingegen trifft dies nur für rund 12 Prozent der Personen unter 75 Jahren zu. Betagte Menschen sind folglich in sehr viel höherem Maße auf Betreuung durch Einrichtungen des Wiener Gesundheitssystems angewiesen.

Tabelle 8.5: Hilfe im Alltag bei Krankheiten nach Altersgruppen, Wien 2000/2001

	Hilfe im Alltag bei Krankheiten durch Verwandte oder Bekannte erfolgt (in %)			
	ganz sicher	fast sicher	eher nicht	ganz sicher nicht
Personen unter 75 Jahren	62,5	25,5	8,2	3,9
Personen über 75 Jahren	48,5	17,7	19,5	14,3

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001

Obwohl zunehmendes Alter mit einem höheren Erkrankungsrisiko in Verbindung steht, ist dennoch auch auf die über die letzten Jahrzehnte hinweg deutlich gestiegene **Lebenserwartung** älterer Menschen hinzuweisen. Betrug im Jahr 1961 die fernere Lebenserwartung für eine 60-jährige Frau noch 19 Jahre, für einen 60-jährigen Mann noch 15 Jahre, so lag die Lebenserwartung im Jahr 2001 um fast fünf Jahre höher: Frauen 23,7 Jahre, Männer: 19,9 Jahre. Bei 80-jährigen Perso-

nen lag die Zunahme der Lebenserwartung im selben Zeitraum immerhin noch bei 2,4 Jahren für Frauen und 2,0 Jahren für Männer. Allerdings gibt die verlängerte Lebenszeit alleine noch keine Aussage über die gewonnene Lebensqualität. Hierzu bedarf es der Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit. In diesem Zusammenhang sei auf den bereits publizierten Bericht zur Lebenserwartung und Mortalität verwiesen.²⁶³

Tabelle 8.6: Lebenserwartung im Alter im zeitlichen Vergleich

Jahr	Lebenserwartung (in Jahren) im Alter von					
	60 Jahren		75 Jahren		80 Jahren	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
1961	19,0	15,0	8,6	7,2	6,3	5,4
1971	18,9	14,8	8,5	7,0	6,1	5,2
1981	20,2	16,0	9,3	7,4	6,7	5,5
1991	22,0	17,5	10,7	8,6	7,7	6,2
2001	23,7	19,9	11,6	9,8	8,7	7,4

Quelle: Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 68.

²⁶³ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

**IX.
GESUNDHEITSVERHALTEN,
LEBENSSTILE**

***HEALTH RELEVANT
BEHAVIOUR AND
LIFE STYLES***

INHALT

9	GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTILE	299
9.1	ERNÄHRUNG	299
9.2	BEWEGUNG UND ÜBERGEWICHT	306
9.2.1	Bewegung, sportliche Aktivitäten	306
9.2.2	Übergewicht	311
9.3	PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN	314
9.3.1	Der Gebrauch alkoholischer Getränke in Wien	315
9.3.2	Der Gebrauch von Tabakwaren	318
9.3.3	Der Gebrauch von Psychopharmaka	320
9.3.4	Der Konsum illegaler Substanzen	324
9.3.5	Der Mehrfachkonsum	327
9.3.6	Zusammenschau	327
9.4	RAUCHEN	329
9.4.1	Epidemiologie des Rauchens und Raucherentwöhnung	332
9.4.2	Gesundheitspolitische Bedeutung des Rauchens	351

9 GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTILE

9.1 Ernährung

Zusammenfassung

Die Ernährungsgewohnheiten der Wiener Bevölkerung entsprechen im Schnitt nicht ärztlichen Ernährungsempfehlungen. Untersuchungen haben ergeben, dass WienerInnen tendenziell zu viel Eiweiß, Fette und Cholesterin zu sich nehmen. Die Aufnahme von Kohlehydraten und Ballaststoffen liegt unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Auch bei Vitaminen und Mineralstoffen werden durch die Nahrung häufig zu geringe Mengen aufgenommen.

Rund die Hälfte der in Wien lebenden Frauen und knapp 44 Prozent der Männer geben an, besonderen Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Personen mit höherer Bildung messen gesunder Ernährung dabei deutlich mehr Bedeutung zu als weniger gebildete Personen. Insgesamt unternehmen rund 6/7 der übergewichtigen Frauen und fast 9/10 der übergewichtigen Männer nichts gegen ihre Gewichtsprobleme in Hinblick auf eine Umstellung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Der Anteil der eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhaltenden übergewichtigen Personen liegt nur geringfügig höher als bei normalgewichtigen Personen.

Gesunde Ernährung steigert deutlich die subjektiv wahrgenommene Gesundheit. 36 Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer mit gesunder Ernährung sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur 28 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer, die sich auf andere Weise ernähren.

Summary: Nutrition

The dietary behaviour of the Viennese population overall leaves much to be desired from a medical point of view. Surveys have shown that Viennese men and women tend to consume an excess of protein, fat and cholesterol. Conversely, the intake of carbohydrates and fibres is below the recommended amounts. They usually consume too little vitamins and mineral nutrients.

Approximately half of women and nearly 44 percent of men living in Vienna said they try to eat healthily. Persons with a higher level of education consider healthy nutrition more important than persons with a lower level of education. Six in seven overweight women and nearly nine in ten overweight men do not try to combat their weight problem by changing their nutritional behaviour. The share of persons trying to lose weight by observing a special diet is only slightly higher among overweight persons than among persons with normal weight.

Healthy nutrition significantly increases the subjective state of health. 36 percent of women and 38 percent of men who eat healthily are very satisfied with their state of health, while for others the figures are 28 percent for women and 29 percent for men.

Ernährung beeinflusst wesentlich den gesundheitlichen Zustand eines Menschen. Die Ernährungsgewohnheiten der Wiener Bevölkerung entsprechen jedoch nicht ärztlichen Ernährungsempfehlungen. Untersuchungen haben ergeben, dass WienerInnen im Schnitt zu viel Eiweiß, Fette und Cholesterin zu sich nehmen. Die Aufnahme von Kohlehydraten und Bal-

laststoffen liegt unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Auch bei Vitaminen und Mineralstoffen werden durch die Nahrung häufig zu geringe Mengen aufgenommen.²⁶⁴

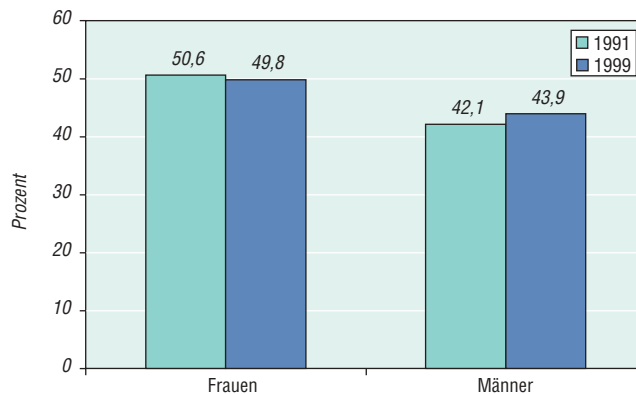
Rund die Hälfte der in Wien lebenden Frauen gibt an, besonderen Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Die-

²⁶⁴ ELMADFA (2000). Siehe auch den 2005 erscheinenden Wiener Ernährungsbericht (Hrsg. Stadt Wien).

ser Wert ist über den Zeitraum 1991 bis 1999 praktisch unverändert geblieben. Demnach hat sich das Ernährungsverhalten in den 1990er Jahren kaum verändert. Generell liegt der Anteil der Männer mit gesundheitsbewusstem Ernährungsverhalten signifikant unter jenem der Frauen. Er stieg allerdings von 42,1 Prozent im Jahr 1991 auf 43,9 Prozent im Jahr 1999. Im Vergleich

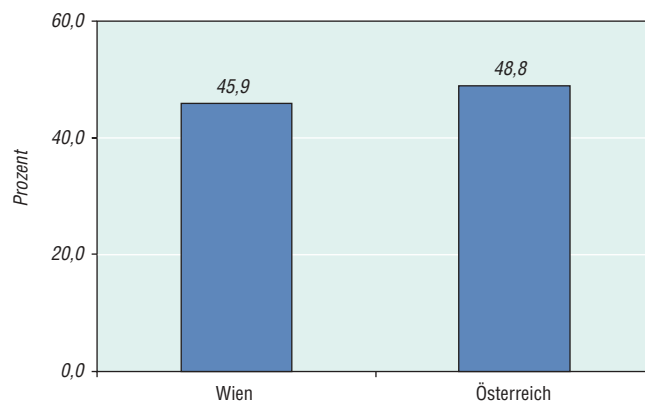
mit Gesamtösterreich zeigt sich, dass die Wiener Bevölkerung zu 45,8 Prozent Wert auf gesunde Ernährung legt, während für Österreich insgesamt der entsprechende Wert 48,8 Prozent beträgt. Insgesamt weisen diese Zahlen darauf hin, dass Initiativen zur Hebung des Ernährungsbewusstseins der Wiener Bevölkerung auf einen nach wie vor breiten Adressatenkreis treffen.

Grafik 9.1: Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Grafik 9.2: Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung in Wien und in Gesamtösterreich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Das subjektive Ernährungsbewusstsein der WienerInnen steht in engem Zusammenhang mit dem **Bildungsniveau**. Personen mit höherer Bildung messen gesunder Ernährung deutlich mehr Bedeutung zu als weniger gebildete Personen. So legen bei **Frauen** rund 60 Prozent der Hochschulabsolventinnen und AHS-

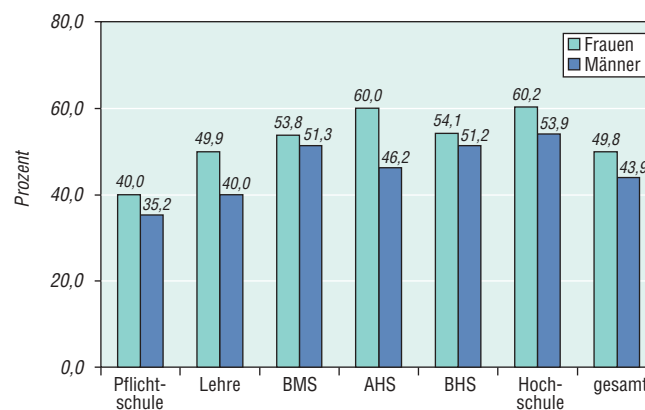
Absolventinnen Wert auf gesunde Ernährung, hingegen nur 40 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen. Auffälligerweise ist das Ernährungsbewusstsein bei BHS-Absolventinnen mit einem Wert von 54 Prozent deutlich geringer ausgeprägt als bei AHS-Maturantinnen. **Männer** zeigen über alle Bildungsstufen hinweg

ein signifikant ungesünderes Ernährungsverhalten als Frauen.

Bei AbsolventInnen berufsbildender Schulen sind diese Ernährungsunterschiede zwischen den Geschlechtern jedoch deutlich geringer ausgeprägt. Auch bestehen bei Männern relativ kleinere Unterschiede zwischen Hochschulabsolventen (54 Prozent) sowie BMS-Absolventen (51 Prozent) und BHS-Absolventen (51 Prozent).

Im Gegensatz zu weiblichen AHS-Absolventen legen Männer mit AHS-Abschluss einen im Vergleich mit anderen Bildungsgruppen geringeren Wert auf gesunde Ernährung (46 Prozent). Die Gruppe der Männer mit dem niedrigsten Bildungsabschluss (Pflichtschulabsolventen) zeigt das geringste Ernährungsbewusstsein aller Gruppen. Nur 35 Prozent dieser Gruppe legen Wert auf gesunde Ernährung.

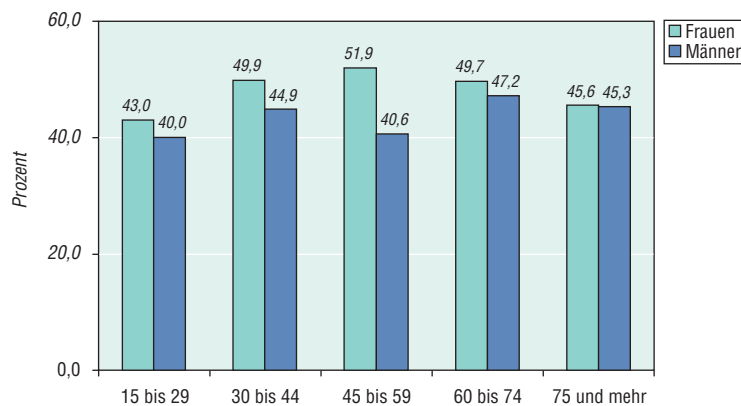
Grafik 9.3: Anteil der Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Bildungsniveau



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Im **Altersvergleich** zeigt sich, dass **Frauen** der jüngsten und der ältesten Altersgruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen am wenigsten Wert auf gesunde Ernährung legen. Für fast 44 Prozent der Frauen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren und für fast 46 Prozent der Frauen über 75 Jahre ist zwar gesunde Ernährung wichtig, jedoch beträgt für 45- bis 59-jährige Frauen dieser Wert nahezu 52 Prozent. Frauen in den mittleren Altersgruppen verfügen also über das größte Ernährungsbewusstsein.

Bei **Männern** zeigt sich kein klares Muster. Im Gegensatz zu den Frauen dieser Altersgruppe ist für 45- bis 59-jährige Männer das subjektive Ernährungsbewusstsein vergleichsweise sehr schwach ausgeprägt. Das größte Ernährungsbewusstsein zeigen Männer zwischen 60 und 74 Jahren (47 Prozent). Auffällig ist auch, dass bei alten Menschen über 75 Jahren kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen (Frauen: 46 Prozent, Männer: 45 Prozent), während sonst durchwegs Männer weniger ernährungsbewusst als Frauen sind.

Grafik 9.4: Anteil von Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Altersgruppen

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Bei der Art der **konsumierten Nahrungsmittel** zeigt sich, dass rund drei Viertel der **Männer** mehrmals pro Woche oder sogar täglich Fleisch essen. Eine etwa gleich große Gruppe verzehrt aber auch mit der gleichen Häufigkeit gekochtes oder roh zubereitetes Gemüse und frisches Obst. **Frauen** weisen einen deutlich niedrigeren Fleischkonsum auf (ca. 55 Prozent der Frauen konsumieren mehrmals pro Woche oder täglich Fleisch), dafür aber einen noch höheren Konsum an Obst und Gemüse (über 85 Prozent der Frauen konsumieren mehrmals pro Woche oder täglich Obst und Gemüse). Beim Konsum von Mehlspeisen bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Rund 50 Prozent in beiden Gruppen konsumieren mehrmals

pro Woche oder täglich Mehlspeisen, Kuchen, Kekse oder Gebäck. Beim Konsum von Vollkornbrot übertreffen Frauen Männer deutlich. Knapp zwei Drittel der Frauen essen mehrmals pro Woche oder täglich Vollkornbrot. Über drei Viertel der Männer verzehren indessen häufig Mischbrot oder Weißbrot. Insgesamt ist zu erkennen, dass nach der Art der konsumierten Lebensmittel viele WienerInnen eine breite Palette an Nahrungsmitteln konsumieren. Da jedoch insgesamt die Ernährung der Wiener Bevölkerung im Schnitt nicht ausgewogen ist, muss die Mengenverteilung innerhalb dieser breiten Palette ihren Schwerpunkt bei Nahrungsmitteln haben, die – im Übermaß genossen – der Gesundheit weniger förderlich sind.

Tabelle 9.1: Häufigkeit des Konsums der wichtigsten Nahrungsmittel

durchschnittlicher Konsum von	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
	in %				
Fisch					
Frauen	0,7	22,8	45,6	24,2	6,8
Männer	1,3	20,8	43,1	29,6	5,2
Wurst, Schinken					
Frauen	15,1	31,9	22,8	19,5	10,6
Männer	28,6	38,1	16,5	11,9	4,9
Fleisch					
Frauen	11,2	43,9	26,1	13,4	5,4
Männer	26,1	50,0	15,4	6,7	1,7
gekochtes Gemüse					
Frauen	36,4	48,4	10,2	4,0	1,1
Männer	20,0	52,6	16,9	7,4	3,1
Rohkost, Salat, rohes Gemüse					
Frauen	44,5	38,3	9,9	4,4	2,9
Männer	27,9	43,9	13,0	11,6	3,6
frisches Obst					
Frauen	64,5	22,7	8,3	3,4	1,1
Männer	45,6	29,6	12,9	10,4	1,6
Mehlspeisen, Kuchen Gebäck, Kekse					
Frauen	22,3	32,8	21,7	18,4	4,8
Männer	21,7	32,2	20,4	21,1	4,6
sonstige Süßwaren					
Frauen	14,7	24,8	20,3	30,9	9,4
Männer	15,1	26,0	19,2	28,6	11,1
Vollkornbrot, Knäckebrot					
Frauen	35,9	28,5	13,3	11,5	10,8
Männer	20,8	22,9	18,3	18,0	19,9
Weißbrot, Mischbrot					
Frauen	31,9	33,3	13,8	15,2	5,8
Männer	45,8	27,4	13,2	11,0	2,7
Eier					
Frauen	6,6	24,9	36,6	27,4	4,5
Männer	7,8	28,8	32,6	25,9	4,9
Käse, Topfen, Joghurt					
Frauen	58,8	31,3	6,3	2,5	1,1
Männer	44,1	38,8	9,2	5,4	2,5

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bei **Getränken** zeigt sich, dass rund zwei Drittel der Wienerinnen und Wiener im Schnitt weniger als $\frac{1}{4}$ Liter Milch täglich zu sich nehmen. Rund ein Viertel der Frauen und ein Drittel der Männer trinkt hingegen im Schnitt täglich mehr als $\frac{1}{4}$ Liter Kaffee. Nur rund 20

Prozent der befragten Personen kommt ohne Kaffee aus. Der Konsum von Softdrinks (gesüßten Erfrischungsgetränken wie Coca Cola, Sprite, etc.) liegt bei Frauen vergleichsweise deutlich niedriger. Knapp zwei Drittel nehmen keinerlei Softdrinks zu sich, etwas mehr

als ein Zehntel trinkt im Schnitt täglich mehr als ¼ Liter. Bei Männern liegt der Konsum von Softdrinks

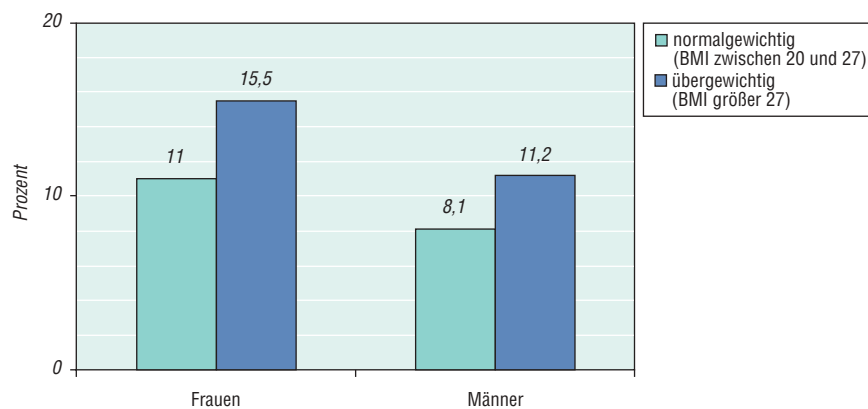
deutlich höher. Über 27 Prozent trinken im Schnitt mehr als ¼ Liter täglich.

Tabelle 9.2: Durchschnittlicher Getränkekonsum pro Tag

Konsumierte Getränke	nichts	bis 1/16 l	bis 1/8 l	bis 1/4 l	bis 1/2 l	bis 1 l	bis 2 l	mehr
	in %							
Milch								
Frauen	31,0	18,1	16,3	21,6	10,3	2,6	0,0	0,0
Männer	34,8	17,5	12,7	19,3	10,7	4,5	0,3	0,4
Kaffee								
Frauen	19,5	7,2	13,8	33,7	20,0	4,8	0,6	0,3
Männer	21,1	6,5	9,8	28,7	22,9	9,2	1,3	0,4
Soft Drinks								
Frauen	65,9	5,9	6,6	10,6	6,7	3,0	1,0	0,2
Männer	42,2	8,9	8,9	12,4	12,9	11,4	2,1	1,3

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9.5: Anteil der Personen, die eine besondere Diät oder Ernährungsweise einhalten



Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Für den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit stellt sich die Frage, inwiefern Personen mit **Gewichtsproblemen** durch gezielte Ernährung diesem Gesundheitsrisiko Rechnung zu tragen versuchen. *Grafik 9.5* zeigt, dass rund 16 Prozent der übergewichtigen Frauen und 11 Prozent der übergewichtigen Männer spezielle Diät halten. Bei normalgewichtigen Personen betragen die entsprechenden Werte für Frauen und

Männer 11 Prozent. Insgesamt unternehmen also rund 6/7 der übergewichtigen Frauen und fast 9/10 der übergewichtigen Männer nichts gegen ihre Gewichtsprobleme, etwa durch Umstellung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Der Anteil der eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhaltenden Personen liegt nur geringfügig höher als bei normalgewichtigen Personen.

Tabelle 9.3: Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und gesunde Ernährung

Ernährungsgewohnheiten	sehr ...	ziemlich ...	wenig ...	gar nicht ...
	... zufrieden mit eigener Gesundheit (in %)			
Frauen				
Personen mit gesunder Ernährung	36,2	49,0	11,5	3,4
andere	28,3	50,6	14,6	6,5
Männer				
Personen mit gesunder Ernährung	38,3	50,6	8,7	2,5
andere	29,3	55,2	12,4	3,1

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Effekt gesunder Ernährung auf das **subjektive Wohlbefinden** lässt sich für Wien anhand der vorhandenen Daten klar dokumentieren. Verglichen mit Frauen, die sich nicht bewusst gesund ernähren, sind gesund ernährte Frauen weitaus seltener mit ihrer Gesundheit wenig oder gar nicht zufrieden. Bei Männern sind die Unterschiede hier geringer. Umgekehrt sind 36

Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer mit gesunder Ernährung mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur 28 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer, die sich auf andere Weise ernähren. Gesunde Ernährung steigert also deutlich die subjektiv wahrgenommene persönliche Gesundheit.

9.2 Bewegung und Übergewicht

Zusammenfassung

Im Jahr 1999 setzten 46 Prozent der Wiener Männer und 41 Prozent der Wiener Frauen körperliche Aktivitäten zur Minderung gesundheitlicher Risiken. Damit war deutlich mehr als die Hälfte der Wiener Bevölkerung körperlich nicht aktiv.

Rund 40 Prozent der sportlich aktiven Frauen und Männer sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur etwa 24 Prozent der sportlich nicht aktiven Personen. Bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren ist der Anteil der körperlich Aktiven in den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen. Waren 1991 noch 62 Prozent der jungen Männer und 53 Prozent der jungen Frauen körperlich aktiv, so traf dies 1999 nur noch auf 51 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen zu. Personen mit niedrigem Bildungsniveau setzen deutlich weniger körperliche Aktivitäten, sie sind aber auch beruflich physisch stärker gefordert. Die mit Abstand häufigste körperliche Aktivität stellt das Zurücklegen längerer Wege zu Fuß dar.

Im zeitlichen Vergleich (1991 versus 1999) zeigt sich, dass bei Männern und Frauen der Anteil an Personen mit Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index zwischen 27 und 30) in allen Altersklassen deutlich abgenommen hat. Bei Personen mit starkem Übergewicht (d. h. mit einem Body Mass Index über 30) waren nur geringe Veränderungen zu verzeichnen. Dennoch sind in den mittleren Altersgruppen immer noch rund 40 Prozent der Personen übergewichtig oder stark übergewichtig. Generell ist zu beobachten, dass – abgesehen von hochbetagten Personen – die Anteile der übergewichtigen Personen mit zunehmendem Alter deutlich steigen.

Summary: Physical Activity and Overweight

In 1999, 46 percent of Viennese men and 41 percent of Viennese women engaged in physical activity to reduce health risks. This means that more than half of the Viennese population was not physically active.

Approximately 40 percent of physically active men and women are very satisfied with their state of health, while this is true of only 24 percent of persons who are not physically active. The rate of physically active persons in the age group 15 to 29 decreased significantly over the 1990s. While in 1991, 62 percent of young men and 53 percent of young women were physically active, in 1999 the corresponding figures were only 51 percent for men and 44 percent for women. Persons with a low level of education engage in sports far less frequently than others, but their work often involves more physical labour. The most frequent physical activity by far is walking long distances.

A comparison over time (1991 versus 1999) shows that for both sexes the percentage of overweight persons (i.e. with a Body Mass Index between 27 and 30) has decreased significantly in all age groups, while there are hardly any changes to be noted for obese persons (BMI above 30). Despite these changes, 40 percent of middle-aged persons are still overweight or obese. In general the percentage of overweight persons increases significantly with age, with the exception of very old age.

9.2.1 Bewegung, sportliche Aktivitäten

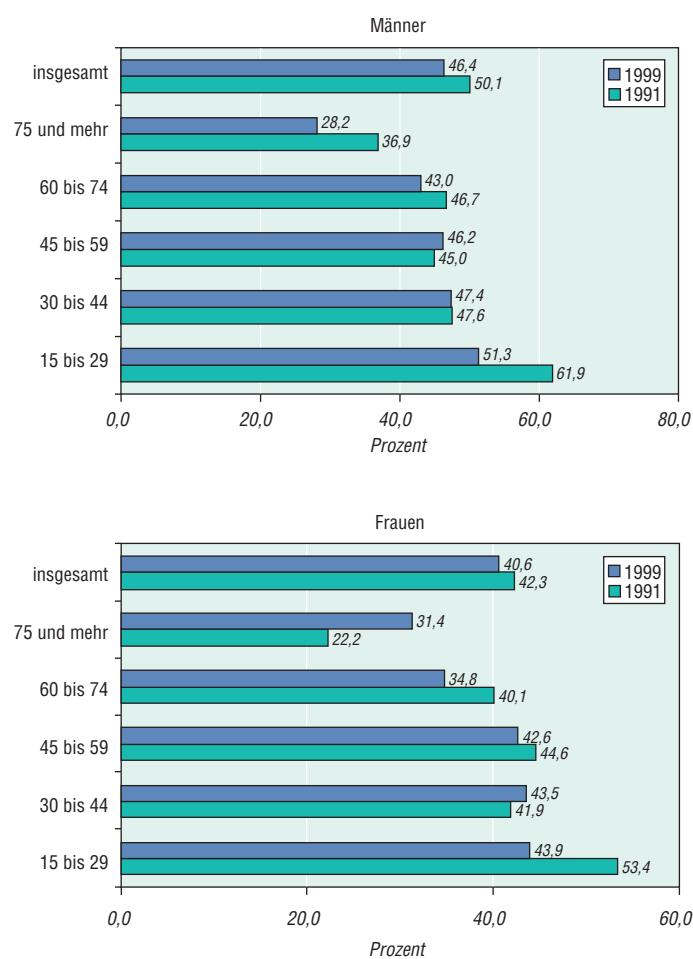
Körperliche Betätigung spielt eine wesentliche Rolle für die Gesundheit eines Menschen. Dies trifft umso mehr für die BewohnerInnen einer Großstadt wie Wien zu. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass bei jungen

Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren der Anteil der körperlich Aktiven in den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen ist. Waren 1991 noch 62 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen körperlich aktiv, so traf dies 1999 nur noch auf 51 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen zu. In den mittleren Al-

tergruppen gab es bei beiden Geschlechtern nur relativ geringfügige Verschiebungen ohne einheitliche Tendenz. Bei älteren Personen zwischen 60 und 74 Jahren sind jedoch, ähnlich wie bei jüngeren Personen, deutliche Rückgänge feststellbar (siehe folgende Grafik). Bei hochbetagten Personen über 75 Jahren fällt auf, dass nach den vorliegenden statistischen Daten 1999 deutlich mehr Frauen aktiv sind (31 Prozent) als 1991 (22 Prozent). Für Männer lässt sich dieses Muster nicht

feststellen. Generell gilt über praktisch alle Altersgruppen hinweg, dass Frauen signifikant weniger körperlich aktiv sind als Männer. Im Jahr 1999 setzten 46 Prozent der Wiener Männer, jedoch nur 41 Prozent der Wiener Frauen körperliche Aktivitäten. Ein Gesamtbefund für die Wiener Bevölkerung ergibt daher, dass bei beiden Geschlechtern deutlich mehr als die Hälfte körperlich nicht aktiv ist und dadurch erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

Grafik 9.6: Körperliche Aktivitäten in Wien nach Geschlecht und Alter sowie im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

Intensivere körperliche Betätigung ist mit **Schwitzen** verbunden. Die Häufigkeit des Schwitzens innerhalb einer Woche ist deshalb ein aufschlussreicher Indikator für das Ausmaß an körperlicher Aktivität. Hierbei zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit dem Bildungsni-

veau einer Person. Rund drei Viertel der PflichtschulabsolventInnen geben an, niemals infolge körperlicher Aktivität innerhalb einer Woche zu schwitzen. Hingegen trifft dies nur für rund 57 Prozent der Hochschulabsolventinnen und 52 Prozent der Hochschulabsol-

venten zu. Während bei Männern Schichten mit mittlerem Bildungsniveau ähnlich hohe Anteile wie Hochschulabsolventen erzielen, besteht bei Frauen durch-

wegs ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe des Bildungsniveaus und dem Ausmaß an körperlicher Aktivität.

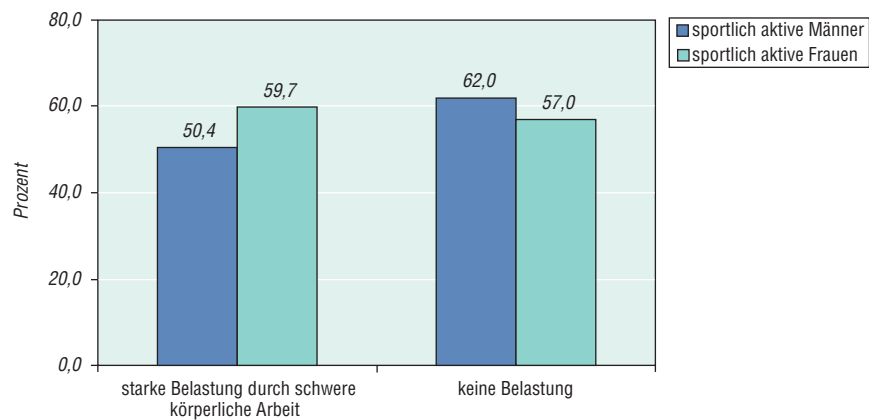
Tabelle 9.4: Schwitzen infolge körperlicher Betätigung nach Bildung

Bildungsabschluss	Schwitzen infolge körperlicher Betätigung an Tag(en) pro Woche in %				
	nie	an einem Tag	an zwei Tagen	an drei bis vier Tagen	an fünf und mehr Tagen
Frauen					
Pflichtschule	76,9	7,1	6,2	18,3	4,3
Lehre	68,4	10,4	7,5	19,6	3,9
BMS	63,3	14,0	8,0	15,4	2,8
AHS	66,0	15,1	9,3	25,4	4,2
BHS	66,3	18,9	7,9	23,2	5,4
Hochschule	56,5	14,2	13,6	15,6	4,2
gesamt	68,6	11,5	8,0	7,2	4,7
Männer					
Pflichtschule	73,2	11,5	4,1	15,1	3,4
Lehre	62,9	11,6	9,3	22,3	5,9
BMS	52,9	14,7	17,6	20,0	4,4
AHS	50,8	16,8	15,5	16,7	4,7
BHS	54,3	18,4	12,5	12,6	3,4
Hochschule	52,1	14,9	17,7	7,4	0,5
gesamt	60,2	13,5	11,3	9,5	5,6

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Häufig wird bei Befragungen nach den sportlichen Aktivitäten von Individuen vernachlässigt, dass Personen mit **erhöhten beruflichen körperlichen Belastungen** in ihrer Freizeit möglicherweise mehr Wert auf Regeneration durch körperliche Ruhephasen legen und deshalb weniger sportlich aktiv sind. Tatsächlich lässt sich dieser Zusammenhang zumindest bei Männern deut-

lich beobachten. So betreiben 62 Prozent der Männer, die beruflich keinerlei schweren körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, Sport, jedoch nur 50 Prozent der Männer, die schwere körperliche Arbeit verrichten. Bei Frauen sind die Unterschiede deutlich geringer. Körperlich schwer arbeitende Frauen sind sogar auch sportlich etwas mehr aktiv.

Grafik 9.7: Sportliche Aktivitäten und starke Belastung durch schwere körperliche Arbeit

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Nach **Art und Häufigkeit sportlicher Betätigungen** dominiert mit großem Abstand das Zurücklegen längerer Wege zu Fuß. 63 Prozent der Frauen und 57 Prozent der Männer geben an, mehrmals pro Woche längere Wege zu Fuß zurückzulegen. Knapp 20 Prozent der Frauen betreiben außerdem mehrmals pro Woche Turnen, Gymnastik, Tanz oder Aerobic. 11 Prozent fahren mehrmals pro Woche mit dem Fahrrad, weitere 10 Prozent alle ein bis zwei Wochen. Rund ein Viertel der Frauen geht zumindest einmal im Monat schwimmen. Gartenarbeit sowie Wandern und Bergsteigen werden

gleichermaßen von Männern und Frauen zu rund 20 Prozent zumindest einmal im Monat betrieben. Rund 10 Prozent der Frauen laufen oder betätigen sich am Heimtrainer zumindest einmal alle ein bis zwei Wochen. Fahrradfahren ist bei Männern deutlich häufiger verbreitet als bei Frauen. Rund 30 Prozent der Männer fahren zumindest einmal alle ein bis zwei Wochen mit dem Fahrrad, hingegen nur 22 Prozent der Frauen. Außerdem betreiben Männer deutlich mehr Ballsportarten als Frauen und gehen signifikant häufiger laufen.

Tabelle 9.5: Häufigkeit sportlicher Betätigungen (außerhalb der Urlaubszeit)

Art der sportlichen Betätigung	mehrmals pro Woche	alle 1 bis 2 Wochen	1- bis 2-mal pro Monat	seltener	nie
	(in %)				
Frauen					
längere Wege zu Fuß gehen	62,7	15,5	4,7	5,7	11,4
Wandern, Bergsteigen	1,3	9,6	11,8	25,5	51,8
Fahrradfahren	11,4	10,2	9,9	17,9	50,7
Gartenarbeit	7,2	8,1	5,4	8,8	70,4
Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic	19,5	14,4	4,9	10,1	51,1
Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1,0	3,5	4,6	13,1	77,9
Schwimmen	4,7	9,2	13,9	27,1	45,1
Laufen	5,5	4,7	3,5	7,3	79,0
Fußball, Basketball, Volleyball, Handball	1,2	2,0	1,6	4,6	90,6
Rudern	0,1	0,2	0,2	1,4	98,1
Ski	0,5	1,6	4,6	16,7	76,6
Tischtennis, Federball	0,5	1,7	2,7	9,6	85,5
Tennis, Squash	0,8	1,8	1,9	5,9	89,6
Heimtrainer u. ä.	7,6	3,9	2,3	4,5	81,7
Männer					
längere Wege zu Fuß gehen	57,2	16,8	5,6	8,3	12,1
Wandern, Bergsteigen	2,2	7,7	12,5	30,1	47,6
Fahrradfahren	15,5	14,3	8,8	18,0	43,4
Gartenarbeit	7,5	7,9	6,7	10,2	67,7
Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic	11,1	7,8	3,8	9,4	67,9
Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1,9	3,2	4,5	12,5	78,0
Schwimmen	4,0	10,2	15,5	27,5	42,8
Laufen	7,8	6,7	5,2	10,0	70,2
Fußball, Basketball, Volleyball, Handball	5,8	8,0	4,9	9,7	71,6
Rudern	0,5	0,4	0,7	2,2	96,2
Ski	0,6	2,2	6,2	21,6	69,5
Tischtennis, Federball	1,1	3,8	5,1	13,6	76,5
Tennis, Squash	3,0	5,6	3,4	7,6	80,4
Heimtrainer u. ä.	8,9	4,7	2,6	5,5	78,3

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Insgesamt lässt sich zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität und der **subjektiven Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit** ein deutlicher Zusammenhang feststellen. Rund 40 Prozent der sportlich aktiven Frauen und Männer sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur etwa 24 Prozent der sportlich nicht aktiven Personen. Hingegen sind rund ein Viertel der sportlich nicht aktiven Frauen und ein Fünf-

tel der sportlich nicht aktiven Männer mit ihrer Gesundheit wenig bis gar nicht zufrieden, jedoch nur rund ein Zehntel der sportlich aktiven Personen. Die Kausalität dürfte hier jedoch in beide Richtungen laufen. Einerseits verbessert körperliche Betätigung die Gesundheit, andererseits sind gesündere Menschen auch häufiger körperlich aktiv.

Tabelle 9.6: Sportliche Aktivitäten und subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

sportliche Aktivität	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
	zufrieden mit eigener Gesundheit (in %)			
Frauen				
sportlich nicht aktiv	23,6	50,5	17,6	8,4
sportlich aktiv	40,3	49,0	9,0	1,7
Männer				
sportlich nicht aktiv	24,0	55,1	15,8	5,1
sportlich aktiv	39,8	51,8	7,2	1,2

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

9.2.2 Übergewicht

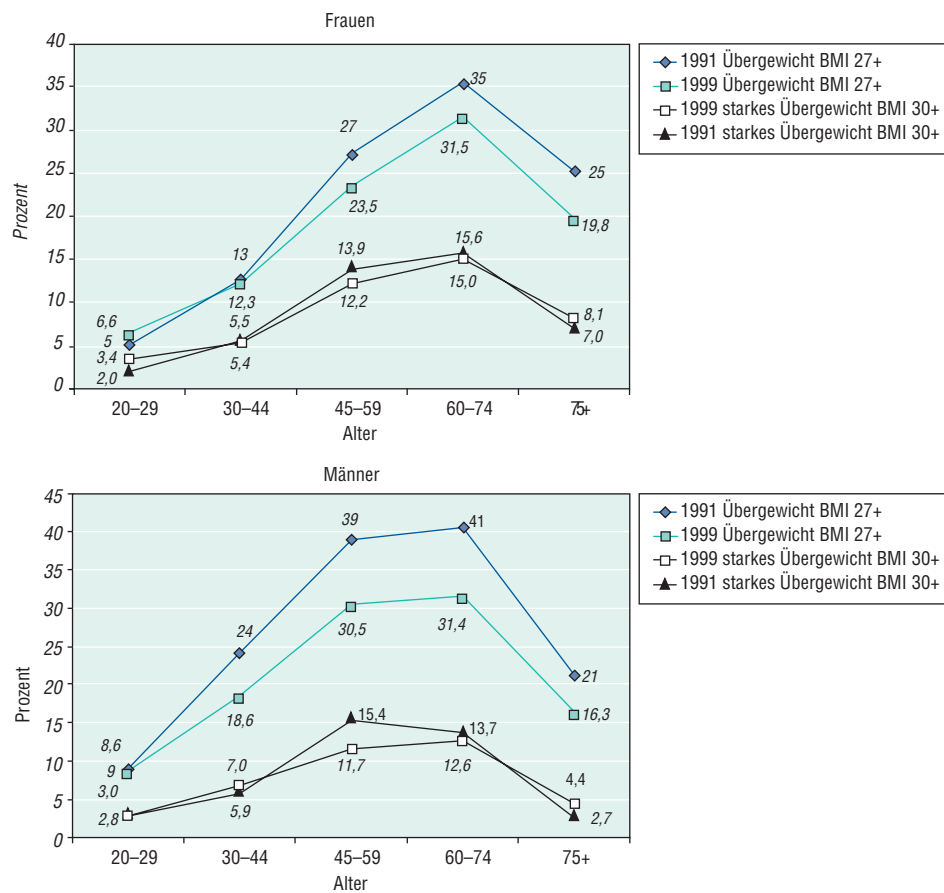
Ernährung und Bewegung bilden gemeinsam wesentliche Bestimmungsfaktoren für das Gewicht einer Person in Relation zu ihrer Größe, und damit für das Übergewicht bzw. Untergewicht einer Person. Der **Body Mass Index**, definiert als Quotient aus Körpermasse in Kilogramm und Körperhöhe in Meter zum Quadrat, dient zur quantitativen Erfassung dieser Relation und damit zur Charakterisierung von Übergewicht bzw. Untergewicht.

Im **zeitlichen Vergleich** zeigt sich, dass bei Männern und Frauen gleichermaßen der Anteil an Personen mit Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index zwischen 27 und 30) in allen Altersklassen deutlich abgenommen hat. Waren etwa im Jahr 1991 noch 39 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen im Alter zwischen

45 und 59 Jahren übergewichtig, so traf dies im Jahr 1999 nur noch auf knapp 31 Prozent der Männer und knapp 24 Prozent der Frauen zu. Bei Personen mit starkem Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index über 30) waren hingegen nur geringe Veränderungen über alle Altersklassen hinweg zu verzeichnen. Generell ist zu beobachten, dass die Anteile der übergewichtigen Personen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen. Erst bei Personen über 75 Jahren reduzieren sich diese Anteile wieder.

Insgesamt ist zu erkennen, dass, trotz Fortschritten bei der Verringerung von Gewichtsproblemen bei Menschen mittleren Alters, nach wie vor rund 40 Prozent der Personen in den mittleren Altersgruppen übergewichtig oder stark übergewichtig sind. Somit stellt Übergewicht immer noch ein Gesundheitsrisiko für einen erheblichen Anteil der Wiener Bevölkerung dar.

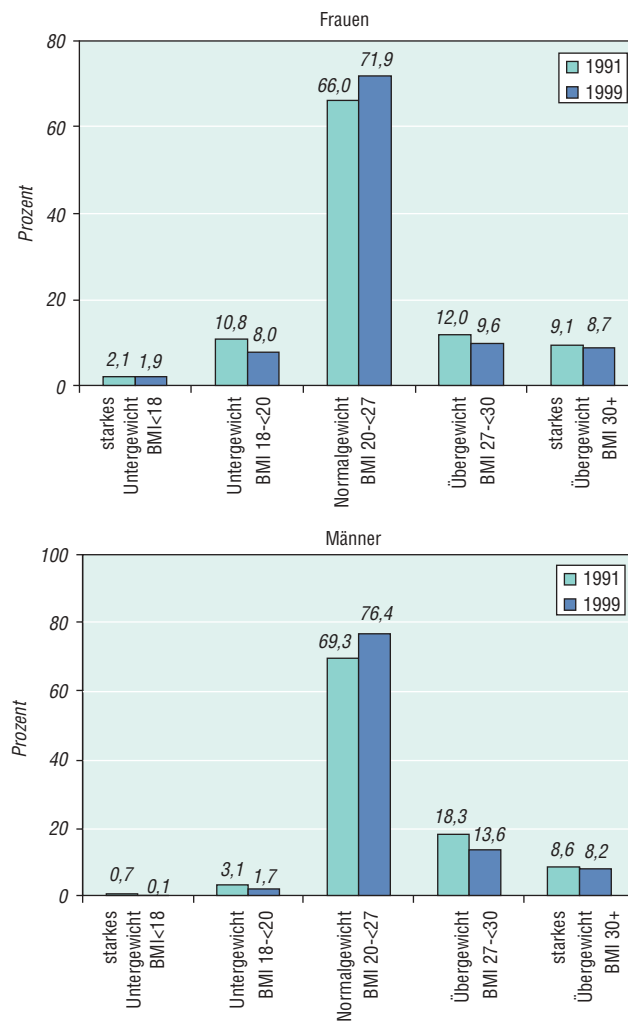
Grafik 9.8: Body Mass Index nach Alter und Geschlecht im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

Ein Blick auf die gesamte Verteilung des Body Mass Index für Wien zeigt deutliche Verbesserungstendenzen beim Körpergewicht in den 1990er Jahren. So stieg der Anteil der normalgewichtigen Frauen zwischen 1991 und 1999 von 66 Prozent auf 72 Prozent, bei Männern von 69 Prozent auf 76 Prozent. Positiv ist auch zu ver-

merken, dass die Anteile der untergewichtigen und stark untergewichtigen Personen zurückgegangen sind. Waren etwa 1991 noch 11 Prozent der Frauen mit einem Body Mass Index zwischen 18 und 20 untergewichtig, so sank dieser 1999 auf 8 Prozent. Bei Männern stellt Untergewicht eher ein Randproblem dar.

Grafik 9.9: Verteilung des Body Mass Index in der Wiener Bevölkerung im zeitlichen Vergleich

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

9.3 Psychoaktive Substanzen

Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse der Suchtmittelstudien der Jahre 1993, 1995, 1997, 1999 und 2001 hat sich der Konsum von alkoholischen Getränken, Tabakwaren, Psychopharmaka und illegalen Drogen in dieser Zeit nicht maßgeblich verändert. Nur bei den Erfahrungen mit Cannabis zeigt sich seit Ende der 90er Jahre ein Anstieg.

Allerdings sind deutliche geschlechtsspezifische Verschiebungen beim Suchtmittelkonsum in Wien festzustellen, und zwar in Richtung einer Annäherung der Gebrauchsgewohnheiten von Frauen und Männern.

Den alkoholischen Getränken wird am häufigsten von den WienerInnen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren zugesprochen. Die meisten RaucherInnen finden sich in der Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen. Die Psychopharmaka-KonsumentInnen hingegen sind vorwiegend Ältere (über 50-Jährige), mit Ausnahme der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel, die vor allem Frauen zwischen 40 und 50 einnehmen. Hanfprodukte sind hingegen die Substanzen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Summary: Psychoactive Substances

The results of the Vienna Drug Survey of 1993, 1995, 1997, 1999 and 2001 show that the consumption of alcohol, tobacco, antipsychotic drugs and illegal drugs has not changed significantly over this period. The only exception is cannabis; the number of persons who have experiences with this drug has increased since the late 1990s.

However, gender-specific changes can be observed in the consumption of legal and illegal drugs; the consumption patterns of women are becoming comparable to those of men.

Alcohol is consumed most frequently by men and women in the age group 40 to 60. The highest percentage of smokers is in the age group 30 to 50. Antipsychotic drugs are mostly taken by older people (above 50 years), with the exception of weight-loss products, which are mainly consumed by women aged 40 to 50. Cannabis products on the other hand are substances consumed mainly by adolescents and young adults.

Einleitung

Der Konsum von psychotropen Substanzen – oder auch von Suchtmitteln, wie sie hier der Einfachheit wegen auch genannt werden sollen – lässt sich auf mindestens zwei Ranglisten abbilden.

Zum einen auf der Rangliste der öffentlichen Aufmerksamkeit, die ihnen zukommt. Diese wird – und das muss nicht erst durch wissenschaftliche Studien erhärtet werden – seit mehr als 30 Jahren von den so genannten „illegalen Drogen“ angeführt. Das sind jene Substanzen, die durch das Suchtmittelgesetz kontrolliert werden, was allerdings nicht bedeutet, dass ihr Gebrauch gänzlich verboten ist. Die meisten dieser Stoffe

sind unter Auflagen im medizinischen Bereich einsetzbar, nur bei einigen wenigen – darunter Heroin, Cannabis und LSD – ist auch dies nicht gestattet. Sie dürfen nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, und wissenschaftliche Studien bedürfen der Genehmigung und unterliegen der Kontrolle durch internationale Behörden.

Unklar bleibt, welche Substanzen die Ränge besetzen, die mit großem Abstand dem ersten folgen: Ob dies die alkoholischen Getränke sind, die Rauchwaren oder die Psychopharmaka (die sich zum Teil mit den „illegalen Drogen“ überschneiden), dürfte auch vom Tagesgeschehen abhängig sein. Ist die Weinernte bedroht oder gab es einen aufsehenerregenden Unfall mit alkoholi-

sierten Beteiligten, mögen die Alkoholika auf Platz 2 zu finden sein. Würde gerade eine neue Studie über die Folgen des Zigarettenrauchens der Öffentlichkeit vorgestellt oder wurden die Rauchverbote in einem anderen Industrieland ausgeweitet, könnte das Nikotin auf den Rang nach den „illegalen“ rücken. War gerade wieder die Rede vom steigenden Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern, könnten sich diese vor dem Alkohol und dem Tabak festsetzen.

Die zweite Rangliste – die, die hier interessiert – ist die des Gebrauchs der genannten Substanzen, die mit Ausnahme von Kaffee und Tee die meistkonsumierten psychotropen Substanzen sind: in Wien, in Österreich insgesamt und in allen industrialisierten Ländern. Die zweite Rangliste ist – unscharf gesprochen – das negative Abbild der ersten. Sie wird von den alkoholischen Getränken angeführt – nachweislich, solange wir über Informationen verfügen, und das ist seit einigen Jahrhunderten.²⁶⁵ Den alkoholischen Getränken folgen, bereits kräftig abgeschlagen, die Rauchwaren. Das Ende der Liste teilen sich die Psychopharmaka und die illegalen Substanzen, wobei von den letzteren nur die Hanfprodukte (wie Haschisch und Marihuana) an die „Reichweite“ der Psychopharmaka herankommen.

Die öffentliche Aufmerksamkeit und der tatsächliche Gebrauch laufen also in gegensätzliche Richtungen: Wir schenken dem, was wir alltäglich gebrauchen, besondere Aufmerksamkeit nur dann, wenn außerordentliche Ereignisse stattfinden, und wir beachten und besprechen fast täglich, was wir zumeist nur vom Hörensagen kennen. Man mag die Meinung vertreten, dies hätte mit dem Ausmaß der gesundheitlichen Bedrohung durch die Substanzen zu tun. Ich möchte die Meinung vertreten, dass dies mit dem „sensation seeking“ verbunden ist, mit dem der abweichende Konsum von Rauschmitteln gerne in Verbindung gebracht wird, das jedoch auch – oder vor allem? – bei jenen zu finden ist, die nur zusehen.

Die empirische Begründung der zweiten Rangliste stößt auf größere Probleme. Sie ist von zugegebenermaßen aufwendigen Erhebungen abhängig, an denen es in Österreich und in Wien mangelt. Die Lücke wird seit 1993 teilweise durch die so genannten **Suchtmittelstudien** geschlossen, die vom Drogenkoordinator in Auftrag gegeben werden, und die seither in Abständen

von zwei Jahren wiederholt wurden. Die ausführende Einrichtung war seit Beginn das IFES, was der Kontinuität in der Durchführung wie in der Aufbereitung der Daten sehr förderlich ist. Die Suchtmittelstudien zielen in erster Linie auf die Evaluation der Wiener Drogenpolitik, doch beinhalten sie auch einige Fragen nach dem Konsum von illegalen, ebenso wie von legalen Substanzen – Fragen, die im Lauf der Jahre nicht nur ausgebaut sondern auch präzisiert wurden. Die Ergebnisse der Studien zum Konsum alkoholischer Getränke, zum Rauchen, zum Gebrauch von Psychopharmaka wie zu den Erfahrungen mit illegalen Drogen sollen in der Folge vorgestellt werden, wobei mit dem Anführer der Rangliste des Gebrauchs – den alkoholischen Getränken – begonnen und im Sinne der Rangliste fortgeschritten wird. Besondere Aufmerksamkeit wird den geschlechts- alters- und bildungsspezifischen Unterschieden zukommen, also grundlegenden sozialen Differenzen, die bis auf die letzteren auch bei den öffentlichen Debatten um Substanzmenge und -missbrauch eine große Rolle spielen. Die Ergebnisse der Suchtmittelstudie vom Jahr 2003 lagen bei der Ausarbeitung der vorliegenden Analyse noch nicht vor, die beschriebene Entwicklung muss sich daher auf den Zeitraum von 1993 bis 2001 beschränken.

9.3.1 Der Gebrauch alkoholischer Getränke in Wien

Die Suchtmittelstudien enthalten seit 1993 eine Frage nach der Häufigkeit des Konsums von Bier, Wein „oder anderen alkoholischen Getränken“. Die Befragten haben die Möglichkeit, „fast täglichen“ Konsum anzugeben, einen höchstens 2-3maligen Gebrauch pro Woche oder zu antworten, dass sie „seltener“ oder „gar nicht“ trinken.

Die Antworten auf diese Frage zeigen zwischen 1993 und 2001 eine hohe Konstanz und legen die Annahme nahe, die Trinkgewohnheiten in Wien hätten sich in der letzten Dekade wenig verändert.

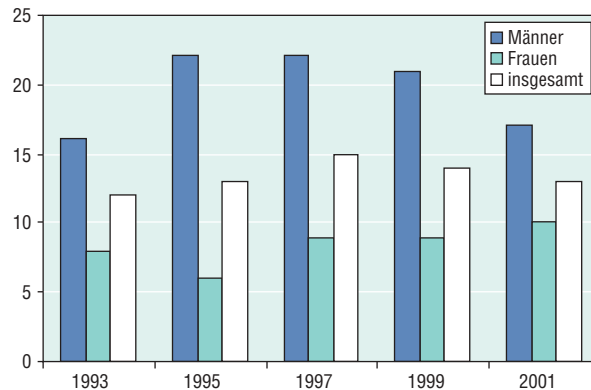
Nun ist die Trinkhäufigkeit aber nur eine, wenn auch eine wesentliche Dimension des Alkoholkonsums. Getränkepräferenzen, Mengen (insgesamt und pro Trinkgelegenheit), Ausmaß der Berausung, Trinkkontexte sind Beispiele für andere wichtige Dimensionen. Ist auch die Trinkhäufigkeit konstant geblieben, so ist es

²⁶⁵ EISENBACH-STANGL (2003).

also doch möglich, dass sich die Getränke oder die getrunken Mengen geändert haben – und dies dürfte auch der Fall sein: In Wien dürfte in der angesprochenen Periode der Alkoholenuss mengenmäßig zurück-

gegangen sein.²⁶⁶ Diese Vermutung wird auch durch die Betrachtung der **geschlechtsspezifischen Entwicklung** der Trinkhäufigkeit unterstützt.

Grafik 9.10: Fast täglicher Alkoholkonsum* von Männern und Frauen und von Wienern insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr**, 1993***–2001 (Anteile in Prozent)



* Die Fragestellung lautete: „Trinken Sie Bier oder Wein oder andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...?“

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

*** Für das Jahr 1993 stehen nur Ergebnisse aus der 2. Befragungswelle zur Verfügung.

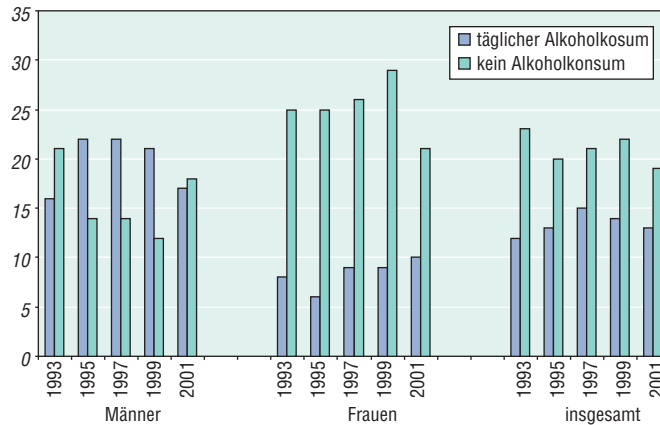
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.10 zeigt nur die häufigste Konsumkategorie, den „fast täglichen“ Alkoholkonsum. Dieser hat sich insgesamt (wie die anderen Häufigkeitskategorien) im Beobachtungszeitraum nur wenig verändert. Doch wird aus der Grafik ersichtlich, dass der Anteil der Männer, die „fast täglich“ trinken, tendenziell sinkt, je-

ner der Frauen hingegen steigt, und dass die Geschlechter einander zumindest beim häufigen Trinken etwas näher gekommen sind. Das Bild wird klarer, zieht man noch eine zweite Häufigkeitskategorie hinzu, nämlich jene, die „gar nicht“ trinken.

²⁶⁶ EISENBACH-STANGL(2000).

Grafik 9.11: Männer und Frauen und Wiener insgesamt, die angeben „fast täglich“ und „gar nicht“ zu trinken*, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr**, 1993***–2001 (Anteile in Prozent)



* Die Fragestellung lautete: „Trinken Sie Bier oder Wein oder andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...?“

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr

*** Für das Jahr 1993 stehen nur Ergebnisse aus der 2. Befragungswelle zur Verfügung.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Aus dieser Abbildung wird ersichtlich, dass der Anteil der Wiener und Wienerinnen, die „gar nicht“ trinken, sich jenem der Wiener und Wienerinnen angenähert hat, die „fast täglich trinken“. Dies ist bei den Männern und noch deutlicher bei den Frauen zu beobachten, unter denen im Gegensatz zu den Männern die „Nicht-Trinkenden“ die häufigen Konsumentinnen bei weitem überwiegen. Anders ausgedrückt: Wienerinnen geben ihre Abstinenz zunehmend auf und tragen maßgeblich dazu bei, dass der Anteil der Nicht-Konsumenten und Nicht-Konsumentinnen in Wien sinkt. Die Entwicklungen in Wien folgen damit Trends, die in allen industrialisierten Ländern zu beobachten sind.²⁶⁷

Die Betrachtung des Alkoholkonsums nach **Alterskategorien** macht ersichtlich, dass in Wien die Ältesten und vor allem die Jüngsten zu den mäßigsten Trinkern zählen: Zwischen 40 und 50 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen geben an, „seltener“ (als 2- bis 3-mal/Woche) zu trinken, nur 4 bis 8 Prozent von ihnen trinken „fast täglich“. Von den über 60-Jährigen geben zwar doppelt so viele häufigen Konsum alkoholischer Getränke an (14 bis 19 Prozent), dafür findet sich aber auch der jeweils höchste Anteil der Ältesten unter den Nicht-Konsumenten (mehr als ein Viertel, das ist

zwischen 24 und 28 Prozent), was wohl auf den höheren Anteil von Frauen in dieser Alterskategorie zurückzuführen ist. Die häufigsten AlkoholkonsumentInnen sind eindeutig die Wiener und Wienerinnen zwischen dem 40. und dem 60. Lebensjahr: Fast die Hälfte von ihnen trinkt mehrmals pro Woche. Nach Alter und Geschlecht betrachtet, zeichnet sich ab, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums aller Männer tendenziell zurückgeht, die Trinkfrequenz der über 30jährigen Frauen hingegen etwas steigt.

Der Alkoholkonsum nach der **Bildung** der KonsumentInnen betrachtet, bietet ein fast ebenso klares und konstantes Bild: Die „weniger Gebildeten“, jene, die keine Matura haben, tendieren stärker dazu, „gar nicht“ zu trinken (der Anteil schwankt etwa zwischen einem Fünftel und einem Drittel), unter den Maturanten sind dies kaum mehr als 10 Prozent. Bei häufigerem Alkoholkonsum unterscheiden sich Maturanten und Nicht-Maturanten kaum. Aus den zitierten Ergebnissen ergibt sich, dass die Maturanten unter denjenigen überwiegen „die 2-bis 3-mal/Woche“ und „seltener“ als das konsumieren. Anders ausgedrückt: Der Alkoholkonsum polarisiert die weniger Gebildeten, die Nicht-Maturanten, und es ist anzunehmen, dass

²⁶⁷ BLOOMFELD et al. (1999).

dies nach Geschlecht geschieht: Die Frauen ohne Matura also dürften weit häufiger abstinent sein, als die Frauen mit Matura. Die Frauen mit Matura dürften auch weit häufiger bei den mäßigen Trinkern zu finden sein. Und es ist davon auszugehen, dass die oben festgehaltene, nach oben weisende Trinkfrequenz der Frauen darauf zurückzuführen ist, dass die weniger gebildeten Frauen vermehrt zu trinken begonnen haben. Beim Alkoholkonsum der Männern spielt die Bildung vermutlich eine geringere Rolle. Die Männer ohne Matura trinken ähnlich häufig wie jene „mit“.

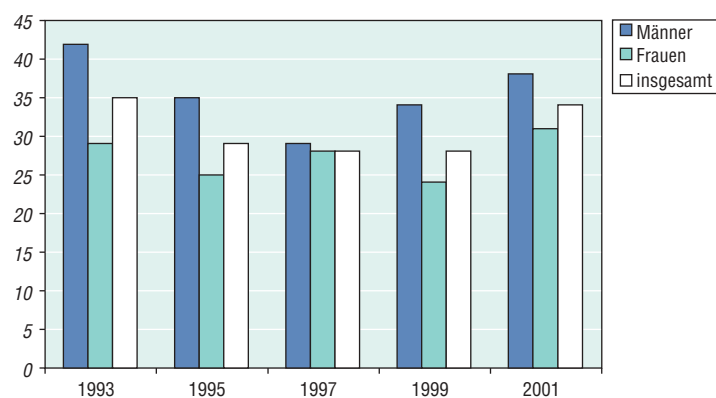
Es bleibt anzumerken, dass in der Suchtmittelstudie aus dem Jahr 2001 auch nach dem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen gefragt wurde: Die Antworten auf diese Frage unterscheiden sich nicht maßgeblich von jenen auf die Frage nach den „lebenslangen“ Gewohnheiten, die oben vorgestellt wurden. Allerdings geben Männer wie Frauen einen „aktuell“ selteneren Konsum an. Es ist natürlich nicht auszuschließen, dass dies auch tatsächlich zutrifft. Wahrscheinlicher allerdings ist, dass dieses Ergebnis auf einen Einstellungswandel verweist und damit einhergehend auf eine zunehmend kritische oder auch verleugnende Haltung gegenüber dem alltäglichen Trinken, die nicht von einer Veränderung der alltäglichen Konsumgewohnheiten begleitet wird.

9.3.2 Der Gebrauch von Tabakwaren²⁶⁸

Wie der Alkoholkonsum hat sich auch das Rauchverhalten der Wiener und Wienerinnen im Beobachtungszeitraum nicht maßgeblich verändert. Betrachtet man es differenzierter, sind jedoch wiederum interessante Trends – vor allem geschlechtsspezifischer Art – auszumachen.

Die in den Suchtmittelstudien seit 1993 gestellte Frage über das Rauchen ist, wie jene über das Trinken, eine Frage nach der Häufigkeit des Konsums. Sie lautet „Sind Sie ...“ und gibt drei Antwortmöglichkeiten vor: „Nicht-raucher/in, Gelegenheitsraucher/in und regelmäßige/r Raucher/in“. Die „regelmäßigen Raucher“ wurden allerdings im Laufe der Jahre umdefiniert: 1995 und 1997 wurden sie in „regelmäßige, eher schwache“ und „regelmäßige, eher starke“ Raucher unterteilt, seit 1999 wird regelmäßiges Rauchen mit „täglichem Nikotin-Konsum“ gleichgesetzt. Diese Veränderungen mögen die aus der folgenden Abbildung ersichtliche Entwicklung mitbestimmt haben. Dennoch lässt sich auch aus ihr der aus anderen Erhebungen bekannte Trend ablesen, dass nämlich der Anteil der Raucher unter den Männern ab-, der Anteil unter den Frauen hingegen zunimmt, dass also wie beim Trinken die Geschlechter beim Rauchen einander näherkommen.

Grafik 9.12: Regelmäßige Raucher*, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr **, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* 1995 wurde die Frage, ob man sich als „regelmäßiger“ Raucher einstufte, unterteilt in: „regelmäßiger, aber schwacher“ und „regelmäßiger, aber starker“ Raucher, 1999 wurde die Unterteilung wieder fallengelassen und regelmäßiges Rauchen als „tägliches Nikotin-Konsum“ definiert.

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

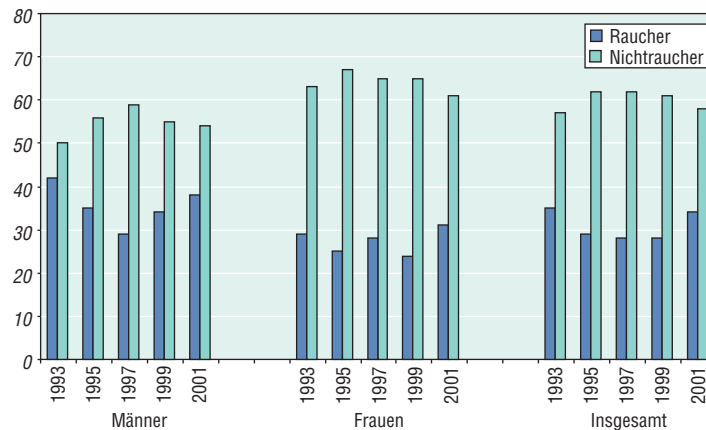
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

²⁶⁸ Vgl. auch Kap. 9.4 – Rauchen

Stellt man den (regelmäßigen) RaucherInnen die NichtraucherInnen gegenüber, lässt sich beobachten, dass der Anteil der NichtraucherInnen unter den Männern leicht nach oben weist, bei den Frauen hingegen

nach unten und dass, wie der Anteil der RaucherInnen, der Anteil der NichtraucherInnen unter den Wienern und Wienerinnen insgesamt weitgehend konstant bleibt.

Grafik 9.13: Regelmäßige RaucherInnen* und NichtraucherInnen, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr **, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* 1995 wurde die Frage, ob man sich als „regelmäßiger“ Raucher einstufte, unterteilt in: „regelmäßiger, aber schwacher“ und „regelmäßiger, aber starker“ Raucher, 1999 wurde die Unterteilung wieder fallengelassen und regelmäßiges Rauchen als „täglicher Nikotin-Konsum“ definiert.

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Vergleicht man das Rauchen und Nichtrauchen in **Altersgruppen** wird – wenig überraschend – ersichtlich, dass weit über die Hälfte der Älteren (d. h. der über 50-Jährigen) NichtraucherInnen sind und nur der geringste Teil RaucherInnen. Bei den unter 50-Jährigen ist der Anteil von RaucherInnen und NichtraucherInnen erheblich ausgeglichener, am ausgeglichener ist er jedoch bei den 30- bis 49-Jährigen, unter denen in allen Erhebungen die größten Anteile von Rauchern und Raucherinnen zu finden sind. Wie beim Alkoholkonsum, aber etwas nach „unten“ verschoben, sind es also auch beim Tabakkonsum die Wiener und die Wienerinnen „im besten Alter“, die am häufigsten zu den entsprechenden Substanzen greifen. Die Ergebnisse der Suchtmittelstudien verweisen jedoch auch darauf, dass der Anteil der (regelmäßigen) Raucher bei den Wienern „im besten Alter“ tendenziell sinkt – wie im übrigen auch in der jüngsten Altersgruppe, bei den unter 30-Jährigen, der Anteil der GelegenheitsraucherInnen dementsprechend zunimmt und der Anteil der regelmäßigen RaucherInnen bei den Älteren (also den über

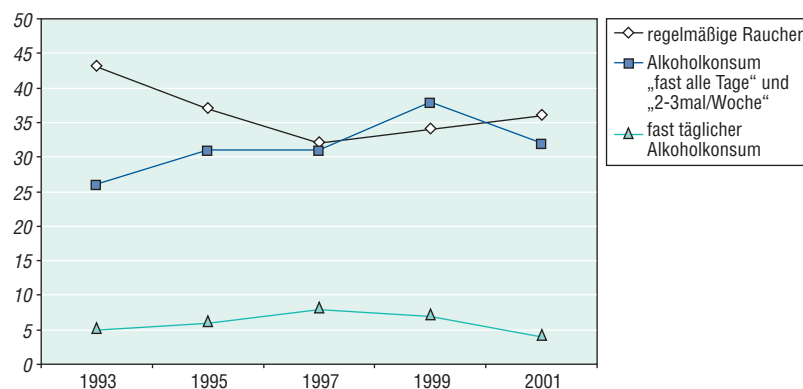
50-Jährigen) steigt. Oder sollte dieser Trend auf die Veränderungen der Definition des regelmäßigen Rauchens zurückführbar sein? Denkbar ist beides.

Das Rauchverhalten nach der **Bildung** betrachtet ergibt ein klares Bild: Unter den weniger Gebildeten – das sind jene, die keine Matura haben – finden sich mehr (regelmäßige) RaucherInnen als bei Gebildeteren. Umgekehrt finden sich unter den Gebildeteren mehr NichtraucherInnen und mehr GelegenheitsraucherInnen als bei jenen ohne Matura. Das „Bildungsprofil“ des Rauchverhaltens unterscheidet sich demnach von dem des Konsums alkoholischer Getränke. Dies ist auch im Zusammenhang mit den präventiven Bemühungen in der letzten Dekade zu sehen, die die Gebildeteren wohl mehr angesprochen haben als die weniger Gebildeten, wie vermutlich auch mehr „WienerInnen“ als „MigrantInnen“, wobei die letzteren, insbesondere aber die Männer, den Tabakwaren besonders intensiv zusprechen.²⁶⁹

Da die **Jugendlichen** und die **jungen Erwachsenen** oft im Brennpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen, wird der Ge- und Missbrauch von alkoholischen Getränken und von Tabakwaren vermehrt diskutiert, d. h. es sollen die Ergebnisse der Suchtmittelstudien zu Alkohol- und Tabakkonsum für diese Altersgruppe nochmals zusammengefasst werden. Sie zeigen, dass die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen sowohl bei den alkoholischen Getränken wie auch bei den Rauchwaren nach den Älteren (d. h. den

über 50- resp. 60-Jährigen) die Altersgruppe sind, die am seltensten konsumiert, oder auch: dass sie weit weniger konsumieren als die WienerInnen „im besten Alter“. Aus *Grafik 9.14* wird ersichtlich, dass der alltägliche Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe weit unter dem regelmäßigen Konsum von Tabakwaren liegt und tendenziell sogar zurückgeht, dass der „häufigere“ Alkoholkonsum („fast täglich“ und „2- bis 3-mal/Woche“) jedoch nahe an das häufige Rauchen herankommt.

Grafik 9.14: Regelmäßige RaucherInnen und häufige AlkoholkonsumentInnen unter den 14- resp. 15- bis 29-jährigen WienerInnen*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

9.3.3 Der Gebrauch von Psychopharmaka

Der Gebrauch von Psychopharmaka ist ein mit dem Gebrauch der legalen und illegalen Suchtmittel nicht unmittelbar vergleichbares Phänomen, da er überwiegend in einem besonderen Raum stattfindet. Die meisten Psychopharmaka sind nur auf ärztliche Anordnung in Apotheken und Krankenanstalten erhältlich. Anders als bei den so genannten Genussmitteln Alkohol und Tabak ist ihr Gebrauch daher professionellen Regeln und Kontrollen unterworfen, und der individuelle Wunsch nach einer solchen Substanz kann zumeist nicht durch einen einfachen Kauf- und Konsumakt befriedigt werden. Es hat sich dennoch durchgesetzt, den Psychopharmaka-Konsum zu diskutieren, wenn der Suchtmittelkonsum besprochen wird. Entsprechende Fragen finden sich daher auch in den Suchtmittelstudi-

en, sie sind hier mit den Fragen nach dem Konsum illegaler Substanzen kombiniert. Dies entbehrt nicht der Logik, denn wie erwähnt, werden viele Psychopharmaka auch durch das Suchtmittelgesetz kontrolliert. Und Substanzen, deren Zugänglichkeit auf diese Weise erschwert wird, werden häufig auch auf dem Schwarzmarkt vertrieben. Die Amphetamine, aber auch so genannte „Ersatzdrogen“, die in der Substitutionstherapie eingesetzt werden, sind hierfür ein gutes Beispiel.

Bei der Erhebung des Psychopharmaka-Konsums wird in den Suchtmittelstudien nach den Erfahrungen und dem Konsum von vier Gruppen von Substanzen gefragt: „Beruhigungstabletten“, „Schlaf-tabletten“, „Abmagerungs- und Schlankheitstabletten“ und „Medikamente gegen Müdigkeit, Anregungsmittel und Konzentrationsmittel“.

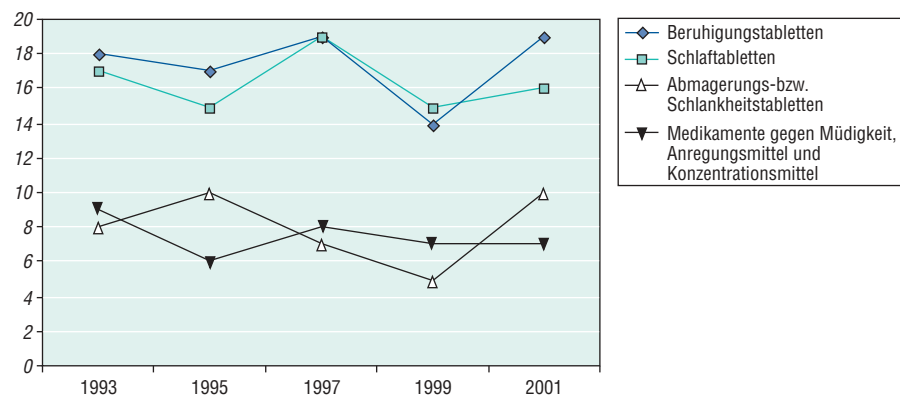
²⁶⁹ Stadt Wien (2002).

Wie die Erhebung des Konsums von alkoholischen Getränken wurde die Erhebung der Erfahrungen mit und des Gebrauchs von Psychopharmaka und von illegalen Substanzen bei den letzten Studien verfeinert.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Erfahrungen der Wienerinnen und Wiener mit den genannten Substanzengruppen recht unterschiedlich sind: Beruhigungs- und Schlafmittel wurden im bisherigen Leben etwa

doppelt so oft eingesetzt wie stimulierende Substanzen, zu denen die Abmagerungstabletten wie die Anregungsmittel zählen. Sichtbar wird auch, dass die Erfahrungen bei allen Substanzengruppen geringere Veränderungen aufweist als jene mit den Genussmitteln und mit den illegalen Drogen, was wohl mit dem besonderen Raum, in dem der Psychopharmaka-Konsum vorwiegend stattfindet, zu erklären ist.

Grafik 9.15: WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

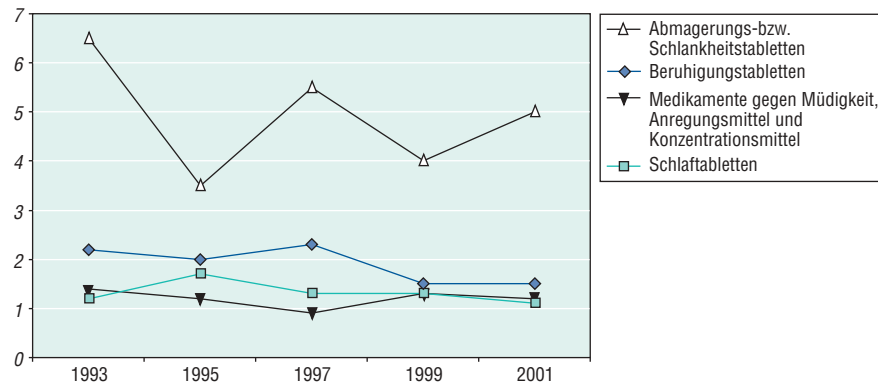
Im Gegensatz zu allen anderen psychoaktiven Substanzen sind Psychopharmaka bekanntlich die Suchtmittel, die häufiger von Frauen als von Männern gebraucht werden. Es handelt sich hierbei um ein seit vielen Jahrzehnten beobachtbares Phänomen. Interessant ist, dass das Geschlechterverhältnis nicht konstant ist, sondern abhängig von der Substanz und je nach Substanzengruppe unterschiedlich ausfällt. Anregungsmittel und Schlaftabletten sind Mittel, mit denen Frauen und Männer Konsumerfahrungen etwa ähnlichen Ausmaßes gemacht haben. Bei den Beruhigungsmitteln überwiegen die Frauen deutlich, die Abmagerungs- und Schlankheitsmittel sind dann eindeutig „Frauensache“ (siehe Grafik 9.16).

Das Ergebnis überrascht nicht, doch sollte es höchst erstaunlich sein – angesichts der „wahren Gewichtsverhältnisse“: Erhebungen zum Körpergewicht zeigen mit schöner Regelmäßigkeit, dass die Frauen zum Untergewicht, Männer zum Übergewicht tendieren.²⁷⁰

Grafik 9.16 weist auch auf eine leichte Annäherung der geschlechtsspezifischen Erfahrungsmuster vor allem bei jenen Substanzen hin, die am stärksten von den Frauen konsumiert werden. Sie wird durch den Rückgang des Substanzkonsums durch Frauen bewirkt.

²⁷⁰ Stadt Wien (2002); Stadt Wien (2003); KIEFER & RATHMANNER (2003).

Grafik 9.16: Ratio Frauen : Männer, die über Erfahrungen mit den genannten Mitteln verfügen, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

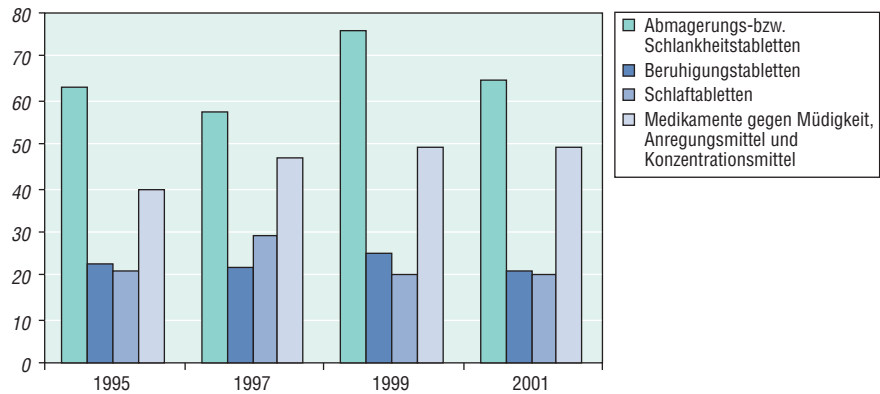
Neben der Eigenheit der Psychopharmaka „Frauensache“ zu sein, ist auch bekannt, dass sie die Substanzen der **Älteren** und der Alten sind. Die Suchtmittelstudien bestätigen auch dieses Phänomen, allerdings wiederum mit kleinen Variationen. Es sind die über 50-Jährigen, die am häufigsten Erfahrungen mit Beruhigungs-, Schlaf- und Anregungsmitteln haben, aber im Falle der Abmagerungs- und Schlankheitstabletten sind es die 40- bis 49-Jährigen. Mit Abmagerungs- und Schlankheitstabletten haben vier- bis fünfmal so viele Frauen wie Männer Erfahrung. So sind es also wohl vor allem die Frauen in den Wechseljahren, die zu diesen Substanzen greifen.

Ein Blick auf die **Bildung** der mit Psychopharmaka Erfahrenen zeigt, dass es vor allem die weniger Gebildeten sind, die zu ihrem Gebrauch neigen. Dies gilt für die Abmagerungs- und Schlankheitstabletten und für die Beruhigungs- und Schlaftabletten, nicht aber für die Medikamente gegen Müdigkeit, Anregungsmittel und Konzentrationsmittel. Erinnern wir uns: Die letzteren

waren auch die Substanzen, bei denen das Geschlechterverhältnis am ausgeglicheneren war. Andererseits ist das „Bildungsprofil“ der am stärksten geschlechtsspezifischen Substanzen – der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel – am ausgeprägtesten.

Die vorliegenden Ergebnisse der Suchtmittelstudien lassen sich also dahingehend zusammenfassen, dass der vergleichsweise seltene Gebrauch der Anregungsmittel in geringem Maße geschlechts- und bildungsspezifisch erfolgt, dass die häufiger gebrauchten Schlaf- und Beruhigungstabletten deutlich häufiger von älteren und alten Frauen als von älteren und alten Männern mit geringerer Bildung eingenommen werden, dass jedoch die Einnahme von Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln überwiegend von geringer gebildeten Frauen in den Wechseljahren erfolgt. Dies ist ein Ergebnis, das zur Frage führt, in welchem Ausmaß Psychopharmaka von Ärzten verordnet oder ohne ärztliche Verschreibung eingenommen wurden.

Grafik 9.17: „Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel ohne ärztliche Verschreibung genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1995**–2001 (Anteile in Prozent)



* In der Erhebung von 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

** Die ärztliche Verschreibung/Selbstmedikation wird seit 1995 erhoben.

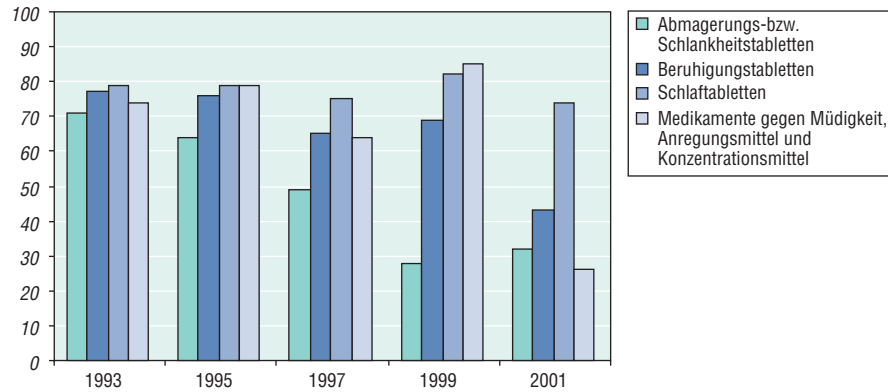
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.17 zeigt, welcher Anteil der mit Psychopharmaka Erfahrenen die entsprechenden Mittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen hat. Der Anteil variiert je nach Substanzengruppe: Bei Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln ist überwiegend „Selbstmedikation“ zu beobachten, bei den Anregungsmitteln sind Selbstmedikation und ärztliche Verschreibung etwa gleich häufig, bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln hingegen, den am häufigsten gebrauchten Substanzengruppen, überwiegen die professionellen Verordnungen bei weitem. Aus der Abbildung wird nicht ersichtlich, dass die Selbstmedikation bei allen Substanzengruppen bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen. Nun ist nachgewiesen worden, dass beim Vorliegen gleicher Beschwerden Frauen häufiger als Männer ein Psychopharmaka verschrieben bekommen.²⁷¹ Angesichts der vorgestellten Ergebnisse stellt sich daher die Frage, ob neben einer Überversorgung von (älteren und alten) Frauen nicht auch von der Unterversorgung von (älteren und alten) Männern auszugehen ist.

Ein Blick auf den rezenteren Psychopharmaka-Gebrauch, d. h. insbesondere den Gebrauch in den letzten drei Jahren, rundet das Bild ab: Wie Grafik 9.18 zeigt, ist dieser nämlich bei allen Substanzengruppen mit Ausnahme der Schlafmittel deutlich rückläufig. Er ist am deutlichsten rückläufig bei den Abmagerungs- und Schlankheitstabletten und bei den Anregungsmitteln, bei jenen Medikamenten also, die insgesamt sehr selten, aber am häufigsten ohne ärztliche Verordnung eingenommen werden. Rückläufig ist die Selbstmedikation, könnte man auch sagen, oder sollte man, wie bei den alkoholischen Getränken davon ausgehen, dass sie zunehmend weniger eingestanden wird? Der Gebrauch jener Psychopharmaka, die überwiegend von Ärzten verordnet werden, ist hingegen in geringerem Maße (Beruhigungsmittel) oder nicht (Schlaftabletten) rückläufig. Er verweist auf die schwierigen Lebenslagen älterer und alter Menschen, vor allem aber älterer und alter Frauen, für deren Bewältigung weder auf individueller noch auf gesellschaftlicher Ebene ausreichende und adäquate Mittel zur Verfügung stehen.

²⁷¹ ERNST & FÜLLER (1988).

Grafik 9.18: „Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel (auch) in den letzten 3 Jahren genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

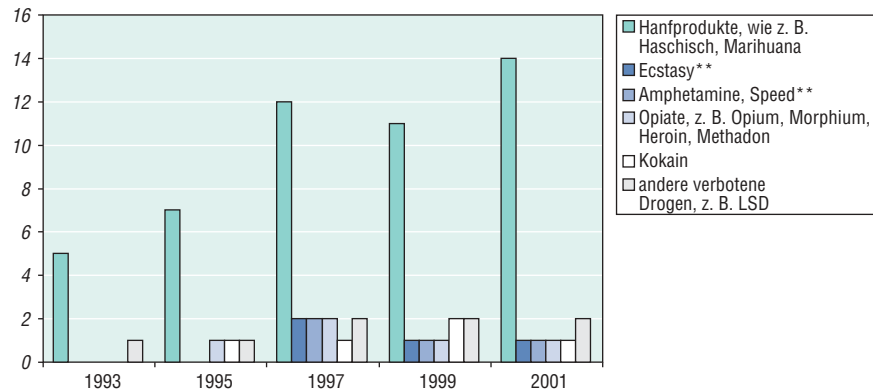
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

9.3.4 Der Konsum illegaler Substanzen

In den Suchtmittelstudien wird der Konsum der illegalen Substanzen zusammen mit dem der Psychopharmaka erhoben. Gefragt wird seit der ersten Studie nach den Erfahrungen mit „Hanfprodukten, wie z. B. Haschisch und Marihuana“, „Opiaten, z. B. Opium, Morphium, Methadon“, „Kokain“ und „anderen verbotenen Drogen, z. B. LSD“. 1997 wurden zusätzlich „Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ in die Liste aufgenommen.

Die Ergebnisse erbringen kurz zusammengefasst, dass nur bei den Hanfprodukten Erfahrungen in relevantem Ausmaß vorliegen (vgl. Grafik 9.18). Die Erfahrungen mit allen anderen Substanzen sind – auf der Ebene der Wiener Bevölkerung betrachtet – so gering, dass sie sich nicht in nennenswerten Anteilen abbilden. Zum relativ seltenen Gebrauch kommt auch der Umstand, dass die KonsumentInnen der genannten Drogen durch Repräsentativerhebungen aus den verschiedensten Gründen nur schlecht erreichbar sind und dass – aufgrund der negativen Bewertung und Kriminalisierung der Substanzen – Befragte mit Erfahrungen dazu tendieren, diese zu verschweigen.

Grafik 9.19: WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der genannten Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

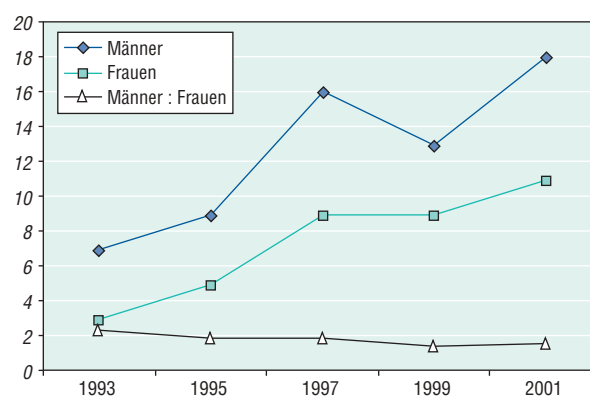
** Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ wurden erst 1997 in die Befragung aufgenommen.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.19 zeigt darüber hinaus, dass die Erfahrungen mit Hanfprodukten sich seit 1993 etwa verdreifacht haben. Der Anstieg ist bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten, ja er ist bei den Frauen sogar noch etwas stärker ausgefallen, wie aus Grafik 9.20 ersichtlich wird. Die Frauen und Männer haben sich so-

wohl beim Gebrauch von alkoholischen Getränken und Rauchwaren als auch bei den Erfahrungen mit illegalen Drogen – zumindest aber bei Cannabis – genähert. Diese Entwicklung ist abgeschwächt auch bei den Psychopharmaka zu beobachten.

Grafik 9.20: Männer und Frauen, die über Erfahrungen mit Hanfprodukten verfügen und das Geschlechterverhältnis, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



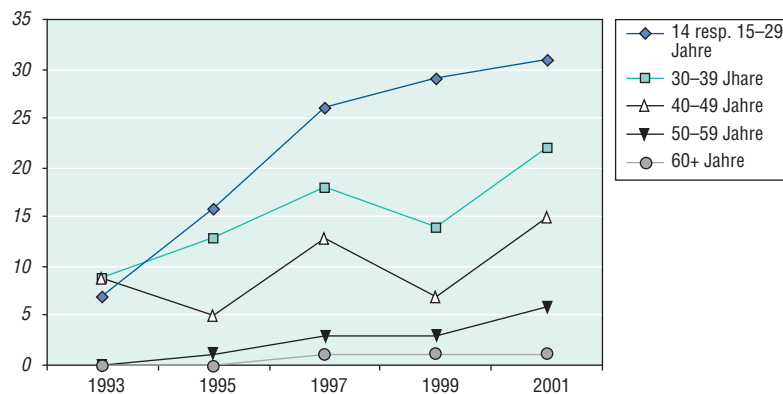
* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Betrachtet man die Erfahrungen mit Hanfprodukten nach **Altergruppen**, wird ersichtlich, dass sie in allen Altersgruppen gestiegen sind, selbst bei den über 60-Jährigen (vgl. Grafik 9.21). Die Autoren der Suchtmittelstudien führen dies auf die „Enttabuisierung“ des Cannabis zurück. Sie schreiben: „Die vergleichsweise doch deutlich niedrigeren Werte aus der ersten Hälfte der 90er Jahre haben die damalige tatsächliche Nutzerpopulation zweifellos unterschätzt, da die Bereitschaft

einen Hanfkonsument zuzugeben damals noch deutlich weniger ausgeprägt war, als dies jetzt der Fall ist. Dieser vor allem in den letzten Jahren spürbar gewesene Enttabuisierungsprozess im Zusammenhang mit den sogenannten ‚weichen‘ Drogen wird auch von der Bevölkerung wahrgenommen und als durchaus zutreffend bestätigt.“²⁷² Diese Enttabuisierung ist auch in anderen Ländern festzustellen.²⁷³

Grafik 9.21: Mit Hanfprodukten erfahrene WienerInnen, nach Alterskategorien, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.21 zeigt jedoch auch, dass Cannabis nach wie vor eine Droge von Jüngeren geblieben ist. Diese Feststellung wird bestärkt, wirft man einen Blick auf den Konsum von Hanfprodukten in den letzten drei Jahren. Rund 80 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Erfahrungen mit Cannabis haben, geben auch einen rezenteren Konsum an, wenn auch nur äußerst selten „fast ständigen“ Gebrauch. Von den 30- bis 50-jährigen Hanferfahrenen sind es dann nur mehr die Hälfte, die Cannabis auch in den letzten drei Jahren gebraucht haben. Die Zahl der noch älteren Cannabiserfahrenen ist zu klein, um sinnvolle Aussagen machen zu können.

Betrachtet man die Erfahrungen mit Hanfprodukten nach der **Bildung**, ergibt sich folgendes Bild: Cannabis

ist in hohem Maße die Droge der in „höherer“ Ausbildung sich Befindenden, also der SchülerInnen und der StudentInnen. Anders ausgedrückt: Erfahrungen mit Cannabis machen MaturantInnen weit häufiger als Nicht-MaturantInnen, aber AkademikerInnen haben seltener Erfahrungen mit Hanfprodukten als Nicht-AkademikerInnen (oder berichten zumindest seltener davon). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in den 90er Jahren eine zunehmende Zahl von Cannabiskonsumenten polizeilich registriert wurden.²⁷⁴ Die Frage, ob der soziale Hintergrund der von der Polizei aufgegriffenen Cannabiskonsumenten mit dem hier skizzierten aller Konsumenten korrespondiert, oder ob vorzugsweise unterprivilegierte Jugendliche und junge Erwachsene kriminalisiert werden, kann nur von einer eigenen Studie beantwortet werden.

²⁷² IFES (2002).

²⁷³ Vgl. z. B. KUNTSCHKE (2002).

²⁷⁴ EISENBACH-STANGL (2003).

9.3.5 Der Mehrfachkonsum

Der Gebrauch einer psychoaktiven Substanz schließt den Gebrauch einer anderen nicht aus. Es sind im Gegenteil starke Überlappungen zu beobachten, die häufig als „Mehrfachkonsum“ bezeichnet werden. Um einige Beispiele zu nennen: Wer trinkt, raucht häufiger als jemand, der nicht trinkt; wer raucht, macht häufiger Erfahrungen mit illegalen Substanzen als jemand, der nicht raucht; wer Erfahrungen mit Psychopharmaka hat, trinkt häufiger als jemand, der keine Erfahrungen mit Psychopharmaka hat. Bei genauerer Betrachtung sind die Zusammenhänge allerdings recht kompliziert: Der Gebrauch von Abmagerungs- und Schlankheitstabletten zum Beispiel geht häufiger mit dem regelmäßigen Rauchen einher als mit dem regelmäßigen Trinken, der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hingegen häufiger mit dem regelmäßigen Trinken als mit dem häufigen Rauchen, und nicht zuletzt gibt es natürlich einen nennenswerten Anteil täglicher AlkoholkonsumentInnen, die nicht rauchen. Innerhalb der großen Überlappungen des Substanzkonsums sind also typische „Konsumkombinationen“ oder auch „Konsumspezialisierungen“ zu beobachten.

Es bedürfte hier einer Sonderauswertung der Suchtmittelstudien, um den Mehrfachkonsum, die typischen Konsumkombinationen und die Entwicklung beider im letzten Jahrzehnt zu erfassen. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll abschließend auf ein Ergebnis verwiesen werden, das die Autoren der Suchtmittelstudien anhand der Ergebnisse der Erhebung von 2001 herausgearbeitet haben. Sie haben untersucht, wie viele Wienerinnen und Wiener Erfahrungen mit zumindest einem der genannten Psychopharmaka oder einer der genannten illegalen Drogen gemacht haben, und festgestellt, dass der Anteil der Erfahrenen zugenommen hat. Hatten 1993 noch 61 Prozent der Befragten keine Erfahrungen mit den genannten Substanzen, so waren es 2001 nur mehr 51 Prozent. „Jede/r zweite Wiener/in über 15 Jahren hat somit zumindest schon einmal eines der genannten Mittel eingenommen.“²⁷⁵ Und sie fügen dem hinzu, dass dies primär auf eine höhere Verbreitung im Medikamentenbereich zurückzuführen ist. Anders ausgedrückt: Die „Reichweite“ der illegalen Drogen, aber vor allem der Psychopharmaka ist in den letzten zehn Jahren größer geworden, die genannten Substanzen sind

in die Bevölkerung diffundiert und haben vermutlich begonnen, sich neben alkoholischen Getränken und Rauchwaren (die nicht in die Untersuchung einbezogen waren) niederzulassen.

9.3.6 Zusammenschau

Folgt man den Ergebnissen der Suchtmittelstudien der Jahre 1993, 1995, 1997, 1999 und 2001 auf der Ebene der gesamten Wiener Bevölkerung ab 14 resp. ab 15 Jahren, so hat sich der Konsum von alkoholischen Getränken, Tabakwaren, Psychopharmaka und illegalen Drogen in dieser Zeit mit einer Ausnahme nicht maßgeblich verändert: Seit Ende der 90er Jahre sind die Erfahrungen mit Cannabis deutlich gestiegen. Die Autoren der Studien erklären den Anstieg mit einem „Enttabuisierungsprozess“, der die Angabe von Erfahrungen mit Hanfprodukten bei Befragungen erleichtert und sie befinden sich dabei in Übereinstimmung mit internationalen Befunden. Der „Enttabuisierungsprozess“ der Erfahrungen mit Cannabis ist möglicherweise von einem „Tabuisierungsprozess“ des aktuellen, alltäglichen Konsums von so genannten Genussmitteln, den alkoholischen Getränken und noch mehr den Rauchwaren, begleitet, der vielleicht auch den aktuellen, selbständigen Gebrauch einiger Psychopharmaka, wie zum Beispiel von Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln oder Anregungsmittel, umfasst.

Berücksichtigt man das Geschlecht der KonsumentInnen dieser psychoaktiven Substanzen, sind allerdings deutliche Verschiebungen beim Suchtmittelkonsum in Wien festzuhalten. Beim Genussmittelkonsum ist eine Annäherung der Gebrauchsgewohnheiten von Frauen und Männern zu beobachten, der von beiden Seiten ausgeht: Frauen geben nicht nur zunehmend die Abstinenz auf, sondern begeben sich auch zunehmend in die Gruppe der intensiveren Konsumentinnen, Männer wechseln von der Gruppe der intensiven in jene der gelegentlichen Konsumenten und teils auch ins Lager der Abstinenter. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die tendenzielle Angleichung der geschlechtsspezifischen Gebrauchsmuster einen mengenmäßigen Rückgang des Genussmittelkonsums zur Folge hat, der jedoch weder besonders rasch noch besonders intensiv vorstatten geht: Der Genussmittelgebrauch ist bis heute eindeutig „Männersache“ geblieben. Eine tendenzielle Annäherung der Geschlechter zeichnet sich auch beim

²⁷⁵ IFES (2002).

Psychopharmaka-Konsum ab. Sie wird vor allem beim Konsum jener Substanzen sichtbar, die im besonderen Maße „Frauensache“ sind: den Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln und den Schlaftabletten. Der Konsum von illegalen Drogen bleibt keine Ausnahme – genauer der Konsum von Hanfprodukten, da der Gebrauch anderer illegaler Substanzen zu geringfügig ist, um sich in brauchbaren Prozentsätzen bei Repräsentativerhebungen niederzuschlagen. Die Annäherung der Geschlechter ist hier auf die Alterskategorie der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen beschränkt, sie hat aber auch hier die „männliche Dominanz“ nicht gebrochen.

Hinsichtlich des Alters sind keine nennenswerten Entwicklungen zu beobachten, was jedoch nicht bedeutet, dass der Substanzkonsum altersindifferent ist: im Gegenteil. Den alkoholischen Getränken wird am häufigsten von den Wienern und Wienerinnen „im besten Alter“ zugesprochen, von jenen also, die zwischen 40 und 60 Jahre alt sind. Die meisten RaucherInnen finden sich in der Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen. Die Psychopharmaka-KonsumentInnen hingegen sind vorwiegend Ältere (über 50-Jährige), mit Ausnahme

der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel, die vor allem Frauen zwischen 40 und 50 einnehmen. Und die Hanfprodukte sind die Substanzen der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen.

Die psychoaktiven Substanzen sind nicht nur jeweils einem Geschlecht und bestimmten Altersgruppen zuzuordnen, sie haben sozusagen auch eine Bildung. So wird dem Alkohol stärker von jenen mit höherer Bildung (hier verstanden als jene, die Matura haben) zugesprochen als von jenen mit geringerer Bildung, wobei sich die gravierendsten Unterschiede vermutlich bei den Frauen beobachten lassen. Der regelmäßige Tabakkonsum hingegen findet sich weit häufiger bei jenen, die keine Matura haben, und hier sind es vermutlich die Männer, bei denen sich die stärksten bildungsspezifischen Differenzen finden. Auch der Psychopharmaka-Konsum überwiegt insgesamt bei jenen mit geringerer Bildung, und zwar offenbar unabhängig davon, ob es sich um Frauen oder Männer handelt. Die Erfahrungen mit Hanfprodukten hingegen sind wiederum eine Sache der Gebildeteren – genauer: jener, die sich in „höherer Ausbildung“ befinden und hier wiederum der Frauen und Männer gleichermaßen.

9.4 Rauchen

Zusammenfassung

Rauchen ist heute nicht nur der **größte Risikofaktor für die Gesundheit** und die Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen – neben Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen sind es vor allem Krebserkrankungen, deren Inzidenz in einem kausalen Zusammenhang zum Rauchen stehen –, sondern stellt auch die **größte vermeidbare Todesursache** dar.

Rauchen gefährdet jedoch nicht nur die Raucher selbst, sondern auch all jene, die dem Tabakrauch oft unfreiwillig ausgesetzt sind (**Passivrauch**), darunter vor allem Angestellte der Gastronomie, Lebenspartner (meist Frauen) von Rauchern, Kinder, Säuglinge und Ungeborene.

Jeden Tag sterben in Österreich etwa 38 Menschen an den Folgen ihrer Sucht und 4 Menschen infolge des Rauchens anderer.

Summary: Smoking

*Smoking is not only the **leading health risk factor** today and the cause of a large number of different diseases – in addition to cardiovascular and pulmonary diseases, the incidence of different forms of cancer is causally related to smoking –, it is also the **largest avoidable cause of death**.*

*Smoking is not only a risk for smokers themselves, but also for those who are often involuntarily exposed to tobacco smoke (passive or **second-hand smoke**). Persons frequently subjected to second-hand smoke are especially workers in restaurants and bars, partners (usually women) of smokers, children, infants and unborn children.*

Every day, 38 people in Austria die as a consequence of their tobacco addiction, and 4 people die because of other people's smoking habit.

Einleitung

Rauchen ist heute nicht nur der **größte Risikofaktor für die Gesundheit** und die Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen, sondern stellt auch die **größte vermeidbare Todesursache** dar.

Besorgniserregend sind vor allem die steigenden Prävalenzzahlen bei **Frauen** und auch bei **Jugendlichen**, hier wiederum insbesondere bei Mädchen. In **Wien** ist diese Entwicklung besonders deutlich ausgeprägt. Frauen und Kinder sind als potentielle künftige Kunden für den anderweitig schrumpfenden Markt die beiden Hauptzielgruppen der aggressiven Marketingstrategie der Tabakindustrie und gelten daher als besonders vulnerable Gruppen für die Gesundheitspolitik. Denn die zunehmenden Raucherquoten in diesen

Gruppen lassen auch steigende Morbiditäts- und Mortalitätsraten in der Zukunft erwarten. Bereits jetzt ist ein deutlicher Anstieg in der Lungenkrebsmortalität der österreichischen (und vor allem Wiener) Frauen zu beobachten²⁷⁶; viele davon sterben bereits in mittleren Lebensjahren. Tabakprävention ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, das in Österreich (und in Wien) bisher vernachlässigt wurde.

Tabakrauch enthält mehr als 4.000 Chemikalien, darunter viele krebserzeugende und giftige Substanzen (so genannte Rauchinhaltsstoffe), die bei den meisten RaucherInnen zu Krankheit oder schließlich sogar zum Tod führen. In Österreich liegt erst jetzt (Juli 2005) ein Entwurf einer Verordnung zur Erhebung der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen vor.²⁷⁷

²⁷⁶ Siehe Kap. 4.5 zu Lungenkrebs.

²⁷⁷ BMGF (2005), Entwurf einer Tabakinhaltsstoffverordnung.

Zu den wichtigsten **tabakassoziierten Erkrankungen** zählen:

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (darunter vor allem ischämische und andere Herzkrankheiten, Bluthochdruck, periphere Gefäßkrankheiten, Arteriosklerose, Schlaganfall)
- **Krebserkrankungen** (darunter vor allem Lunge, Mund, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Blase, aber auch Lippe, Nase, Magen, Niere, Leber, Gebärmutterhals sowie Leukämie)
- **Atemwegserkrankungen** (darunter vor allem chronische Bronchitis und chronisch obstruktive Lungenerkrankung²⁷⁸, Lungentuberkulose, Asthma, Lungenentzündung, andere Atemwegserkrankungen)
- **Andere** (z. B. Magengeschwür)

Bei **Männern** führt Rauchen auch zu einem erhöhten Risiko von Impotenz und verminderter Spermienproduktion.

Zuzüglich zu den oben genannten tabakassoziierten Erkrankungen zeigen rauchende **Frauen** auch ein erhöhtes Risiko von Unfruchtbarkeit oder reduzierter Fertilität, Osteoporose, früher Menopause, Schwangerschaftskomplikationen, verzögertes/reduziertes Wachstum des Fötus, Fehlgeburt, Frühgeburt und Totgeburt. Nicht zuletzt sind auch Untergewichtigkeit von Neugeborenen sowie eine erhöhte Säuglingssterblichkeit (v. a. plötzlicher Kindstod, SIDS) bei Raucherinnen häufiger zu beobachten.²⁷⁹

Passivrauchen

Tabakrauch gefährdet jedoch nicht nur die RaucherInnen selbst, sondern auch die in den selben Räumen lebenden und arbeitenden NichtraucherInnen; besonders auch Kinder, Säuglinge und Ungeborene. An den negativen gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens besteht heute kein Zweifel mehr. Die EU schätzt, dass jeder zehnte tabakassoziierte Todesfall eine/n PassivraucherIn trifft.²⁸⁰

Die im ausgestoßenen oder glimmenden Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe und Gifte sind mindestens

ebenso schädlich wie die beim Rauchen eingeatmeten. Krankheiten, die durch das Einatmen von so genanntem secondhand-smoke (oder sidestream-smoke) entstehen können, sind daher zum Teil ähnlich jenen, die durch aktives Rauchen verursacht werden. Da es hier um eine eindeutige Dosis-Wirkungsbeziehung (Dauer und Intensität der Exposition einerseits und Erkrankungsrisiko andererseits) geht, sind LebenspartnerInnen und Kinder von RaucherInnen, Gastronomieangestellte und Angestellte anderer verrauchter Einrichtungen, in denen Kundenverkehr herrscht, besonders von den im Folgenden genannten Risiken gefährdet.

²⁷⁸ COPD; siehe weiter unten Kap. 9.4.1.

²⁷⁹ CDC (2001).

²⁸⁰ European Commission (2003).

Gesundheitliche Auswirkungen von Passivrauch bei Kindern und Erwachsenen²⁸¹

- **Un- und Neugeborene**
 - fötales Wachstum (niedriges Geburtsgewicht oder zu klein)
 - plötzlicher Kindstod (SIDS)
 - **Atemwege bei Kindern**
 - Akute untere Atemwegsinfektionen (z. B. Bronchitis und Lungenentzündung)
 - Asthma (bzw. auch Verschlimmerung der Symptome)
 - Chronische Atemwegssymptome
 - Mittelohrentzündung
 - Reduktion der Lungenfunktion
 - **Krebs**
 - Lunge, Nasenhöhle
 - **Herz-Kreislauf-System**
 - Erhöhte Sterblichkeit an Herzkrankheiten
 - Erhöhtes Erkrankungsrisiko an akuten und chronischen koronaren Herzkrankheiten
- Verschlimmerung des Krankheitsbildes von angina pectoris
 - Sauerstoffmangel im Blut (besonders problematisch für Personen, die an einer Herzkrankheit leiden)
- **Atemwege bei Erwachsenen**
 - Chronische Atemwegserkrankungen (einschließlich Verschlimmerung bereits bestehender Symptome) – v. a. Bronchitis, Asthma
 - Irritationen von Augen und Nase
 - Husten
 - Atemnot, Kurzatmigkeit
 - Reduktion der Lungenfunktion
 - **Sonstige**
 - Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation von chronisch Kranken

Des Weiteren gibt es auch Hinweise auf einen Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und spontanem Abortus, nachteiligen Auswirkungen auf

Wahrnehmungsfunktion und Verhaltensweisen bei Ungeborenen, reduzierter Lungenfunktion und Gebärmutterhalskrebs.

Im Vergleich zu den aufgezählten Krankheitssymptomen erscheinen die unmittelbaren Auswirkungen des unfreiwilligen Einatmens von Tabakrauch – wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Benommenheit, Augenbrennen, Atemprobleme, Husten – beinahe „harmlos“. Dennoch dürfen sie nicht ignoriert werden in ihrem gesundheitsgefährdenden und vor allem die Lebensqualität beeinträchtigenden Beitrag für NichtraucherInnen. Von der Geruchsbelastung, die in Österreich für viele das Ausgehverhalten zusätzlich beeinträchtigt, ist hier ganz zu schweigen.

Wirksame **Maßnahmen** zur Reduktion der Raucherquoten, zur Eindämmung des Tabakkonsums bei RaucherInnen sowie vor allem wirksamere Maßnahmen zum Schutz der mehrheitlich nichtrauchenden und durch das Rauchen anderer gesundheitlich gefährdeten Bevölkerung wären deshalb in Österreich (und vor allem in Wien) dringend notwendig.²⁸²

²⁸¹ California Environmental Protection Agency (1997); verschiedene Studien zitiert in BACHINGER, E. (2004), S. 98 und 295–299.

²⁸² Siehe weiter unten Kap. 9.4.2.

9.4.1 Epidemiologie des Rauchens und Raucherentwöhnung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Hartmut ZWICK, Lungenabteilung im Krankenhaus Lainz, Medical Fitness Team

Zusammenfassung

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, die meist im Jugend- oder sogar schon im Kindesalter beginnt. Rauchen ist heute in unserer Gesellschaft die größte vermeidbare Todesursache: Einer von fünf Todesfällen ist auf das Zigarettenrauchen zurückzuführen. Zu den häufigsten tabakassoziierten Erkrankungen zählen bösartige Tumore (v. a. Lungenkrebs), andere Erkrankungen des Atemtraktes (v. a. COPD²⁸³), sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (v. a. Herzinfarkt, Gehirnschlag, Gefäß-Erkrankungen).

Eine Umfrage unter RaucherInnen ergab, dass jede/r dritte Raucher/in an einer COPD leidet. Nur jede/r siebente Raucher/in ist frei von Atemwegsbeschwerden.

Das Wiener Projekt „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“ ist eine Initiative des Fonds Gesundes Österreich und des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Umweltpneumologie und widmet sich der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Rauchertherapie.

Summary: Epidemiology of Smoking and withdrawal

Tobacco addiction is a chronic disease that usually starts during adolescence or even childhood. Smoking is the largest avoidable cause of death in our society: one in five deaths is due to tobacco smoking. The most frequent smoking associated diseases are malignant tumours (especially lung cancer), other diseases of the respiratory tract (especially COPD²⁸³) and cardiovascular diseases (especially myocardial infarction, stroke, vascular diseases)

A survey among smokers showed that one in three smokers develops COPD and only one in seven smokers are completely free of problems of the respiratory tract.

The Viennese project „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“ (Health Promotion through Assistance with Smoking Cessation) is a joint initiative of the Fonds Gesundes Österreich (Fund for a Healthy Austria) and the Ludwig Boltzmann Institute for Environmental Pneumology and is dedicated to improving health-related quality of life by providing therapies to stop smoking.

Das globale Problem

Zur Epidemiologie des Zigarettenrauchens

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, welche meist im Jugendalter beginnt und verschiedene Perioden von Remission²⁸⁴ und Exazerbation²⁸⁵ durchläuft. Ebenso wie z. B. Patienten mit Hypertonie oder Diabetes benötigt auch der Patient mit Tabakabhängigkeit ärztlichen Rat und Unterstützung sowie eventuell gezielte Pharmakotherapie. Im Gegensatz zu den meisten anderen chronischen Krankheiten ist die Tabakab-

hängigkeit prinzipiell jedoch durch eine vorübergehende Intervention heilbar. Ein Rückfall in die Erkrankung ist aber häufig und reflektiert deren Chronizität. Die Exazerbation ist nicht durch das Versagen des Patienten oder Arztes zu erklären, sondern entspricht der Natur der Krankheit.

Epidemiologisch gesehen ist das Zigarettenrauchen die derzeit wichtigste vermeidbare Todesursache. Dadurch wird eine beträchtliche Steigerung der Invalidität und Mortalität in der Bevölkerung verursacht. Die Zahl der Todesfälle in Folge des Zigarettenrauchens wird welt-

²⁸³ COPD = Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung.

²⁸⁴ Remission = Zurückgehen von Krankheitserscheinungen.

²⁸⁵ Exazerbation = Verschlimmerung von Krankheitserscheinungen.

weit von etwa 3 Millionen im Jahre 1990 auf etwa 8,4 Millionen im Jahre 2020 ansteigen.²⁸⁶ Die WHO stellt fest, dass in Europa durch das Zigarettenrauchen derzeit 1,2 Millionen Todesfälle pro Jahr verursacht werden. Ohne eine dramatische Aktion der GesundheitspolitikerInnen und Ärzte/Ärztinnen werden um das Jahr 2020 etwa 2 Millionen EuropäerInnen jedes Jahr an den Folgeschäden des Nikotinabusus²⁸⁷ sterben.

Derzeit ist einer von fünf Todesfällen auf das Zigarettenrauchen zurückzuführen. In hoch industrialisierten Ländern entfällt etwa ein Drittel aller tabakassozierten Erkrankungen auf bösartige Tumore, ein weiteres Drittel auf andere Erkrankungen des Atemtraktes und das letzte Drittel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weil das Bronchuskarzinom bei weitem das häufigste unter den tabakassozierten Malignomen ist, kann gefolgert werden, dass das Zigarettenrauchen die häufigste Ursache aller Erkrankungen des Atemtraktes ist. Etwa 80 bis 90 Prozent der Todesfälle durch COPD²⁸⁸ und etwa 80 bis 85 Prozent der Bronchuskarzinom-Mortalität werden durch das Tabakrauchen verursacht. Raucher haben im Vergleich zu Nichtrauchern ein sechsfach höheres Risiko, an einer COPD zu erkranken und ein zehnfach höheres Risiko, an einem Bronchuskarzinom zu sterben.²⁸⁹

Die Tabakabhängigkeit

Das Tabakrauchen ist Ursache verschiedener Erkrankungen. Die Nikotinabhängigkeit ist aber auch per se eine Krankheit. Die internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) kodifiziert ebenso wie die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft die Nikotinabhängigkeit als Krankheit.

Der Krankheitsgrad der Nikotinabhängigkeit schwankt und ist individuell unterschiedlich. Ein Raucher wird als abhängig klassifiziert, wenn er das Rauchen nicht beenden kann, obwohl ihm das Risiko bewusst ist,

wenn sein Verhalten durch das Nikotin verändert wird, und wenn er unabhängig von einer gegebenen Situation raucht.

Der Mehrzahl der Raucher ist es nicht möglich, ohne Hilfe aufzuhören. Nur etwa fünf Prozent schaffen es alleine auf Dauer. Die Abhängigkeit wird durch die Wirkung des Nikotins über Nikotinrezeptoren am Zentralnervensystem verursacht. Wie auch Heroin oder Kokain bewirkt Nikotin physiologische Modifikationen, wodurch mentale Prozesse beschleunigt werden können, Angst und Anspannung verringert werden, angenehme Gefühle entstehen können, etc.

Das Zigarettenrauchen ist der effektivste Weg, dem Gehirn Nikotin zuzuführen. Es benötigt lediglich einige Sekunden, um nach einem Zug an einer Zigarette im Hirn anzukommen. Der Raucher kann die Dosis durch Auswahl der Zigarettenmarke, Anzahl der gerauchten Zigaretten und Tiefe sowie Frequenz der Inhalationen genau regulieren. Es gibt auch Nikotinrezeptoren außerhalb des Zentralnervensystems, wodurch unter anderem Vasokonstriktion,²⁹⁰ Tachykardie,²⁹¹ Steigerung der gastrointestinalen Motilität,²⁹² etc. entstehen können.

Wenn Raucher aufhören zu rauchen, verlieren sie akut die „positiven“ Effekte des Nikotins und verspüren vorübergehend (einige Wochen) eine Vielzahl negativer Sensationen, was ihnen die endgültige Abstinenz so erschwert.

Zur Prävalenz des Zigarettenrauchens

In Europa differiert die Prävalenz der Raucher von Land zu Land beträchtlich. Ganz allgemein gilt, dass vor allem der männliche Teil der mediterranen Bevölkerung in einem höheren Prozentsatz raucht als z. B. Skandinavien.

²⁸⁶ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁸⁷ Abusus = Missbrauch.

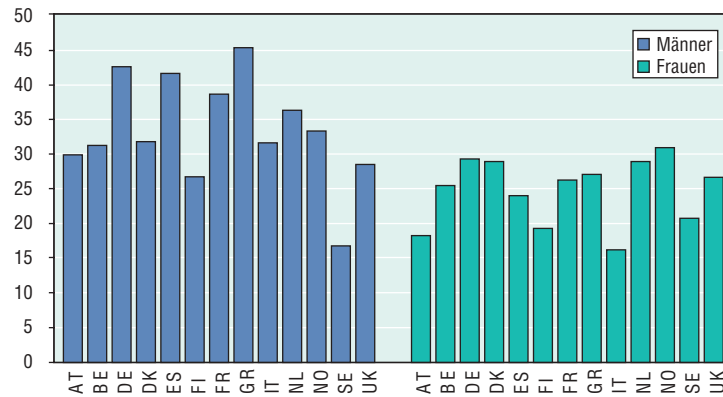
²⁸⁸ COPD = *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung). Siehe weiter unten im Text.

²⁸⁹ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁰ Vasokonstriktion = Gefäßverengung.

²⁹¹ Tachykardie = zu schneller Herzschlag.

²⁹² Gastrointestinale Motilität = Magen-Darm-Motorik.

Grafik 9.22: Prävalenz der männlichen und weiblichen Raucher in Europa

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

Die Raucherprävalenz ändert sich im Laufe der Zeit bzw. steht in engem Zusammenhang mit entsprechenden Maßnahmen zur Eindämmung des Zigarettenkonsums. Ganz allgemein steigt in hoch industrialisierten Ländern die Abhängigkeit der Männer nicht weiter an. In verschiedenen Staaten, in denen nunmehr schon seit vielen Jahren eine wirksame Antirauch-Politik betrieben wird, ist sogar ein deutlicher Abfall zu verzeichnen (z. B. Kalifornien). Leider nimmt die Zahl der rauchenden Frauen weiterhin kontinuierlich zu, sodass in einigen Ländern (z. B. Dänemark) abzusehen ist, wann mehr Frauen rauchen als Männer. Auch in Österreich ist ein weiteres kontinuierliches Ansteigen des weiblichen Raucheranteils zu erkennen, während der Anteil der männlichen Raucher zurückgeht.

Die Folgekosten des Zigarettenrauchens

1995 haben die fünf wichtigsten amerikanischen Zigarettenhersteller einen Netto-Profit von 5,3 Milliarden Euro erwirtschaftet. In der Zwischenzeit ist dieser Gewinn weiter gestiegen. Der Profit der zigarettenproduzierenden Industrie wird durch den Raucher selbst ermöglicht. Für die Gesundheitssysteme werden durch tabakassoziierte Erkrankungen aber extrem hohe direkte und indirekte Kosten verursacht. In einer deutschen Studie²⁹³ wurde nachgewiesen, dass das Zigarettenrauchen für 47 Prozent aller Kosten verantwortlich ist, welche durch die COPD, das Lungenkarzinom, den Schlaganfall, die koronaren Herzkrankheiten und arte-

rielle Verschlusskrankheiten verursacht werden. Etwa die Hälfte aller Kosten, welche durch tabakassoziierte Erkrankungen entstehen, sind mit der COPD und dem Bronchuskarzinom assoziiert. In jedem Land unserer Erde ist nachzuweisen, dass die tabakassoziierten Kosten für die Gesellschaft deutlich den Anteil, welcher durch die Zigarettensteuer aufgebracht wird, übersteigt.

Das Bronchuskarzinom

Anfang des 20. Jahrhunderts war das Bronchuskarzinom (Karzinom von Trachea, Bronchus und Lunge) eine seltene Erkrankung. Dies traf auch für das tabakassoziierte Kehlkopfkarzinom zu. Es waren fast nur Männer davon betroffen. Während und nach dem ersten Weltkrieg, besonders aber nach dem zweiten, griff die Pandemie der Nikotinabhängigkeit um sich, sodass Anfang des 21. Jahrhunderts das Bronchuskarzinom in den meisten Weltgegenden der gefährlichste Killerkrebs sowohl für Männer als auch für Frauen wurde. In vielen Ländern übersteigt die Zahl der Frauen, welche durch das Bronchuskarzinom sterben, die Brustkrebs-Todesfälle.

Die direkte Abhängigkeit der Prävalenz des Bronchuskarzinoms von der Zahl der gerauchten Zigaretten ist evident und besonders eindrücklich in Ländern gezeigt, wo mit dem Rückgang des Zigarettenkonsums auch ein Rückgang der Bronchuskarzinom-Häufigkeit

²⁹³ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

erreicht werden konnte. 20 Prozent aller Krebstoten gehen auf das Konto des Bronchuskarzinoms, der Großteil (etwa 90 Prozent davon) infolge langjährigen Zigarettenrauchens. 2002 erklärte die WHO offiziell auch das Passivrauchen als krebserregend.

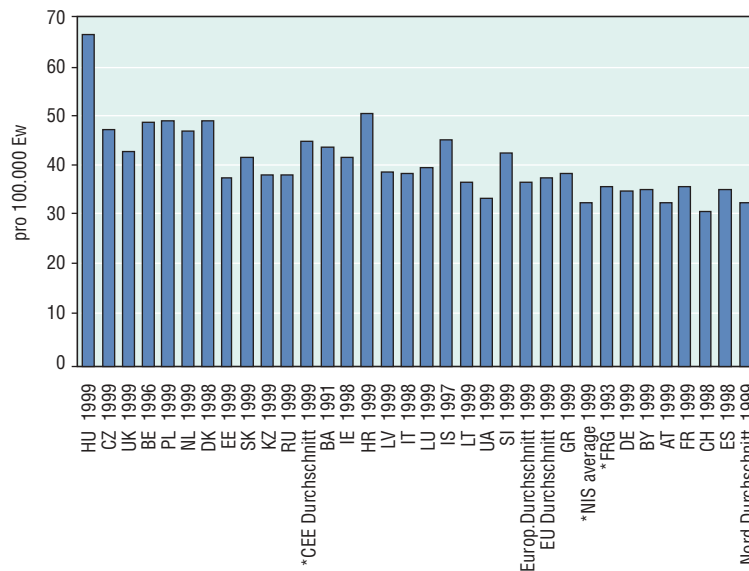
Für Europa gilt vereinfacht:

- Prävalenz des Bronchuskarzinoms: 26 (Portugal) bis 242 (Slowenien) pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr. Österreich: 42.²⁹⁴

- Mortalität des Bronchuskarzinoms: 13 (Kirgisistan) bis 61 (Ungarn) pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr. Österreich: 32.²⁹⁵

Wie gefährlich das Bronchuskarzinom ist, möge die Überlebensrate nach der Diagnose demonstrieren. Bei Männern überleben je nach Land etwa 20 Prozent das erste Jahr (zum Vergleich: Prostata-Karzinom 80 Prozent), bei Frauen ebenfalls nur etwa 20 Prozent (Brustkrebs: 90 Prozent).²⁹⁶

Grafik 9.23: Mortalität des Karzinoms der Trachea, des Bronchus und der Lunge für alle Altersgruppen



* CEE: Zentral- u. Osteuropa NIS: Neue unabhängige Staaten FRG: Westdeutschland vor Wiedervereinigung.

Quelle: *The European Lung White Book 2003*.

Durchschnittlich raucht jeder dritte Bürger der EU, der älter ist als 15 Jahre. Dies schwankt von 19 Prozent in Schweden²⁹⁷ bis zu 38 Prozent in Griechenland. Natürlich rauchen sehr junge und sehr alte MitbürgerInnen

weniger als die im Arbeitsprozess Stehenden zwischen 20 und 60 Jahren, und Männer generell häufiger als Frauen.

²⁹⁴ Statistik Austria: Krebsregister, sowie European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁵ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁶ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁷ Nicht berücksichtigt in der niedrigen Raucherprävalenz Schwedens sind die *Snus*-Konsumenten (oral konsumierter Tabak).

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung = chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD) ist

eine der häufigsten unter den vermeidbaren Krankheiten. Die COPD ist die wichtigste vermeidbare chronische Krankheit mit steigender Prävalenz und Mortalität. Die Sterblichkeit an der COPD wird sich weltweit in den nächsten Jahren mehr als verdoppeln.²⁹⁸

Tabelle 9.7: Todesursachen weltweit, geordnet nach Häufigkeit

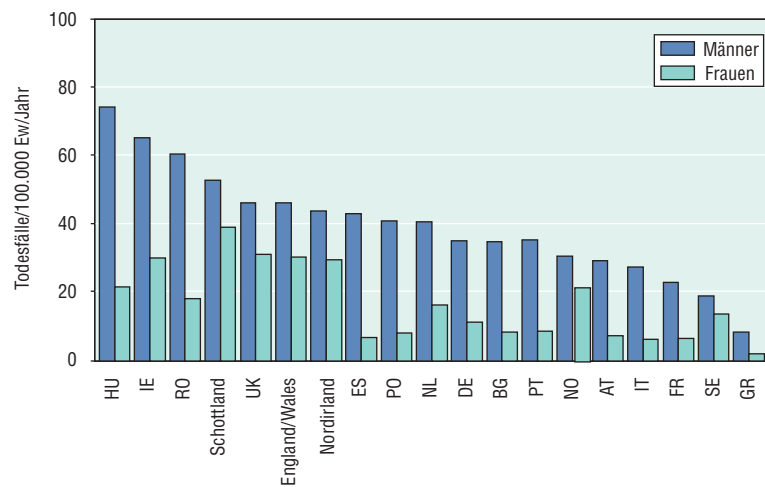
<p>WESTEUROPA</p> <p>1990: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom Pneumonie COPD Karzinom von Colon und Rektum Magenkarzinom Brustkarzinom Verkehrsunfälle Leberzirrhose</p>	→	<p>2010: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom COPD Pneumonie Karzinom von Colon und Rektum Magenkarzinom Leberzirrhose Brustkarzinom Verkehrsunfälle</p>
<p>OSTEUROPA</p> <p>1990: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom Pneumonie Magenkarzinom Verkehrsunfälle Verletzungen „self inflicted“ COPD Karzinom von Colon und Rektum Leberzirrhose</p>	→	<p>2010: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom COPD Magenkarzinom Verkehrsunfälle Pneumonie Karzinom von Colon und Rektum Verletzungen „self inflicted“ Leberzirrhose</p>

Quelle: WHO, *The Global Burden of Disease 1996*.

Man schätzt, dass die COPD im Jahr 2010 global an der vierten und 2020 bereits an der dritten Stelle aller Todesursachen landen wird. Dabei ist besonders zu be-

achten, dass derzeit etwa 50 bis 75 Prozent der PatientInnen nicht oder noch nicht richtig diagnostiziert sind.

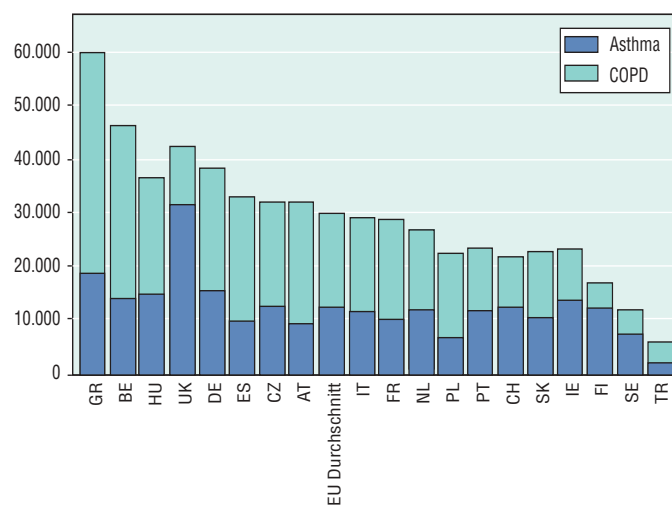
²⁹⁸ www.goldcopd.com – Gold Executive Summary 2004.

Grafik 9.24: Alterskorrigierte Mortalität an COPD in 19 europäischen Ländern

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

Der wichtigste – in mehr als 80 Prozent der Fälle – ätiologische Faktor für die COPD ist das Zigarettenrauchen. RaucherInnen haben häufiger respiratorische Symptome, Lungenfunktionseinschränkungen und damit auch Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit. Das Rauchen führt bei vielen Menschen zu vorzeitiger Invalidisierung und bei der Hälfte aller LangzeitraucherInnen zum Tod (davon wiederum bei der Hälfte zum Tod vor Erreichung des Pensionsalters)²⁹⁹.

Nicht jeder Raucher bzw. jede Raucherin leidet an einer COPD, aber fast jede/r COPD-Patient/in ist oder war Raucher/in. Es gilt die Faustregel, dass ein Raucher pro Zigarette etwa 10 Minuten seiner Lebenszeit einbüßt. Die ökonomische Bedeutung der COPD für die Gesellschaft sei an Hand der Häufigkeit demonstriert, mit der die Patienten in verschiedenen Ländern Europas Konsultationen von Ärzten oder Spitalsambulanzen benötigen.

Grafik 9.25: Zahl der Konsultationen von Ärzten oder Spitalsambulanzen pro 100.000 Einwohner

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

²⁹⁹ PETO et al. (2000).

Die Entstehung des Asthma bronchiale ist nicht tabakassoziiert, wohl aber häufig die Verschlimmerung auch dieser Krankheit. Die Krankenhausaufnahmen für Asthma sind in den letzten Jahren trotzdem gesunken. Die Zahl der stationären Aufnahmen für die COPD steigen hingegen kontinuierlich. Derzeit schwanken die Spitalsaufnahmen in der EU – je älter die PatientInnen desto häufigere Aufnahmen – im Durchschnitt zwischen 500 und 1000 pro 100.000 BürgerInnen/Jahr. Es ist erschreckend, dass europaweit derzeit mit steigender Tendenz fast jede/r 100. EinwohnerIn einmal pro Jahr wegen einer COPD stationär aufgenommen wird. Eingedenk dessen, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die vermeidbar ist, und deren Ursache geklärt wurde, müssen diese Zahlen zu mehr Aktivität aufrufen.

Daten für Österreich und Wien

Krankheiten der Atmungsorgane

Nach Eigenangaben leiden etwa 5,5 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen Wiens an chronischen Krankheiten der Atmungsorgane, Asthma bronchiale ausgenommen.³⁰⁰ Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter; Jugendliche und junge Erwachsene sind daher nur zu einem geringen Teil betroffen. Chronische Krankheiten der Atmungsorgane finden sich vermehrt bei Männern mit mittlerer und bei Frauen mit niedriger Bildung. Sie sind häufig mit eingeschränkter Lebensqualität gekoppelt. Die stationären Aufenthalte in der

Folge von Krankheiten der Atmungsorgane zeigen eine leicht steigende Tendenz.³⁰¹

Die COPD

Der Terminus „COPD“ ist derzeit etwa 3 Prozent der Gesamtbevölkerung bekannt. Unter den AllgemeinärztInnen nimmt der Bekanntheitsgrad dieser Erkrankung durch verschiedene Maßnahmen der Österreichischen Pneumologischen Gesellschaft zu. Trotzdem findet sich in Österreich wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern eine massive Unterdiagnose dieser häufigen Krankheit. Naturgemäß wird über das exakte Ausmaß von Fehl- oder fehlenden Diagnosen spekuliert. In Österreich finden sich dazu keine relevanten Studien.

Die chronische Bronchitis als Teil der COPD spielt in Wien aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer Folgekrankheiten eine bedeutende Rolle.³⁰² Im Mikrozensus 1999³⁰³ gaben von der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung Wiens 1,3 Prozent der Männer und 1,7 Prozent der Frauen „chronische Bronchitis, Lungenemphysem“ an. Österreichweit waren etwa 1,6 Prozent der Männer und 1,6 Prozent der Frauen betroffen. Die Lebenszeit-Prävalenz für chronische Bronchitis beträgt nach Eigenangaben in Wien³⁰⁴ in der Bevölkerung ab 16 Jahren bei Männern 5,3 Prozent, bei Frauen 4,4 Prozent. In beiden Fällen handelt es sich um subjektive Angaben, die nicht durch ärztliche Diagnosen validiert sind.

³⁰⁰ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

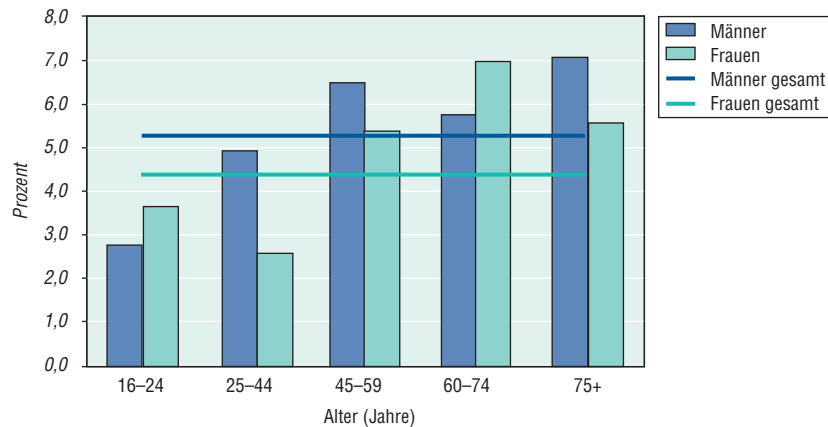
³⁰¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰² Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰³ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999, S. 106–107.

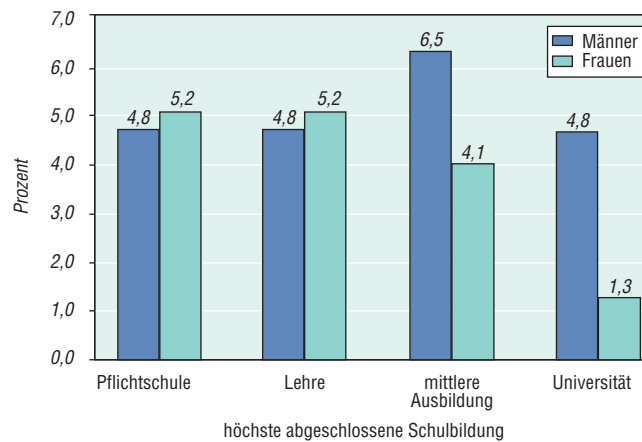
³⁰⁴ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

Grafik 9.26: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Grafik 9.27: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Bildung und Geschlecht



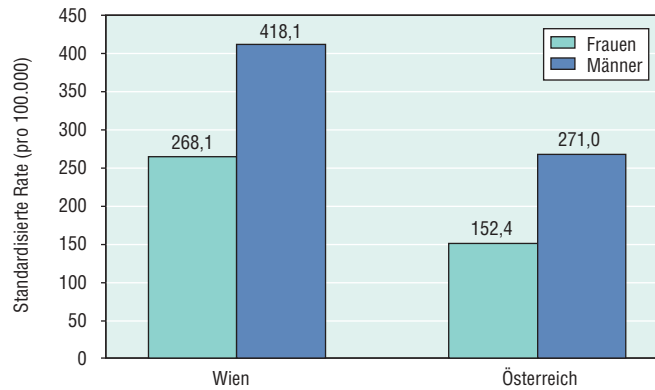
Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Auffällig ist insbesondere bei Frauen der Einfluss des Ausbildungsgrades. Bei Männern fällt dieser nicht ins Gewicht.

Im Jahre 2000 wurde ein erklecklicher Teil der stationären Aufenthalte in Wiener Krankenhäusern durch

chronische Bronchitis verursacht. Auf die Gefahr von Fehldiagnosen besonders dieser Patientengruppe muss jedoch eindringlich aufmerksam gemacht werden. Insgesamt wurden in Wien etwa 7.000 stationäre Aufenthalte mit dieser Hauptdiagnose (ICD-9 <490, 491>) verzeichnet.

Grafik 9.28: Stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose chronische Bronchitis von in Wien und in Österreich wohnhaften Personen im Jahr 2000



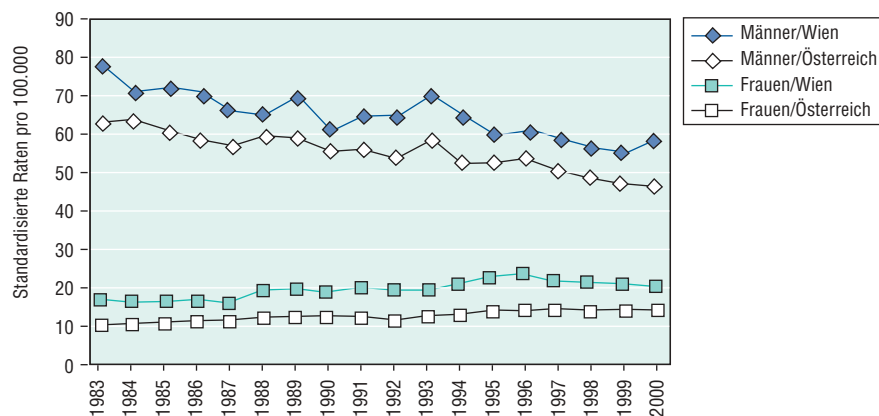
Quelle: Statistik Austria, Spitalsstatistik.

Sowohl in Wien als auch bundesweit sind stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose chronische Bronchitis seit 1990 gestiegen. In Wien jedoch bei beiden Geschlechtern deutlicher als im Durchschnitt Österreichs.³⁰⁵

Das Bronchuskarzinom (Karzinom von Trachea, Bronchus und Lunge)

Seit Beginn der 80er Jahre geht sowohl in Österreich als auch in Wien die Inzidenz der Neuerkrankungen an Bronchuskarzinom kontinuierlich zurück. In Wien verläuft diese Entwicklung allerdings weniger konstant als im gesamten Bundesgebiet.³⁰⁶

Grafik 9.29: Neuerkrankungen an Bronchuskarzinom in Wien und Österreich seit 1983



Quelle: Statistik Austria, Krebsregister.

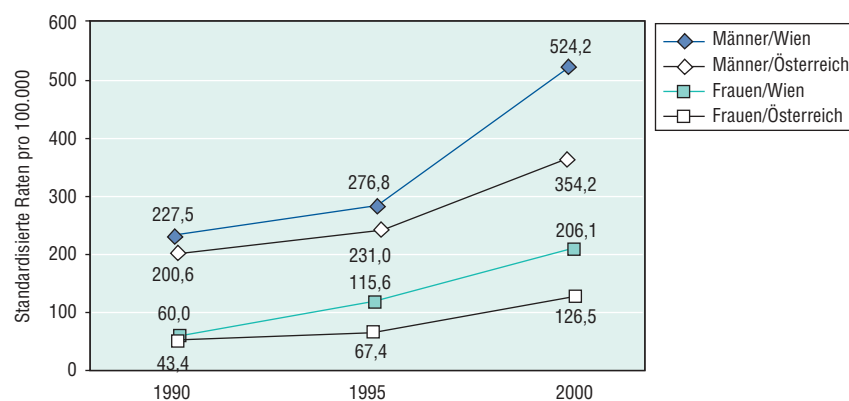
³⁰⁵ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰⁶ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

Der insgesamt rückläufigen Tendenz der Neuerkrankungen bei Männern steht bei den Frauen in Wien und bundesweit hingegen eine steigende Tendenz gegenüber. Während 1983 in Wien Männer viereinhalbmal so häufig an Bronchuskarzinomen erkrankten als Frauen, war die Bronchuskarzinom-Inzidenz der Männer

im Jahre 2000 nur mehr zweieinhalbmal so hoch als diejenige der Frauen.³⁰⁷ Dies entspricht internationalen Tendenzen; in einzelnen europäischen Staaten beginnen die Frauen die Männer diesbezüglich bereits zu überholen.

Grafik 9.30: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Lungenkrebs in Wien und Österreich

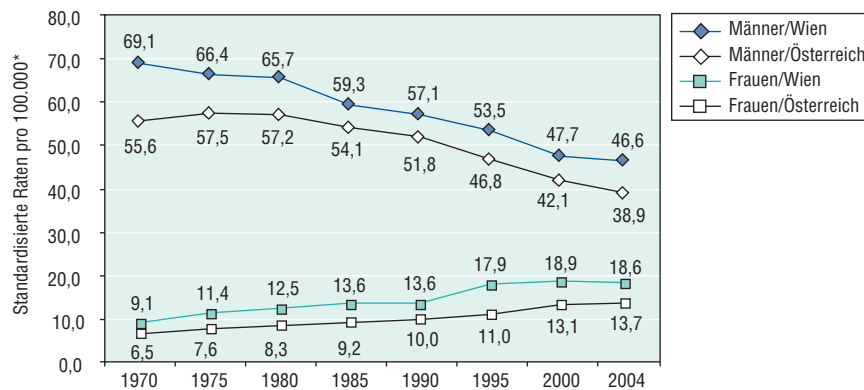


Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik.

Aufgrund häufigerer Neuerkrankungen an Lungenkrebs in Wien sind mehr stationäre Aufenthalte erforderlich als im Durchschnitt Österreichs. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte hat bei beiden Geschlechtern zugenommen, in Wien jedoch deutlicher als im gesamten Bundesgebiet. Bei den Frauen ist sie in Wien in den letzten zehn Jahren um das dreieinhalbfache, bei den Männern um mehr als das Doppelte angestiegen.

Die Sterblichkeit an Lungenkrebs (ICD-9 <162>) ist in Wien höher als im Durchschnitt des Bundesgebietes. Obwohl die stationären Aufenthalte von PatientInnen mit Lungenkarzinomen dramatisch häufiger geworden sind, fiel die Mortalität bei Männern kontinuierlich ab. Bei den Frauen ist die Mortalität bis zum Jahre 2000 gestiegen.

³⁰⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

Grafik 9.31: Mortalität an Lungenkrebs in Wien und Österreich seit 1970, nach Geschlecht

* Standardisierte Raten, basierend auf WHO Weltstandardbevölkerung.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

International gesehen wurden die meisten Neuerkrankungen und die größten Mortalitätsraten bei den Männern in Belgien, den Niederlanden und in Luxemburg gefunden, bei den Frauen in Dänemark und Großbritannien. Am geringsten ist das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken und zu sterben, für Männer in Schweden und Portugal und für Frauen in Spanien und Portugal.³⁰⁸

Status der Raucherentwöhnung in Österreich

Im Rahmen der Initiative „Jetzt aufhören! Das Netzwerk der österreichischen Ärzteschaft gegen Rauchen“ wurde in einer Studie zur Raucherentwöhnung und der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von ExraucherInnen eine repräsentative Umfrage von PatientInnen durchgeführt, die sich einer Raucherentwöhnungstherapie unterziehen wollten.³⁰⁹

Die **typische Auskunftsperson** war zwischen 40 und 60 Jahre alt, hat durchschnittlich zwischen 12 und 19 Jahren zu rauchen begonnen und rauchte 20 bis 30 Zigaretten pro Tag. Männer in Österreich rauchen signifikant mehr als Frauen. Zwei von drei der befragten RaucherInnen haben schon vor dem gegenständlichen Entwöhnungsversuch zumindest einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Jeder dritte Raucher leidet an einer **COPD**. Bei etwa 2,5 Mio RaucherInnen in Österreich ergibt das eine Schätzung von 750.000 PatientInnen mit chronisch obstruktiver Bronchitis und/oder Lungenemphysem. LangzeitraucherInnen (mehr als 20 Jahre) erkranken 3,3-mal häufiger an COPD und an einer Hypertonie im Vergleich zu PatientInnen, die noch nicht so lange rauchen. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, an den meisten bzw. mehreren Tagen der Woche zu **husten**. Nur jeder siebente Raucher bzw. Raucherin, der/die sich einer Raucherentwöhnung stellen wollte, war frei von Atemwegsbeschwerden.

ExraucherInnen sind drei Monate nach Rauchende zu 57 Prozent, nach einem Jahr zu rund 75 Prozent ganz ohne Husten. Nach zwölf Monaten hustet nur mehr jede/r zehnte Raucher/in an mehreren Tagen der Woche. Fast drei Viertel der NichtraucherInnen sind nach zwölf Monaten frei von jeglichen Atembeschwerden.

Als **Rauchmotive** werden in erster Linie Gewohnheit, Genuss und Bewältigung von Stresssituationen sowie Entspannung genannt. **Frauen** rauchen signifikant häufiger zur Bewältigung von Stresssituationen und zur Gewichtskontrolle als Männer. Fast jede/r zweite Raucher/in ist sehr stark nikotinabhängig.

³⁰⁸ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

³⁰⁹ Market Mind (2003).

Von drei Viertel der Befragten wird die Realisierung des Gesundheitsrisikos als Grund oder Mitgrund zum Aufhören genannt. Bei der Art der **Motive zur Entwöhnung** bestehen jedoch gravierende altersspezifische Unterschiede: Die bis zu 40-Jährigen führen neben finanziellen und sportlichen Gründen auch die schlechte Vorbildwirkung für die eigenen Kinder an. Ältere RaucherInnen geben dagegen signifikant häufiger bestehende Gesundheitsprobleme als Grund zum Aufhören an.

Erfolgsquote: Nach drei Monaten Entwöhnung sind etwa 40 Prozent, nach zwölf Monaten etwa 35 Prozent ExraucherInnen. Neun von zehn RaucherInnen, die nach drei Monaten „clean“ sind, rauchen auch nach einem Jahr nicht.

Bezüglich der **Krankenstandstage** findet sich eine deutliche Reduktion nach der Rauchentwöhnung. Hatten die RaucherInnen vor dem Entwöhnungszeitpunkt noch durchschnittlich elf Krankenstandstage pro Jahr in Anspruch genommen, reduzierte sich dies ein Jahr später auf durchschnittlich sieben Tage. Vergleicht man die Anzahl der Krankenstandstage erfolgreicher ExraucherInnen mit den PatientInnen, die es nicht geschafft haben, lässt sich ein signifikanter Unterschied nachweisen. Die Gruppe der „rückfälligen RaucherInnen“ nimmt durchschnittlich 4,5 Tage mehr Krankenstand im Jahr in Anspruch als die konsequent abstinenten PatientInnen. Auch die Häufigkeit des Aufsuchens eines Arztes oder einer Spitalsambulanz ist bei den „rückfälligen RaucherInnen“ signifikant höher als bei den PatientInnen, die es endgültig geschafft haben, sich von dieser Abhängigkeit zu befreien.

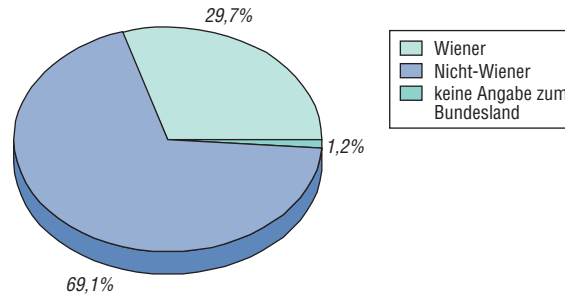
Fast bei jedem/jeder zweiten Exraucher/in sind „**Entzugserscheinungen**“ oder andere negative Konsequenzen aufgetreten. Die PatientInnen benötigen diesbezüglich Hilfe! Bei **Frauen** und stark nikotinabhängigen RaucherInnen sind Entzugserscheinungen signifikant häufiger und stärker. Fast ein Drittel der Befragten haben innerhalb eines Jahres, nachdem sie zu rauchen aufgehört haben, an **Gewicht** zugenommen (durchschnittlich 4,9 kg). Der stärkste Gewichtszuwachs geschieht innerhalb der ersten drei Monate nach dem Rauchverzicht. Dabei gibt es einen **Geschlechtseffekt:** Nikotinabstinente Frauen haben signifikant mehr Gewicht zugenommen als Männer.

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der ExraucherInnen verbesserte sich in allen Skalen im Vergleich zu den Werten vor der Nikotinabstinenz. In der Skala „Emotionale Rollenfunktion“ hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei ExraucherInnen auch im Vergleich der Ergebnisse drei und zwölf Monate nach dem Rauchverzicht weiter verbessert. Auffallend ist, dass sich der Wert der körperlichen Summenskala der ExraucherInnen vom Stoptag bis zum Tag nach drei Monaten tendenziell verbesserte, anschließend aber keinen weiteren Fortschritt erkennen ließ. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, den RaucherInnen auch langfristig ein gezieltes körperliches Trainingsprogramm anzubieten.

Status der Rauchentwöhnung in Wien

Im Projekt „**Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung**“ wurden zu etwa zwei Drittel „Nicht-Wiener“³¹⁰ und zu etwa einem Drittel Wiener PatientInnen inkludiert. 1,2 Prozent der PatientInnen machten keine Angaben bezüglich ihres Wohnortes.

³¹⁰ Aus anderen Bundesländern.

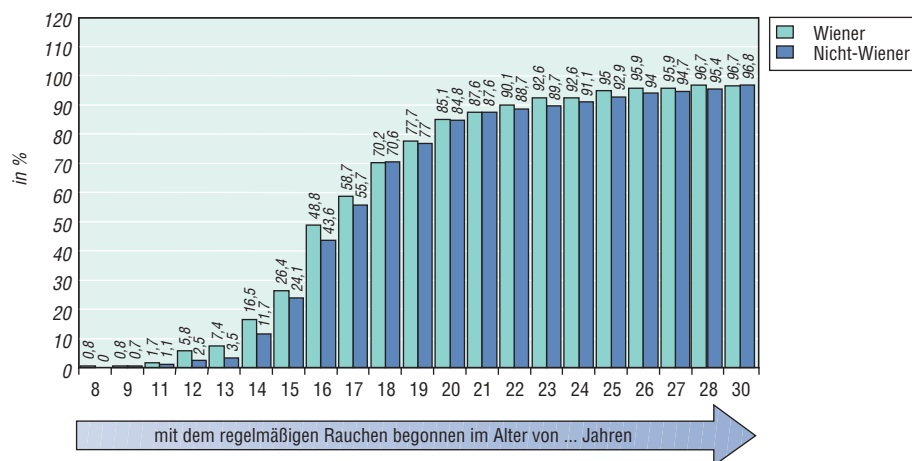
Grafik 9.32: Projekt „Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung“: Verteilung Wiener versus nicht-Wiener PatientInnen

Quelle: Market Mind 2003.

Diese Verteilung erlaubt es, einige Kriterien zu untersuchen, ob sich der durchschnittliche Wiener bzw. die durchschnittliche Wienerin, der/die sich das Rauchen abgewöhnen will, von den Nicht-WienerInnen unterscheidet.

Rauchbeginn

Eine besonders schützenswerte Population stellt unsere heranwachsende Jugend dar. Dementsprechend betrüblich ist es, dass im Bereich der Großstadt Wien deutlich früher zu rauchen begonnen wird als außerhalb der Bundeshauptstadt.

Grafik 9.33: „Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung“: Rauchbeginn, kumulierte Häufigkeiten

Quelle: Market Mind 2003.

Je früher zu rauchen begonnen wird, desto mehr Schäden sind zu erwarten. Im 12. und 13. Lebensjahr rauchen mehr als doppelt so viele WienerInnen als Nicht-WienerInnen. Erst im 18., 19. und 20. Lebensjahr gleicht sich diese ungünstige Tendenz aus. Die Folgerung aus diesen Ergebnissen sollte eine besonders intensive Aufklärung der Schüler im Alter von 12 bis 16

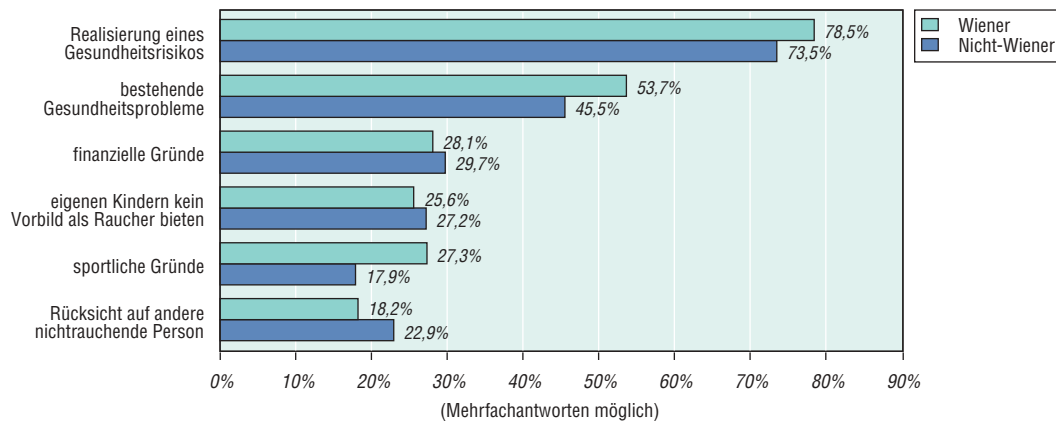
sein. Zusätzlich ist die Wiedereinführung des Rauchverbotes in den Schulen zu erwägen und der Zugang zu Zigaretten zu erschweren (keine Automaten in der Nähe der Schule). Eine Hypothese mag gestattet sein: Wenn die Lehrerzimmer rauchfrei wären, würden weniger Schulkinder rauchen.

Motive für die Rauchentwöhnung

WienerInnen suchen häufiger wegen der Realisierung eines Gesundheitsrisikos oder bereits bestehender Gesundheitsprobleme eine Rauchentwöhnungsthera-

pie auf als Nicht-WienerInnen. Interessant ist, dass in Wien auch deutlich häufiger sportliche Gründe angegeben werden, während es mit der Rücksicht auf nicht-rauchende Personen nicht besonders gut bestellt ist.

Grafik 9.34: Motive für die Rauchentwöhnungstherapie



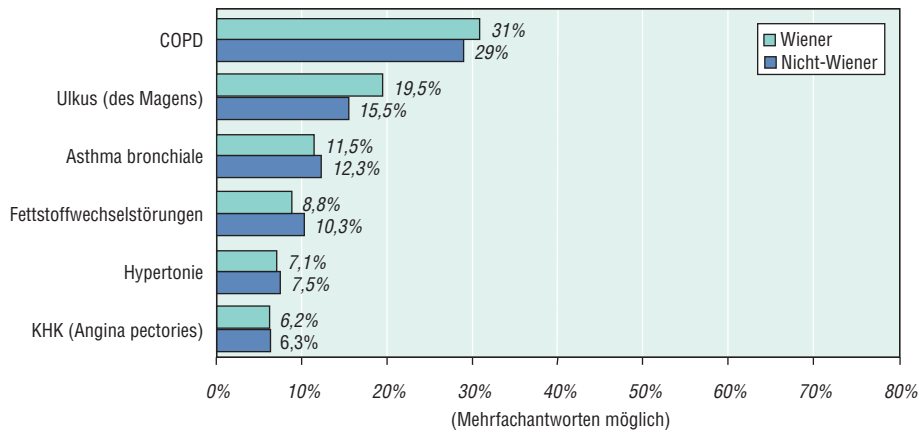
Quelle: Market Mind 2003.

Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen

Wiener Entwöhnungswillige leiden etwas häufiger an einer COPD und etwas weniger häufig an einem Asthma bronchiale als Nicht-WienerInnen. Statistisch signifikant ist der Unterschied in der Häufigkeit von Magengeschwüren, während Fettstoffwechsel-Störungen bei Nicht-WienerInnen etwas häufiger vorkommen

dürften. Kardiovaskuläre Erkrankungen, wie Hypertonie und koronare Herzkrankheit (KHK), sind in beiden Gruppen gleich häufig gegeben. Insbesondere fällt aber auf, dass deutlich mehr als ein Drittel der PatientInnen, die sich einer Entwöhnungstherapie unterziehen, an mindestens einer relevanten chronischen Erkrankung leiden.

Grafik 9.35: Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen



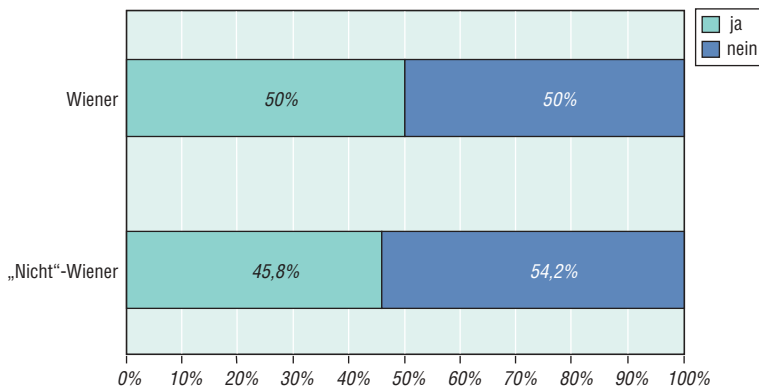
Quelle: Market Mind 2003.

Entzugerscheinungen

Die Frage „Sind eigentlich, nachdem Sie mit dem Rauchen aufgehört haben, Entzugerscheinungen oder an-

dere negative Konsequenzen aufgetreten?“ beantworteten signifikant mehr WienerInnen als Nicht-WienerInnen mit „Ja“.

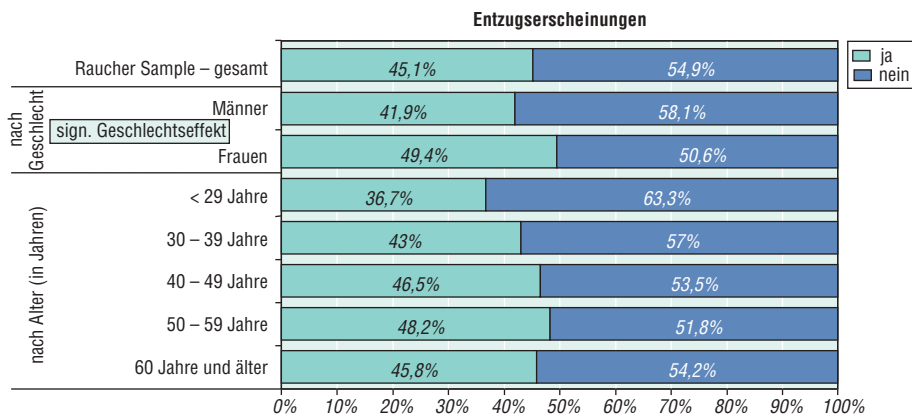
Grafik 9.36: Rauchentwöhnung: Entzugerscheinungen



Quelle: Market Mind 2003.

Unter den vielfältigen negativen Empfindungen, welche in den ersten Wochen nach dem Rauchstopp auftraten (Unruhe, Ängstlichkeit, Schlafstörungen, etc.) konnten wir keine relevanten Unterschiede erkennen. Weil sich aber die Zahl und Stärke der gerauchten Ziga-

retten nicht nach dem Wohnort richtet, die Entzugerscheinungen also etwa gleich groß sein müssten, scheint der durchschnittliche Wiener Raucher diesbezüglich wohl sensibler zu reagieren.

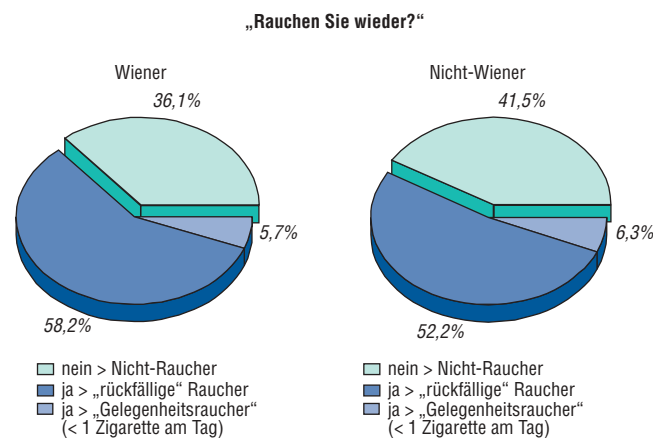
Grafik 9.37: Rauchentwöhnung: Entzugserscheinungen nach Geschlecht und Alter

Quelle: Market Mind 2003.

Erfolgsquote

WienerInnen scheinen die schwierigeren PatientInnen für die Rauchentwöhnungstherapie zu sein. Sie haben mehr Begleiterkrankungen, leiden aber auch mehr an

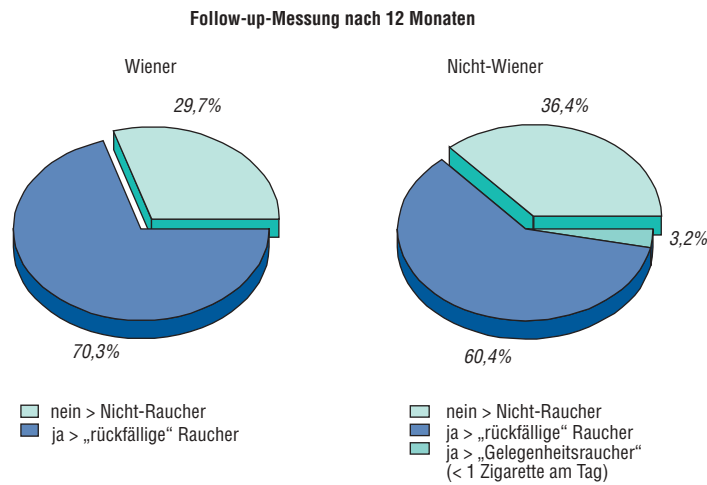
den Entzugserscheinungen. Das führt dazu, dass nach drei Monaten 41,5 Prozent der Nicht-WienerInnen, aber nur 36,1 Prozent der Wiener PatientInnen entwöhnt waren.

Grafik 9.38: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 3 Monaten

Quelle: Market Mind 2003.

Auch längerfristig sind die Ergebnisse für die Wiener PatientInnen schlechter. Auf die Frage „Rauchen Sie wieder?“ antworten nach einem Jahr 36,4 Prozent der

Nicht-WienerInnen, aber nur 29,7 Prozent der WienerInnen mit „Nein“.

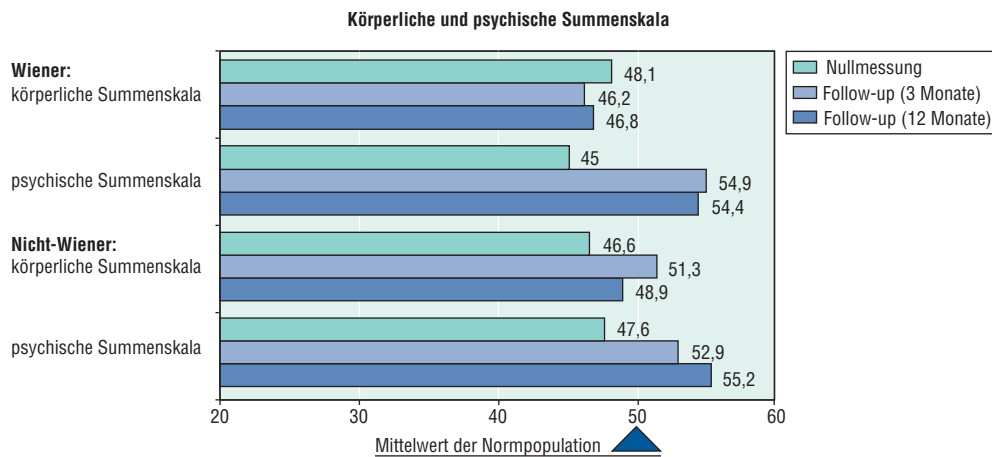
Grafik 9.39: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 12 Monaten

Quelle: Market Mind 2003.

Verbesserungen durch den Verzicht auf das Zigarettenrauchen

Körperliche Schäden durch das Zigarettenrauchen sind nur zu einem geringen Teil reversibel. Dies trifft sowohl für die bronchopulmonalen Folgeerkrankungen – wie die COPD – zu als auch für die kardiovaskulären Veränderungen, wie etwa die koronare Herzkrankheit, etc. Das Risiko, an Malignomen zu erkranken, wird dem Patienten bzw. der Patientin nicht bewusst. Er/sie merkt also eine Veränderung dieses Risikos nicht.

Das somatische Ziel der Nikotinentwöhnung ist neben der Risikominimierung vor allem die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung von **Körperfunktionen**. So wird nachgewiesenermaßen eine weitere Zunahme der koronaren Herzkrankheit oder der COPD durch Nikotinabstinenz verhindert bzw. gebremst. Auch das merkt der Patient/die Patientin nicht immer. So ist es also nicht überraschend, dass in der Summenskala der körperlichen Befindlichkeit sowohl für die Wiener als auch für die Nicht-Wiener PatientInnen durch den Verzicht auf das Rauchen keine relevanten Veränderungen zu erkennen sind. Dieses Faktum unterstreicht die Notwendigkeit, zur Zeit der Nikotinentwöhnung auch eine **Bewegungstherapie** anzubieten.

Grafik 9.40: Summenskala körperlicher und psychischer Befindlichkeit, Wiener und nicht-Wiener PatientInnen

Quelle: Market Mind 2003.

Sehr positiv ist die eindeutige Verbesserung der Summenskala **psychischer Befindlichkeit** schon nach drei Monaten. Die Mittelwerte der Normpopulation für die körperliche und die psychische Summenskala liegen bei 50. Es ist eindeutig zu erkennen, dass die PatientInnen sowohl aus körperlicher als auch aus psychischer Sicht vor dem Nikotinverzicht deutlich unter dem Mittelwert lagen. Durch die Entwöhnung kommt es in psychischen Belangen zu einer signifikanten Verbesserung.

Schlussfolgerungen

Dass das Zigarettenrauchen Krankheiten verursachen kann, weiß praktisch jede/r Raucher/in. Anders als in anderen Lebensbereichen gilt aber für Fragen der Gesundheit und Krankheit bei Nikotinabhängigen fast immer das Alles oder Nichts und die Vermutung, dass es zwar viele andere betreffen wird, aber nicht den Raucher bzw. die Raucherin selbst. Betrüblerweise beginnen unsere Jugendlichen, vor allem im Großstadtbereich, immer früher zu rauchen. Es ist uns auch nicht in Ansätzen gelungen, die Imagewerbung der Tabakindustrie zu konterkarieren. Die primäre Prävention hat im Schul- und Ausbildungsbereich stattzufinden und ist eine bildungs- und gesundheitspolitische Aufgabe. Bisher war sie erfolglos. Die Lehrer und Schulärzte sind in diese Problematik intensiv einzubinden.

Eine Erhöhung des Zigarettenpreises verringert die Anzahl insbesondere der jungen RaucherInnen. Ein geringes, aber kontinuierliches Anheben in vielen Schritten ist weniger effektiv als seltene und drastische Preiserhöhungen, um entsprechende Signale zu senden.³¹¹

Die rauchfreie Schule muss nach den rauchfreien Lehrerzimmern (!) eingeführt werden. Mit Schlagworten wie das vom „rauchfreien Krankenhaus“ ist zu wenig getan. Kontrollen und Konsequenzen sind durchzudenken und anzuwenden. Der Zugang zu Zigaretten für SchülerInnen sollte erschwert werden. Zum Beispiel dürfen in der Nähe der Schule keine Zigarettenautomaten angebracht werden. Die generelle Abschaffung der Automaten ist zu planen.

Neben drastischen Einschränkungen der Nikotinwerbung (gilt auch für Plakate, etc.) sollten die notwendigen Mittel bereitgestellt werden, um Imagewerbung auch für NichtraucherInnen durchführen zu können.

Die Therapie der Krankheit „Nikotinabhängigkeit“ ist in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich gesichert.³¹² Für den Bereich der Folgeerkrankungen der Lunge ist sie die effektivste und billigste Therapie, welche zur Verfügung steht. Der Einfluss des Arztes, des Nikotinersatzes und der Antidepressiva ist wissenschaftlich nachgewiesen. Durch die Vielzahl hervorragender Arbeiten wurde

³¹¹ Siehe dazu auch nachfolgendes Kap. 9.4.2.

³¹² US-Department of Health and Human Services (2000), Treating Tobacco Use and Dependence.

der höchste Evidenzgrad für den Wirkungsnachweis dieser Therapie erreicht. Maßnahmen wie Hypnose, Akupunktur, etc. sind in Einzelfällen wirksam, naturgemäß gibt es nicht die Fülle an wissenschaftlichen Daten wie für die Einflussnahme durch den Arzt, die Wirkung der Nikotinersatz-Präparate und der Antidepressiva. Nikotinentwöhnung ist nicht nur Heilung von einer Suchterkrankung, sondern auch sekundäre Prävention. In diesem Bereich sind auch in Österreich signifikante Erfolge zu verzeichnen, wie die Steigerung der Extraucherquoten vor allem bei Männern zeigt.

In unserer Studie³¹³ konnten wir nachweisen, dass im derzeitigen Stand der Nikotinentwöhnung jeder dritte Abhängige geheilt werden kann. Im Großstadtbereich ist dies schwieriger als außerhalb Wiens. Wiener PatientInnen leiden an mehr Folgeerkrankungen und auch an häufigeren Entzugssymptomen in der ersten Phase der Raucherentwöhnung als Nicht-Wiener PatientInnen.

Erfreuliche Erfolge sind zu erzielen, obwohl die Raucherentwöhnungstherapie derzeit in Österreich nur selten

systematisch durchgeführt wird. Die wesentlichste Ursache für den eingeschränkten Einsatz dieser nachgewiesenen wirksamen und billigen Therapie ist die Tatsache, dass die Finanzierung sowohl der Ärzte als auch der Medikamente nur in Ausnahmefällen durch die Krankenkassen bezahlt wird.

Der durchschnittliche österreichische Patient wünscht sich eine Therapie auf Krankenkassen-Kosten. Ein relevantes und kaum zu überschätzendes Hindernis, welches die PatientInnen im Wiener Bereich davon abhält, sich einer strukturierten Nikotinentwöhnungstherapie zu unterziehen, ist die Tatsache, dass sie in den allermeisten Fällen für die Kosten selbst aufkommen müssen. Finanzierungsmodelle sind auszuarbeiten, wenn das Ziel weiter verfolgt werden soll, dass jeder Patient in Österreich, bei dem eine Erkrankung nachgewiesen wurde (z. B. Nikotinabhängigkeit und/oder deren Folgeerkrankungen) auch Anspruch auf eine Therapie hat (z. B. Nikotinentwöhnungstherapie), welche medizinisch-wissenschaftlich gesichert ist.

³¹³ Market Mind (2003).

9.4.2 Gesundheitspolitische Bedeutung des Rauchens

Zusammenfassung

Österreich gilt international als ein Land mit einer sehr schwachen Tabakpolitik, wo Nichtraucherschutz nicht wirklich ernst genommen wird. Österreichs (und insbesondere Wiens) Lokale sind derart verraucht, dass dies sogar in Reiseführern Erwähnung findet. Innerhalb Österreichs zeigen die Wiener und insbesondere die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten. Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf. Bisherige Initiativen zur Eindämmung des Tabakkonsums sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen sowie zum Schutz der mehrheitlich nicht rauchenden Bevölkerung müssen, soweit überhaupt vorhanden, als kaum wirksam bezeichnet werden.

Wirksamkeitsgeprüfte Maßnahmen, die die Raucherprävalenz (und in der Folge die tabakassoziierte Morbidität und Mortalität) senken, umfassen insbesondere eine Kombination aus Preiserhöhung (Tabaksteuer), Rauchverboten (Schaffung einer rauchfreien Umwelt), generelles Tabakwerbeverbot und Verbot von Sponsoring, Information und öffentliche Bewusstseinsbildung, Ausbildung von GesundheitsexpertInnen, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung sowie zielgruppenorientierte Präventionsprogramme.

Die in Österreich bisher fokussierten Maßnahmen (insbesondere die isolierten und kurzfristig angelegten Jugendkampagnen) gelten als wenig bis gar nicht wirksam. Es gibt bisher auch keine entsprechende Strategie bzw. keinen nationalen Tabakpräventionsplan wie in vielen anderen Ländern. Trotz der hohen tabakassoziierten Morbidität und Mortalität in Österreich, der weltweit höchsten Raucherprävalenz unter Jugendlichen (vor allem bei Mädchen), der Befürwortung von rauchfreien Lokalen durch die österreichische Bevölkerung und den als bestes Beispiel geltenden Ländern Italien und Irland, beschränkt man sich hierzulande auf „freiwillige Vereinbarungen“ und baut auf die Rücksichtnahme der RaucherInnen bzw. vor allem auf die fortgesetzte Toleranz der NichtraucherInnen.

Summary: The Significance of Smoking for Health Policies

Internationally, Austria has the reputation of being a country with a very weak tobacco policy where the protection of non-smokers is not taken very seriously. The Austrian (and especially Viennese) restaurants and bars are so dense with smoke that this is even mentioned in tourist guides. In Austria, Vienna has the highest rate of smokers, in particular for women and adolescents. Not surprisingly, Vienna also has the highest lung cancer mortality rates in Austria for men and women. The few initiatives that have been undertaken to reduce tobacco consumption in adults as well as in children and adolescents and to protect the non-smoking population can be justly called ineffective.

Measures that have been proven to work in reducing the prevalence of smoking (and, in consequence, the smoking associated morbidity and mortality rates) are - especially if several of them are combined - price increase (tobacco taxes), smoking bans (creating a smoke-free environment), a general ban on tobacco advertising and sponsoring by tobacco companies, information and awareness-building campaigns, training of health experts, counselling and treatment for people who want to quit smoking, and targeted prevention programmes.

The measures employed in Austria so far (especially the isolated and short-term youth campaigns) have to be regarded as hardly effective. So far there is also no strategy or national tobacco prevention plan like in many other countries. Despite the high smoking associated morbidity and mortality, the highest incidence of smoking among adolescents (girls in particular) in the world, the general support among the population for smoke-free bars and restaurants, and best practise examples such as Italy and Ireland, the measures in Austria are limited to „voluntary agreements“ and to expecting smokers to be considerate – and non-smokers to be tolerant towards smokers.

Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf **Länderebene** forciert werden. Bewusstseinsfördernde Maßnahmen sowie Initiativen, die in den Kompetenzbereich der Länder fallen, können helfen, den Tabakkonsum einzudämmen und in Bezug auf NichtraucherInnen den Problembewusstsein in der Bevölkerung zu stärken. Vor allem aber können sie beispielgebend für andere Bundesländer sein und in der Folge auch auf eine Änderung der nationalen Tabakpolitik hinwirken.

*All the more reason to promote measures **at the provincial level**. Awareness-building measures and initiatives that fall within the competencies of the federal provinces can help reduce tobacco consumption and raise awareness about non-smoker protection. They can particularly serve as best practice models for the other Austrian federal provinces and thus lead to a change of the national tobacco policy.*

Ausmaß der Folgeschäden des Rauchens

Rauchen stellt zur Zeit die **größte vermeidbare Todesursache** dar. Tabakkonsum ist eine Suchterkrankung wie der Konsum von Heroin oder anderen Drogen. Für die Hälfte aller RaucherInnen endet diese Sucht tödlich, davon wiederum für die Hälfte bereits in mittleren Lebensjahren. In der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen beträgt die Anzahl der aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung verlorenen Lebensjahre 23 Jahre.³¹⁴ Laut internationalen Schätzungen **sterben in Österreich** jährlich 14.000³¹⁵ bzw. **täglich 38 Menschen** an den Folgen des Rauchens.³¹⁶

Die durch Rauchen verursachte Krankheitsbelastung und die vorzeitige Sterblichkeit verursachen extrem hohe **betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten**. Schätzungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zufolge entstehen durch die wichtigsten im Zusammenhang mit Rauchen verursachten Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen) jährliche Folgekosten in der Höhe von rund 2 Milliarden Euro. Dies entspricht ca. **20 Prozent der Versicherungsleistungen aller Krankenversicherungsträger** bzw. **10 Prozent aller Gesundheitsausgaben**³¹⁷. Weiters verursacht Rauchen auch häufigere und längere **Krankstände**,

mehr **frühzeitige Pensionierungen** aufgrund von Erwerbsunfähigkeit sowie **vorzeitige Sterblichkeit**, meist noch im Erwerbsalter.

Wenngleich das Ausmaß der gesundheitlichen Schäden für RaucherInnen und die daraus resultierenden gesundheitsökonomischen Auswirkungen bereits alarmierend genug sind, so sei hinzugefügt, dass auch NichtraucherInnen an den Folgen des Rauchens ihrer Mitmenschen erkranken und sterben können.

Tabakpolitik in Österreich

Österreich gilt international als sehr raucherfreundliches Land, und vor den verrauchten Lokalen Wiens wird sogar in Reiseführern und Wien-websites gewarnt. Innerhalb Österreichs zeigen die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten.³¹⁸ Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf.³¹⁹ Ebenso zeigt sich in Wien ein noch stärkerer Anstieg der stationären Aufenthalte aufgrund von chronischer Bronchitis als in Gesamtösterreich.³²⁰

Die österreichischen Initiativen zum **Schutz der NichtraucherInnen** gelten zu Recht als äußerst zaghafte und

³¹⁴ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁵ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁶ Zum Vergleich: Das sind **mehr als vier Mal soviel** als die Gestorbenen aufgrund von Verkehrsunfällen (937), Störungen durch Alkohol (361), chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (1.720), Drogenabhängigkeit und Toxikomanie (192) zusammen (3.210). (Zahlen für das Jahr 2003.)

³¹⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

³¹⁸ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten (Mikrozensus 1997); Statistik Austria (2002), Mikrozensus 1999; DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003); DÜR, W. et al. (2004).

³¹⁹ Vgl. Kap. 4.5.3, Lungenkrebs.

³²⁰ Vgl. Kap. 9.4.1.

halbherzig, unter Vorschubung des Arguments der „Toleranz“.³²¹ Dies wird auch nicht beeinträchtigt durch das Wissen um die hohe tabakassoziierte Morbidität und Mortalität in Österreich und den hohen Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher. Eine Situationsanalyse von David SIMPSON, Gründer der *International Agency on Tobacco and Health* in London, spricht Österreich auch insofern ein schlechtes Zeugnis aus, als seine Bevölkerung zu den schlechtest informierten zählt und bezeichnet ganz allgemein die Position als „hoffnungslos“.³²²

Das Argument, nur niemanden auszugrenzen, gefährdet jedoch die Gesundheit der NichtraucherInnen – immerhin etwa 70 Prozent der Bevölkerung³²³. Engagierten Politikern, die Initiativen gegen das Rauchen ins Leben rufen wollten, „blies und bläst in Österreich ein rauher Wind ins Gesicht“³²⁴. So etwa führte das Engagement von Gesundheitsminister Dr. Michael AUSSERWINKLER, der sich schon Anfang der 90er Jahre für ein generelles Tabakverbot und Rauchverbote in der Gastronomie einsetzte, nicht nur zu persönlichen Anfeindungen und zu enormem politischen Druck (vor allem aufgrund der damals noch verstaatlichten Austria Tabak und ihres politisch äußerst einflussreichen Generaldirektors Beppo MAUHART), sondern letztlich auch zu seiner Versetzung nach Kärnten. Bis heute werden seine Bemühungen als bisher einziger Gesundheitsminister Österreichs, der eine umfassende Antitabakstrategie nach bereits damaligem internationalen Standard konzipierte und ein umfassendes Tabakgesetz anstrebte (welches später nur aufgrund des EU-Beitritts Österreichs 1995 in einer sehr reduzierten Form verabschiedet wurde), totgeschwiegen.³²⁵ Ohne EU-Beitritt Österreichs und Druck von außen wäre die Situation in Österreich wahrscheinlich bis heute unverändert.

Heutige GesundheitspolitikerInnen sind daher vorsichtiger und beschränken sich auf ein **freiwilliges Übereinkommen** mit der Gastronomie, Nichtraucherbereiche zu etablieren. „Während sich andere europäische Länder längst dazu durchgerungen haben, das Rau-

chen in Lokalen zu verbieten oder auf eigens dafür bestimmte Räume zu beschränken, geht man hierzulande damit einen typisch österreichischen Weg. Vorschrift ist das Aufhängen von Rauchverbotschildern. Wer trotzdem raucht, hat nichts zu befürchten. Gestraft wird nur, wer die Schilder nicht aufhängt.“³²⁶

Auch in den österreichischen **Medien** liest man fast nur, wie „eng“ es nun auch für österreichische Raucher werden würde, über den „Feldzug“, den „Kampf“ oder den „Krieg“ gegen die Raucher, über das drohende „Schlachtfeld“ zwischen Rauchern und (plötzlich intolerant werdenden) Nichtrauchern, über die „Bevormundung“, „Ausgrenzung“, „Diskriminierung“, ja sogar „Kriminalisierung“ (!) der Raucher, von „Lustfeindlichkeit“ und „Einschränkung der persönlichen Freiheit“, oder dass man uns alle „Genüsse“ des Lebens verbieten wolle. Von „Krankheit“ und „Sucht“ ist hingegen kaum die Rede. Bei Nichtrauchern ist man jedoch schnell mit Attributen wie „militant“ und „intolerant“ zur Hand, und Wörter wie „Ungerechtigkeit“ oder „Gesundheitsgefährdung“ findet man kaum. Schlagzeilen wie in anderen Ländern, wie viele RaucherInnen in Österreich täglich sterben, oder wie viele Säuglinge, Kinder, Gastronomieangestellte bzw. NichtraucherInnen ganz allgemein jedes Jahr durch das Rauchen anderer erkranken oder sterben, fehlen überhaupt gänzlich. Dies mag zum einen an der jahrzehntelangen bewussten Manipulation der österreichischen Bevölkerung liegen (von der die Medienberichterstattung nur ein, wenngleich wichtiger Teil ist), zum anderen daran, dass die meisten Journalisten selbst (oft starke) Raucher sind.³²⁷ Groteskerweise steht bei dieser vermeintlichen „Law and Order“ Politik der Bundesregierung noch nicht einmal ein Rauchverbot zur Diskussion, sondern nur die Beschilderung von Nichtraucherzonen sowie das freiwillige Ersuchen auf Rücksichtnahme der RaucherInnen und das Appellieren an die Toleranz der NichtraucherInnen.

Damit bleibt in Österreich der Status quo nahezu erhalten. NichtraucherInnen müssen sich in Lokalen,

³²¹ Treffend formuliert in einem Artikel über Österreich in der Zeitschrift *Tobacco Control*: „And tolerance is part of the excuse: it is a word often used by health ministry and other officials, and by the mass media, in defending the country's hopeless position, and when responding to those who over the years had called for some real progress.“ (SIMPSON, D., 2005).

³²² SIMPSON, D. (2005).

³²³ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten.

³²⁴ UHLIR, K. (2005), S. 82.

³²⁵ BACHINGER, E. (2004); SIMPSON D. (2005).

³²⁶ UHLIR, K. (2005), S. 82.

³²⁷ BACHINGER, E. (2004).

wenn sie sich nicht dem Zigarettenrauch aussetzen wollen, in meist kleine und nicht wirklich abgegrenzte Nichtraucherbereiche zurückziehen.³²⁸ Und das, obwohl sie wie gesagt mit über 70 Prozent (in der weiblichen Bevölkerung sogar noch mehr) die Mehrheit der Bevölkerung stellen.³²⁹

Es ist auch nicht so, dass die österreichische Bevölkerung gegen rauchfreie Räume wäre. Im Gegenteil: Wie in anderen Ländern, zeigen auch die Ergebnisse einer vom Gallup-Institut 2004 durchgeführten **Umfrage** in Österreich, dass mehr als die Hälfte (56 Prozent) aller ÖsterreicherInnen und selbst 44 Prozent aller RaucherInnen Rauchverbote in Restaurants befürworten würden. 58 Prozent der ÖsterreicherInnen fühlen sich durch das Rauchen anderer belästigt, unter den NichtraucherInnen beträgt dieser Anteil sogar 73 Prozent. Selbst 28 Prozent der RaucherInnen finden den Rauch ihrer Suchtkollegen unerträglich. Die Gallup-Umfrage zeigt auch, dass die Zahl der RaucherInnen, die aufhören wollen, zunimmt. 2004 betrug der Anteil der Aufhörwilligen 69 Prozent. 23 Prozent erklärten, dass sie, im Falle der Einführung eines Rauchverbots in Lokalen, das Rauchen aufgeben würden.³³⁰

Weder die hohe tabakassoziierte Morbidität und Mortalität in Österreich, noch die alarmierende Zunahme der Raucherquoten und Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen, noch die internationale Spitzenposition der österreichischen jugendlichen RaucherInnen, noch der Wunsch der Bevölkerung nach rauchfreien Räumen sind offenbar hinreichende Argumente für entsprechende **Maßnahmen**. Die oben angeführte Umfrage scheint für manche eher eine „Warnung“ auf drohende Umsatzrückgänge im Tabak-Einzelhandel darzustellen als einen dringenden Handlungsbedarf aufzuzeigen. Denn, wie schon 1993 ein Mitarbeiter von Philip Morris warnend feststellte: jede weniger gerauchte Zigarette eines Individuums pro Tag resultiert in jährlichen Millionenverlusten für die Tabakindustrie³³¹ (und somit auch in Verlusten für den Staat durch die Tabaksteuer).

Abgesehen vom reduzierten Tabakkonsum der RaucherInnen selbst, würde man vor allem auch viele NeueinsteigerInnen (vor allem junge Menschen), WiedereinsteigerInnen und GelegenheitsraucherInnen verlieren, die einen wichtigen Kundenstock bilden. Die größte Gefahr von Rauchverbote sieht die Tabakindustrie in der abnehmenden sozialen Akzeptanz des Rauchens und in der Folge der Zunahme jener, die das Rauchen aufgeben. Darüber hinaus würden derartige Maßnahmen die Möglichkeiten der Tabakindustrie zur Allianzbildung schwächen, insbesondere ihre erfolgreiche Manipulation der Gastronomie, was sich auch in der österreichischen besonders deutlich zeigt.³³²

Die österreichische Tabakpolitik scheint sich ebenfalls in erster Linie an **wirtschaftlichen Überlegungen** zu orientieren. Man gibt zwar zu, dass es in anderen Ländern³³³ offenbar „bestens funktioniere“ (keine Spur von Umsatzeinbußen – im Gegenteil, in allen Ländern, in denen Rauchverbote in der Gastronomie gelten, steigt die Akzeptanz der Bevölkerung sogar noch mehr nach deren Einführung), doch für Österreich plädiert man dennoch einen „bewusst anderen Weg“.

Nach internationalem Maßstab befindet sich Österreich in seiner Diskussion zur „Raucherfrage“ heute noch immer auf dem Stand der 80er-Jahre (bestenfalls). Anhand der von der WHO in ihrer Europäischen Anti-Tabak-Strategie klassifizierten Kategorien des Stands der Tabakpolitik in den einzelnen Ländern ist Österreich nach wie vor in die unterste Kategorie einzureihen, als jener Ansatz, „der den Tabakkonsum und die Belastung durch Passivrauchen allgemein nur geringfügig beeinflusst“. Dieser Ansatz wird wie folgt charakterisiert:

„Mit einem solchen Ansatz misslingt es im Allgemeinen, den Tabakkonsum zu drosseln. Das Rauchen bleibt unter der männlichen Bevölkerung aller Sozialschichten prävalent und nimmt unter Jugendlichen und Frauen zu, und zwar trotz der Tatsache, dass die

³²⁸ Diese ohnehin kaum abgegrenzten „Nichtraucherzonen“ (meist nur ein paar Tische am Rand) befinden sich übrigens fast immer im weniger attraktiven Teil des Lokals und häufig neben den Türen zu den Toiletten oder der zugigen Eingangstüre. Dass die „Nachfrage“ nach Nichtraucherzonen sich in Grenzen hält, überrascht also nicht.

³²⁹ UHLIR, K. (2005); BACHINGER, E. (2004).

³³⁰ Veröffentlicht in der Zeitschrift News (2004), Nr. 41/04, S. 45.

³³¹ Wörtliches Zitat: „Financial impact of smoking bans will be tremendous. Three to five fewer cigarettes per day will reduce annual manufacturer profits a billion dollar plus per year“. (Zitiert nach DEARLOVE J.V. et al., 2002).

³³² DEARLOVE et al. (2002).

³³³ Prominente Beispiele sind vor allem Irland und Italien, die skandinavischen Länder werden hingegen kaum erwähnt.

Mehrheit der Erwachsenen nicht raucht und sich zunehmend für Anti-Tabak-Maßnahmen ausspricht. Deshalb ist es eher der fehlende politische Wille als die mangelnde Unterstützung durch die Öffentlichkeit, der ein erfolgreiches Vorgehen verhindert.“³³⁴

Länder wie Norwegen, Finnland oder Schweden, die bereits seit vielen Jahrzehnten eine konsequente Tabakpolitik verfolgen, befinden sich hingegen bereits in der dritten und obersten Kategorie.³³⁵

Vermehrter internationaler Druck auf eine entsprechende Gesetzgebung sowie wirtschaftlicher Druck von außen (z. B. von Seiten des Fremdenverkehrs) werden jedoch auch in Österreich die Setzung von Maßnahmen notwendig machen. Wie man am Beispiel der Fluglinien sieht, kann dieser internationale Druck – im konkreten Fall durch internationale Fluggesellschaften, die Austrian Airlines als eine der letzten Linien 1999 zur Umstellung auf Nichtraucherflüge „zwang“ und drohten, den Flughafen Wien nicht mehr anzufliegen³³⁶ – tatsächlich zu einer Umstellung führen, ohne Umsatzverluste und ohne „Ausgrenzung“ von RaucherInnen. Es fällt auch auf, dass überall dort, wo wirtschaftliche Interessen, Druck von außen oder sicherheitstechnische Überlegungen mitspielen, Rauchverbote offenbar keinerlei Probleme darstellen, während dort, wo scheinbar wirtschaftliche Einbußen für mächtige Interessensgruppen befürchtet werden, die Diskussion sich plötzlich „erhitzt“.

Passivrauchen und Nichtraucherschutz

Zahlreiche internationale Studien belegen seit vielen Jahren, dass gesundheitliche Schäden nicht nur durch aktives, sondern auch passives Rauchen entstehen. Ungezählte Angestellte der Gastronomie (und anderer verrauchter Einrichtungen), Lebenspartner (zumeist Frauen) von Rauchern sowie Säuglinge, Kinder und andere, die dem Zigarettenrauch oft unfreiwillig ausgesetzt sind, erkranken jedes Jahr an tabakassozierten Symptomen, viele davon sterben auch daran. Zu den wichtigsten tabakassozierten Erkrankungen infolge von Passivrauchen zählen Lungenkrebs, Herz- und Atemwegserkrankungen (oder auch die Verschlimme-

rung von Symptomen), aber auch andere Erkrankungen (siehe Einleitung zu Kapitel 9.4).

Laut Schätzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger **sterben** jährlich fast 1.400 bzw. **täglich 4 Österreicherinnen und Österreicher** an den Folgen des Rauchens anderer. Diese Zahl ist auch in Übereinstimmung mit den Schätzungen der EU, derzufolge jeder zehnte tabakassozierte Todesfall eine/n Nichtraucher/in trifft.

Seit den 1970er Jahren sind die **gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens** (nicht nur für Ungeborene und Kleinkinder, sondern für alle, die in ihrem beruflichen oder privaten Umfeld dem Tabakrauch ausgesetzt sind) bekannt. In Österreich schweigt man dazu, behandelt es als Übertreibung, oder als eine „ganz neue“ Erkenntnis, der man erst einmal skeptisch gegenübersteht. Man ist viel eher besorgt um die drohende „Ausgrenzung“ oder gar „Kriminalisierung“ von RaucherInnen, um angedrohte Umsatzrückgänge in der Gastronomie im Falle der Einführung von Rauchverboten, den Verlust von Arbeitsplätzen in der Tabakindustrie, die mögliche Schließung von einigen Trafiken und Einbußen bei der Tabaksteuer, im Falle des tatsächlichen Rückgangs des Tabakkonsums. Die „Nichtraucherschutz“-Debatte ist also vor allem von der Sorge um das Wohlergehen der RaucherInnen und von ökonomischen Überlegungen geprägt und weniger von der Besorgnis um die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens auf die (mehrheitlich nicht-rauchende) Bevölkerung.

Selbst geforderte **Rauchverbote in Schulen** werden, nach dem obligaten Lamentieren über die international höchsten Raucherquoten von österreichischen Kindern und Jugendlichen, als nicht realisierbar abgetan, da man von den minderheitlich rauchenden LehrerInnen und den über 16-jährigen SchülerInnen (im Gegensatz zu ArbeiterInnen und Angestellten in Betrieben) offenbar nicht erwarten könne, dass diese während der Schulstunden auf das Rauchen verzichten. Vergessen wird häufig, dass Rauchen in der Schule nicht immer gestattet war und dass sowohl der Mehrheit der LehrerInnen als auch der Eltern ein Rauchverbot in der Schule begrüßen würden.³³⁷ Bekanntlich sind **Schule und**

³³⁴ WHO, Regionalbüro Kopenhagen (2002), ESTC, S. 7 f.

³³⁵ BACHINGER E. (2004), S. 106 f.

³³⁶ BACHINGER, E. (2004), S. 316 f.

Lokale jene Orte, an denen Jugendliche am meisten rauchen.³³⁸ Umso mehr erstaunt es, dass, abgesehen von den Widerständen gegenüber Rauchverboten in Schulen, gerade Cafés und so genannte Szenelokale, die vor allem von jungen und sehr jungen Menschen frequentiert werden, und in denen am meisten geraucht wird, aus der „freiwilligen Vereinbarung“ mit der Gastronomie herausgenommen wurden. Als ob Jugendliche insbesondere in größeren Speiselokalen zum Rauchen animiert würden!

Längst hat man erkannt, dass in der Schaffung einer rauchfreien Umwelt **Sanktionen** unumgänglich sind. In Österreich versucht man hingegen, das Problem mit plötzlich aufflammender „Toleranz“ auf allen Seiten und wiederholt proklamierter Sanktionsfeindlichkeit zu lösen. Schlagworte wie „Österreich brauche keine Rauchersheriffs“, „friedliches Zusammenleben“ von NichtraucherInnen und RaucherInnen (konkret: die auch weiterhin geforderte Toleranz der NichtraucherInnen), die Werbung für einen „bewusst anderen Weg“, den Österreich hier geht (– ein Weg übrigens, der sich überall anderswo als erfolglos erwies), das Abtun von Kritik als „Nestbeschmutzung“ sowie die sofortige Bereitschaft des Vergleichs mit dem „viel schlimmeren Problem“ Alkohol prägen das heimische Bild.³³⁹

Gleichzeitig wird der Bevölkerung nach wie vor **Information und Aufklärung** über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens **vorenthalten**.

Ebenso fehlen **Beratung und Unterstützung für Aufhörwillige**, es gibt nicht einmal eine Hotline, geschweige denn ein entsprechend flächendeckendes Angebot an Entwöhnhilfen. ÄrztInnen und andere Angehörige von Gesundheitsberufen sind in der Beratung und Unterstützung von RaucherInnen nicht entsprechend ausgebildet. Darüber hinaus ist selbst unter österreichischen ÄrztInnen (die übrigens mit 14 Prozent

im internationalen Vergleich eine sehr hohe Raucherprävalenz aufweisen³⁴⁰) und anderen GesundheitsexpertInnen das Bewusstsein zum Thema Rauchen und vor allem Passivrauchen sehr gering bis häufig gar nicht ausgeprägt.³⁴¹

Wie in Deutschland, wo namhafte Gesundheitswissenschaftler von der Tabakindustrie „eingekauft“ wurden, um entweder zu bestimmten Themen (insbesondere Auswirkungen des Passivrauchens) zu schweigen, oder ihre Studienschwerpunkte auf „harmlosere“ Themen zu lenken oder sogar Studien im Auftrag der Tabakindustrie (mit entsprechend vorteilhaften Ergebnissen) durchzuführen³⁴², ist es auch in Österreich kein Zufall, dass das Thema Passivrauchen von der Wissenschaft, von den Medien und von der Gesundheitspolitik weitgehend ignoriert wurde und wird. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass bis 1997 die österreichische Tabakindustrie verstaatlicht war, zum andern an den bekanntermaßen engen Kontakten zwischen der Tabakindustrie, den Medien, einzelnen Gesundheitspolitikern und vor allem einigen Wissenschaftlern und wichtigen Meinungsführern liegen.³⁴³

Maßnahmen

Internationale Erfahrungen in außereuropäischen³⁴⁴ und europäischen³⁴⁵ Ländern zeigen, dass durch eine konsistente, möglichst viele Lebensbereiche der Menschen umfassende Gesamtpolitik beachtliche Erfolge im Kampf gegen tabakassoziierte Erkrankungen erzielt werden können. Dabei zeigten sich bestimmte Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und in weiterer Folge der Verminderung der tabakassoziierten Morbidität und Mortalität als besonders wirksam, andere als weniger bis gar nicht wirksam.

Wirksamkeitsgeprüfte, von der WHO, der Europäischen Union sowie von Ländern, die bereits seit langem

³³⁷ BACHINGER, E. (2004). Hingewiesen sei z.B. auf das Rauchverbot in Schulen unter Bildungsminister Dr. Erhart BUSEK.

³³⁸ DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003).

³³⁹ BACHINGER, E. (2004).

³⁴⁰ Genaugenommen handelt es sich um ÄrztInnen in der Steiermark (TRINKER M. et al., 1997); für ÄrztInnen in Österreich gibt es bisher nicht einmal eine Erhebung wie in anderen Ländern. Zum Vergleich: Die Raucherquoten von ÄrztInnen in Großbritannien und den USA bewegen sich zwischen 1 bis 2 Prozent.

³⁴¹ BACHINGER, E. (2005).

³⁴² HIRSCHHORN, N. (2000); GRÜNING, T. et al. (2005).

³⁴³ BACHINGER, E. (2004).

³⁴⁴ Insbesondere Australien, Neuseeland, einige US-Bundesstaaten (Kalifornien, Massachusetts, u. a.), Thailand.

³⁴⁵ Skandinavische Länder, Frankreich, Irland, Italien.

Erfahrungen in einer effektiven Tabakpolitik haben, empfohlene Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage nach sowie des Angebots von Tabakprodukten sind insbesondere³⁴⁶:

- Preis und Besteuerung (Erhöhung der Tabaksteuern), bei gleichzeitiger Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten
- Schaffung einer rauchfreien Umwelt
- Generelles Verbot von Tabakwerbung (einschließlich indirekte Werbung) und Sponsoring
- Information, Ausbildung von GesundheitsexpertenInnen und Schaffung/Förderung des öffentlichen Bewusstseins
- Produktregulierung und Verbraucherinformation
- Abgabe und Vertrieb von Tabakwaren (v. a. in Hinblick auf Abgabe an Kinder und Jugendliche)
- Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung.

Wichtig ist jedoch, dass von den genannten Einzelmaßnahmen so viele wie möglich in Kombination, also als richtiges **Maßnahmenpaket** angewandt werden, denn nur im Rahmen eines **Gesamtkonzepts** im Sinne einer nationalen Antitabakstrategie entfalten sie ihre volle Wirkung.

Für **Österreich** würde dies insbesondere eine Kombination aus bevölkerungsweiten Medien-Informationskampagnen, gezielten Programmen für Hauptrisikogruppen (Kinder und Frauen) sowie einer Vergrößerung des Angebots für Entwöhnung bedeuten. Von vorrangiger Bedeutung wären jedoch zum einen ein umfassenderes Tabakgesetz zum NichtraucherInnen-schutz mit Rauchverbot in ALLEN öffentlichen Räumen, einschließlich Gastronomie und anderen Einrichtungen, in denen Kundenverkehr herrscht (z. B. Friseur, Geschäfte, etc.), sowie allen öffentlichen Verkehrsmitteln (Züge, etc.) einschließlich Bahnhöfen. Sanktionen (die auch vollzogen werden) haben sich hier als unumgänglich erwiesen. Zum anderen wäre ein absolutes Tabakwerbeverbot (einschließlich Werbung im Tabakeinzelhandel, Plakatwerbung und indirekte Werbung) und Verbot von Sponsoring sowie eine drastische (und nicht schrittweise) Anhebung der Tabaksteuer, die als eine der wirksamsten Maßnahmen zur Eindämmung

des Tabakkonsums vor allem bei Kindern und Jugendlichen gilt, notwendig (bei gleichzeitig verstärktem Vorgehen gegen den Zigarettenschmuggel).

Die in Österreich nach wie vor hartnäckig hochgepriesenen isolierten und kurzfristigen **Jugendkampagnen** als „Lösung“ des Problems gelten international schon seit Jahrzehnten als unwirksam, in manchen Fällen sogar als kontraproduktiv. Ihre Unwirksamkeit zeigt sich auch in Österreich in der hohen und weiterhin steigenden RaucherInnenprävalenz der österreichischen Kinder und Jugendlichen, die im internationalen Vergleich (insbesondere bei den Mädchen) an der Spitze liegen.³⁴⁷ Kinder und Jugendliche sind Teil der Gesellschaft und es ist nicht zu argumentieren, warum Rauchen schlecht für Kinder und Jugendliche sein sollte, ab 16 Jahren und für Erwachsene aber nicht nur kein Problem, sondern sogar gesellschaftlich akzeptiert und als „Teil unserer Kultur“ verteidigt. Darüber hinaus ist, mit dem immer früheren Rauchbeginn, das Ansetzen bei Teenagern bereits zu spät; diese sprechen besser auf bevölkerungsweite (also an Erwachsene gerichtete) Kampagnen an.³⁴⁸ Prävention kann daher nur im Volksschulalter versucht werden, wie es auch die kürzliche ORF-Kinderkampagne des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen tat. Allerdings müssten auch diese Bemühungen längerfristig angelegt und vor allem in ein größeres Maßnahmenpaket eingebettet sein.

Rauchverbote in der Gastronomie finden in allen Ländern, in denen die Meinung der Bevölkerung erhoben wird, mehrheitliche **Zustimmung**. Auch für Österreich ergab eine Umfrage des Gallup Instituts aus dem Jahr 2004, dass schon jetzt mehr als die Hälfte (56 Prozent) aller ÖsterreicherInnen und sogar 44 Prozent aller RaucherInnen Rauchverbote in Lokalen befürworten würden (*siehe oben*). Dieser Anteil der Befürworter würde sich, wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, nach Einführung derartiger Verbote sogar noch erhöhen. Von einem befürchteten Widerstand in der Bevölkerung kann hier also keinesfalls die Rede sein.

Die ursprünglich von der Tabakindustrie (über von ihr finanzierte Studien) verbreitete Mär von drohenden Einbußen für die Gastronomie (oder gar für die gesamte Volkswirtschaft) als Folge der Einführung von

³⁴⁶ WHO (2002), Europäische Anti-Tabak-Strategie (ESTC).

³⁴⁷ DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003); CURRIE, C. et al. (2004); DÜR, W. et al. (2004).

³⁴⁸ BACHINGER, E. (2004).

Rauchverbote hat sich in keinem Land bestätigt. Anstatt zu einem Wirtschaftschao führten die neuen Bestimmungen zu mehr Zufriedenheit der Kunden.

Mit der „freiwilligen Vereinbarung“ zwischen Gesundheitsministerium und Gastronomie bedeutet NichtraucherInnen-Schutz in Österreich daher bestenfalls Schutz von Speisenden in größeren (und meist hochpreisigen) Lokalen.

Sowohl aus gesundheitspolitischen als auch aus gesundheitsökonomischen und arbeitsschutzrechtlichen Überlegungen sollte daher, wie auch in anderen Ländern, die drastische **Reduktion der RaucherInnenquoten** sowie ein wirklicher **Schutz der NichtraucherInnen** (die unter anderem auch besonders gefährdete Gruppen beinhalten, wie Kinder und Jugendliche, schwangere oder stillende Frauen, Säuglinge, Personen mit Herz- und Atembeschwerden, nicht-rauchende oder schwangere/stillende Gastronomieangestellte, etc.) eine Priorität in der österreichischen Gesundheitspolitik darstellen. Verantwortlich dafür wären vor allem der Bund, die Länder und die Krankenkassen, aber auch die Ärztekammer und andere Standesvertretungen im Gesundheitsbereich.

Voraussetzung dazu wäre ein **nationaler Tabakpräventionsplan**, wie ihn viele europäische und außereuropäische Länder bereits seit Jahren oder sogar Jahrzehnten haben und der sich dort in jeweils verschiedenen Phasen der Umsetzung befindet.

Österreich verfügt bis dato weder über einen Plan oder eine Strategie, noch über wirksame Maßnahmen zur Eindämmung der Tabakepidemie. Umso bemerkenswerter ist daher die Initiative des Bundeslandes Steiermark, einen eigenen, länderspezifischen und evaluationsbasierten Tabakpräventionsplan zu entwickeln (*siehe unten*).

Mögliche Maßnahmen auf Bundesländerebene

Die aktuellen Bemühungen auf Bundesebene zur Eindämmung des Tabakkonsums sowie zum Schutz von

NichtraucherInnen beschränken sich mehr oder weniger auf die Erfüllung der Minimalanforderungen der EU und müssen als nicht ausreichend angesehen werden. Mit der Unterzeichnung des WHO Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle werden zwar in Zukunft weitere Schritte unausweichlich sein, doch ist nicht anzunehmen, dass Österreich hier schneller als notwendig handelt (zumindest was die wirklich wirksamen Maßnahmen betrifft). Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf Länderebene forciert werden.

Bewusstseinsfördernde Maßnahmen können den Tabakkonsum eindämmen und in Bezug auf NichtraucherInnen den Problembewusstsein in der Bevölkerung bzw. die Rechte von NichtraucherInnen stärken. Zum andern können diese Bemühungen, vor allem wenn sie in mehreren Bundesländern stattfinden, in der Folge auch einen gewissen Druck auf die Tabakpolitik auf Bundesebene ausüben.

Beispielgebend wäre hier bereits die **Steiermark** zu nennen, welches als erstes und bisher einziges Bundesland mit der Entwicklung einer eigenen, evaluationsgestützten und umfassenden Tabakpräventionsstrategie, die auf internationalem Standard basiert, eine lobenswerte Vorreiterposition innerhalb Österreichs einnimmt.³⁴⁹

Auch für Deutschland sind Beispiele für eine länderspezifische Anti-Tabakpolitik bekannt; so etwa in Brandenburg³⁵⁰ oder seit kurzem die Bemühungen in Sachsen³⁵¹.

Generell könnten auf Länderebene zum Beispiel wirkungsvolle Maßnahmen im Bereich des Rauchverbots in **Krankenanstalten**, des generellen Rauchverbots in und vor **Schulen** und **Kindergärten** sowie in der Förderung von rauchfreien **Gastronomiebetrieben** nach dem Vorbild Italiens, Irlands und der skandinavischen Länder³⁵² gesetzt werden. Letzteres wäre vor allem auch in der bekanntermaßen raucherfreundlichen Stadt Wien nicht nur zum Schutz der mehrheitlich nicht-rauchenden Wiener Bevölkerung (einschließlich der bereits erwähnten besonders gefährdeten Gruppen), sondern auch aus fremdenverkehrspolitischen Überlegungen

³⁴⁹ AUER, M. (2005); KOLLER, M. (2005).

³⁵⁰ Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2004).

³⁵¹ Deutsche Ärzte Zeitung, 18.7.2005.

³⁵² Mit der Setzung des Nicht-Rauchens als Norm und der Schaffung eigener Räumlichkeiten mit spezieller Entlüftung für RaucherInnen.

empfehlenswert. Ganz allgemein würde die vermehrte Schaffung von **rauchfreien Einrichtungen** (insbesondere natürlich in Restaurants, Cafés und sonstigen Lokalen) auch wesentlich zur Reduktion der NeueinsteigerInnen (vor allem unter jungen Menschen), der WiedereinsteigerInnen von Ex-RaucherInnen oder grundsätzlich Aufhörwilligen, zur Reduktion des Zigarettenkonsums von RaucherInnen und vor allem auch zur Steigerung des Anteils von AussteigerInnen (Ex-RaucherInnen) führen. In einer Großstadt wie Wien mit vielfältiger Nachfrage und hoher Kundenfrequenz sollte die Einrichtung von Nichtraucher-Lokalen (eventuell mit räumlich abgegrenzten und eigens belüfteten Raucherräumen) eigentlich einen Erfolg und kein Problem darstellen. Darüber hinaus wären Nichtraucher-Lokale auch billiger für die Betreiber, da sie nicht nur seltener renovieren müssten, sondern auch keine teuren und ohnehin unwirksamen Belüftungssysteme bräuchten, die bestenfalls den Geruch, aber nicht die Schadstoffe entfernen.³⁵³

Voraussetzung dazu wäre natürlich eine entsprechend breit angelegte, bevölkerungsweite **Informations- und Bewusstseinsbildungskampagne**, vor allem in den Medien (auch auf Länderebene möglich), wie sie etwa in Österreich zum ersten und letzten Mal im Jahr 1980 (mit einer kurzen Wiederholung 1985) stattfand.³⁵⁴

Zusätzliche Programme könnten an bestimmte und **besonders gefährdete Zielgruppen** gerichtet sein, wie Volksschulkinder, Frauen (vor allem schwangere und stillende Frauen und junge Mädchen), aber auch an NichtraucherInnen allgemein (Stärkung der Rechte der NichtraucherInnen als jene mehrheitliche Gruppe, die vor den schädlichen Einwirkungen und den Belästigungen des Tabakrauchs geschützt werden müssen).

Nicht zuletzt wäre natürlich insbesondere in Wien eine bessere **Information** für RaucherInnen und entsprechende **Hilfen für Entwöhnungswillige** anzubieten. Entwöhnprogramme für Aufhörwillige müssen dabei vor allem zielgruppenorientiert sein (Alter, Geschlecht, soziale Schicht). Wichtig wären auch gezielte Program-

me für Schwangere und Frauen in der Stillperiode bzw. Eltern von Kindern ganz allgemein (Schwangerenambulanzen, Elternberatungsstellen, etc.). Für Betriebe und Schulen wären ebenfalls spezielle Angebote zu entwickeln.³⁵⁵

Schulorientierte Programme sollten sich vor allem an unter 10-jährige Kinder richten und auch die LehrerInnen als wichtige Zielgruppe einbeziehen. Abgesehen von ihrer Vorbildfunktion gilt es auch hier Problembewusstsein zu schaffen, RaucherInnen Information über Entwöhnung anzubieten und NichtraucherInnen in ihren Rechten für eine rauchfreie Schulumgebung zu stärken.

Bemühungen zur Einhaltung des **Jugendschutzgesetzes** (Rauchverbot von und Abgabeverbot an unter 16-Jährige) könnten etwa in der Information von Trafikanten sowie stichprobenhaften Kontrollen durch unter 16-jährige Testpersonen bestehen. Allerdings, solange Automaten den jederzeitigen und unkontrollierten Erwerb von Zigaretten ermöglichen, fällt diese Maßnahme in erster Linie nur unter „Schaffung von Problembewusstsein“.³⁵⁶

Eine länderspezifische Maßnahme wäre zum Beispiel auch ein Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring auf Veranstaltungen, die vom Land (teil-)finanziert oder gefördert werden. Auch sollte jedes Bundesland zumindest alle bestehenden Bestimmungen umsetzen bzw. ihre Umsetzung kontrollieren (zum Beispiel die Rauchverbote in Gebäuden der öffentlichen Verwaltung).³⁵⁷

Schlussfolgerung

Österreich ist international gesehen eines jener Länder, die Tabakprävention bisher zu sehr vernachlässigt haben. Das raucherfreundliche Klima wird jedoch zunehmend weniger akzeptiert, sowohl von der großteils nicht rauchenden österreichischen Bevölkerung, als auch von internationalen Gästen, die in ihren Heimatländern bereits von einer rauchfreien Umwelt verwöhnt sind.

³⁵³ REPACE, J.L. (1999) und REPACE, J.L. (2000).

³⁵⁴ Es handelt sich dabei um die von Gesundheitsminister Dr. SALCHER 1980 initiierte Kampagne „Ohne Rauch geht's auch“.

³⁵⁵ KOLLER, M. (2005); AUER, M. (2005).

³⁵⁶ Die geplante Zugangsbeschränkung von Zigarettenautomaten ist zwar eine geringfügige Verbesserung, doch keine Lösung. Zigaretten sollten nur von lizenzierten Vertreibern verkauft werden, denen bei Missachtung von gesetzlichen Regelungen der Verlust der Lizenz droht. Dies würde jedoch eine Maßnahme auf Bundesebene erfordern.

³⁵⁷ KOLLER, M. (2005).

Entsprechende Bemühungen sind daher nicht nur dringend notwendig, sondern werden auch auf fruchtbaren Boden fallen und auf lange Sicht zur Verminderung der durch Tabakkonsum hervorgerufenen Krankheitslast und Sterblichkeit beitragen.³⁵⁸

Jedoch, ob auf Bundes- oder Länderebene, die Reduktion der RaucherInnenquoten bzw. die Eindämmung des Tabakkonsums mit allen Folgeerscheinungen erfordert eine **umfassende Strategie**. Es muss auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden und die gebündelten Maßnahmen müssen langfristig ausgerichtet sein. Oberstes Ziel ist die Änderung im gesellschaftlichen Bewusstsein, demzufolge Rauchen noch immer die Norm darstellt, als „Teil unserer Kultur“ verteidigt wird und als „Recht“ eines jeden Einzelnen angesehen wird.

Dies erfordert jedoch eine **konsequente Informationspolitik**, wie etwa regelmäßige und breit angelegte Informationskampagnen unter Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und Gesundheitseinrichtungen, vor allem mit den Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Apothekerkammer, der Krebshilfe und anderer Institutionen. Die Schaffung von **Problembewusstsein unter GesundheitsexpertInnen** wäre in Österreich als weitere grundlegende Maßnahme zu nennen.

Angebote für Entwöhnwillige müssen vermehrt geschaffen und verbessert werden. Auch hier ist vermehrte Information für RaucherInnen notwendig. Die Angebote müssen niederschwellig sein und ohne Wartezeiten. Telefonische Beratung und Unterstützung (ganztägige, nach Möglichkeit auch am Wochenende besetzte Hotlines) wäre ebenfalls eine Voraussetzung für die Steigerung der Ausstiegsquoten.

Die Weltgesundheitsorganisation spricht davon, dass Menschen ein gesichertes Recht auf rauchfreie Luft haben sollten, das heißt, niemand sollte unfreiwillig Tabakrauch bzw. Toxinen ausgesetzt sein.³⁵⁹ Eine **rauchfreie Umwelt** kann zwar auf Länderebene nicht gesetzlich geregelt werden, doch kann man diese durch entsprechend positive Medienkampagnen und „Belohnungssysteme“ fördern. Vor allem in einer Großstadt wie Wien mit einer großen Auswahl an Lokalen ist es erstaunlich, dass es, abgesehen von den amerikanischen Ketten Starbucks und McDonalds (die übrigens immer gut besucht sind³⁶⁰) sowie dem einen oder anderen Restaurant mit gesundheitsbewusster Ernährung, kaum ein Nichtraucher-Lokal gibt.

Abschließend sei noch vermerkt, dass eine wissenschaftsbasierte, auf internationaler Erfahrung beruhende **Tabakkontrollpolitik auch auf Länderebene** entwickelt und angepasst werden kann, wie dies bereits am Beispiel der Steiermark gezeigt wird.

³⁵⁸ AUER, M. (2005).

³⁵⁹ WHO (2002), Europ. Anti-Tabak-Strategie, S. 11.

³⁶⁰ Hier ist weder die Rede von einer „Ausgrenzung“ der RaucherInnen, noch von drastischen Umsatzeinbußen, noch davon, dass Österreich „kein zweites Amerika“ werden solle.

**X.
SOZIALE UNGLEICHHEIT
UND GESUNDHEIT**

***SOCIAL INEQUALITY AND
HEALTH***

INHALT

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT	363
10.1 SOZIOÖKONOMISCHE GRUNDLAGEN	364
10.2 ARMUT	365
10.3 MIGRATION	377
10.4 ARBEITSLOSIGKEIT	382

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Zusammenfassung

Personen mit einem schwächeren sozialen Status weisen im Schnitt auch eine schlechtere Gesundheit auf. Die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten verläuft in den verschiedenen sozioökonomischen Schichten aufgrund des Zusammenwirkens vielfältiger Faktoren unterschiedlich. **Ärmere Personen** leben häufiger in einem schlechteren, gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz oft schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, mangelndes Ernährungsbewusstsein, höhere Raucherprävalenzen sowie höherer Alkoholkonsum führen zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken. Auf der psychischen Ebene herrscht bei ärmeren Personen größere Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und psychologische Krisensituationen treten häufiger auf. Bei der Versorgung mit ärztlicher Infrastruktur bestehen in Wien jedoch kaum signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Situation suchen ärmere Personen häufiger einen praktischen Arzt auf.

MigrantInnen sind über einen durchschnittlich niedrigen Einkommens-, Bildungs- und Sozialstatus hinaus noch zusätzlich mit gesundheitlichen Risiken konfrontiert, die sich aus der Migration ergeben. Sie erkranken häufiger als inländische Personen mit ebenfalls niedrigem sozioökonomischen Status und leben zu einem noch größeren Teil in einem belastenden Wohn- und Arbeitsumfeld. Es fällt aber auf, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer sich auch die gesundheitliche Situation von MigrantInnen verbessert. Insgesamt nehmen jedoch MigrantInnen trotz des erhöhten Krankheitsrisikos weniger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als österreichische StaatsbürgerInnen. Dadurch wird auch die medizinische Bewältigung von Krankheiten erschwert.

Arbeitslose Personen sind deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als erwerbstätige Personen.

Summary: Social Inequality and Health

*A lower social status usually correlates with a poorer state of health. Falling ill and coping with illness is very different in different socioeconomic strata due to a number of different factors. **Poorer persons** more frequently live in conditions which are detrimental to health. Their work often involves hard physical labour and they have less recreational possibilities. A lack of health-promoting activities and of nutritional awareness, more frequent smoking, and a higher consumption of alcohol create additional health risks. Concerning mental health, poorer people are more frequently unhappy with their personal living situation, and psychological crises are more frequent. There are, however, no significant differences among income groups in the access to health care. Since their state of health is lower, poorer people consult general practitioners more frequently than other income groups.*

*In addition to a low average level of income, education, and social status, **immigrants** face additional health risks that are directly related to their status as immigrants. They fall ill more frequently than Austrians with an equally low socioeconomic status, and an even higher percentage of them have living and working conditions that are detrimental to health. However, the state of health of immigrants improves with a longer duration of their stay. Overall, immigrants use the public health services less than Austrians, despite their higher risk of illness. This makes it harder to cope with illness.*

***Unemployed persons** have significantly higher health risks than employed people.*

Aufgrund des vielfach entstehenden psychosozialen Drucks wirken sowohl kurzfristige als auch langfristige Arbeitslosigkeit auf das Individuum belastend. Die tatsächliche Krankheitshäufigkeit steigt jedoch besonders mit länger andauernder Arbeitslosigkeit an. Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit ihrem Leben in hohem Maße unzufrieden und sind auch in höherem Maße von seelischen Krisen betroffen. Sie nehmen zwar verstärkt Beratungsangebote wahr, ernähren sich jedoch deutlich ungesünder, setzen weniger körperliche Aktivitäten, rauchen mehr und haben einen deutlich höheren Alkoholkonsum.

Due to the frequent psychosocial pressure, both short and long term unemployment place a significant strain on the individuals. The frequency of diseases increases particularly with long term unemployment. Unemployed persons are much less content with their lives than others and have a higher incidence of psychological and mental crises. They take advantage of counselling more frequently than others, but they have unhealthier dietary behaviour, have a more sedentary life style, smoke more and have a significantly higher alcohol consumption than employed persons.

10.1 Sozioökonomische Grundlagen

Zahlreiche Studien³⁶¹ auf österreichischer und internationaler Ebene belegen, dass die Gesundheit einer Person mit ihrem sozioökonomischen Status in engem Zusammenhang steht. Personen, die sich in einer schwächeren sozioökonomischen Lage befinden, weisen im Schnitt einen signifikant schlechteren Gesundheitsstatus auf als besser gestellte Individuen.

Die sozioökonomische Stellung eines Individuums wird meist durch das Einkommen, die Bildung und die berufliche Stellung charakterisiert. Teilweise wirken sich diese Faktoren direkt auf die Gesundheit einer Person aus. Zum Beispiel ermöglicht höheres Einkommen höhere Gesundheitsausgaben. Zu einem wesentlichen Teil stehen Einkommen, Bildung und beruflicher Status aber auch stellvertretend für eine Vielzahl von anderen schichtspezifischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dazu zählen etwa Gesundheitsverhalten oder

Wohn- und Arbeitsbedingungen. Die Summe dieser Faktoren lässt sich mit ihren komplexen Wechselwirkungen auf der Ebene der Personen zu Lebensstilen verdichten, welche je nach sozioökonomischer Schicht unterschiedlich sind und entsprechende Konsequenzen für die Gesundheit haben. Die Bedeutung solcher Faktoren lässt sich daran ermessen, dass Österreich zwar über ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem mit weitreichendem Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen verfügt; die Gesundheit einer Person beziehungsweise die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten hängt jedoch nach wie vor deutlich von ihrem sozioökonomischen Hintergrund ab. Einkommensschwache Personen, Arbeitslose und MigrantInnen besitzen einen sozioökonomischen Hintergrund, der mit besonderen Gesundheitsrisiken verbunden ist. Sie bilden deshalb den Schwerpunkt der folgenden Darstellungen.

³⁶¹ POCHOBRADESKY, E. et al. (2002); MIELCK, A. (2000); MARMOT, M. & WILKINSON, R. (1999).

10.2 Armut

Zusammenfassung

Personen am unteren Ende der Einkommenskala erkranken mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als wirtschaftlich besser gestellte Personen. Ausschlaggebend für die beobachtbaren Unterschiede im Gesundheitszustand ist eine Vielzahl von zusammenwirkenden psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren. So etwa leben wirtschaftlich schwache Personen häufiger in einem gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz mehr schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, ungesunde Ernährung, Rauch- und Trinkverhalten führen meist zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken. Auf der psychischen Ebene herrscht bei ärmeren Personen größere Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, insbesondere mit dem Familienleben und der Freizeitgestaltung. Psychologische Krisensituationen treten häufiger auf als bei wirtschaftlich besser gestellten Personen.

Bei der Versorgung mit ärztlicher Infrastruktur bestehen in Wien kaum signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Situation suchen ärmere Personen häufiger einen praktischen Arzt auf. Insgesamt weisen die vorhandenen Statistiken eher auf sozioökonomische Unterschiede bei der Entstehung von Krankheiten als bei der medizinischen Bewältigung hin.

Armut ist gleichzeitig Ursache wie Folge von gesundheitlichen Problemen. Einerseits kann das Auftreten gesundheitlicher Probleme einen sozialen Abstieg und das Absinken in Armut bedeuten. Andererseits kann der Mangel an Ressourcen dazu führen, dass gesundheitliche Belange bei von Armut betroffenen Personen auf der Strecke bleiben. Der Wiener Gesundheitssurvey zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommen und gesundheitlicher Situation. Von jenen Personen, die angaben, dass ihr Einkommen knapp oder kaum zum Leben reicht, waren rund 22 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung durch Krankheit oder

Summary: Poverty

Persons at the lower end of the income scale have a significantly higher risk of falling ill than people with a better economic situation. These observable differences in state of health are due to the interaction of a number of mental, social, and economic factors. For example, people with a poor financial situation more frequently have living conditions that are detrimental to health. Their work more frequently involves heavy physical labour and they have fewer recreational possibilities. A lack of health relevant behaviour, unhealthy nutrition, and smoking and drinking habits usually create additional health risks. Regarding mental health, poorer people are usually less content with their living situation, in particular with their family life and leisure activities. Psychological crises are more frequent than among people with a better economic situation.

There are no significant differences in the access to public health services across the different income groups. Due to their poorer state of health, economically disadvantaged people consult general practitioners more frequently than others. In general, the available data show that socioeconomic differences have more impact on falling ill than on coping with illness.

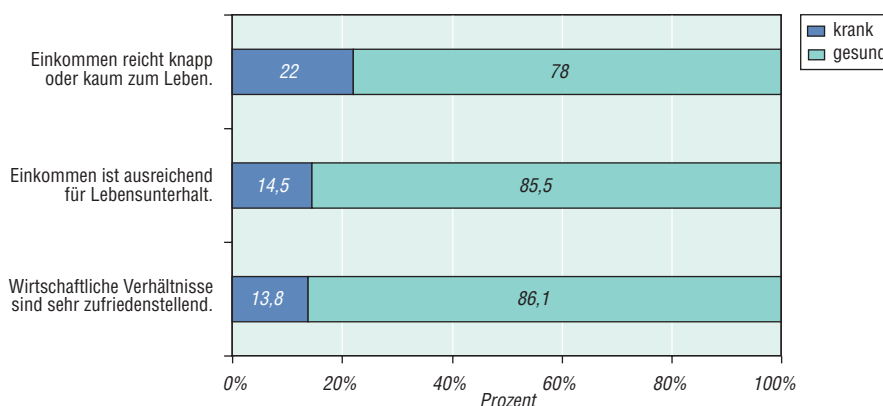
Verletzung in ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt. Bei Personen mit ausreichendem Einkommen für ihren Lebensunterhalt betrug dieser Wert nur 14,5 Prozent, bei Personen mit sehr zufriedenstellenden wirtschaftlichen Verhältnissen 13,8 Prozent (*Grafik 10.1*). Die ärmste Gruppe hatte also ein über 60 Prozent höheres Krankheitsrisiko als die reichste Gruppe.

Betrachtet man anstelle von subjektiven Angaben über die persönliche wirtschaftliche Situation die **Nettohaushaltseinkommen**, so ergibt sich ein ähnliches Bild (*Grafik 10.2*). Personen aus einem Haushalt im

untersten Einkommensdrittel gaben zu 18,4 Prozent eine aktuelle Krankheit an. Bei Personen aus einem Haushalt im mittleren Einkommensdrittel lag der entsprechende Wert bei 15,4 Prozent, während im ober-

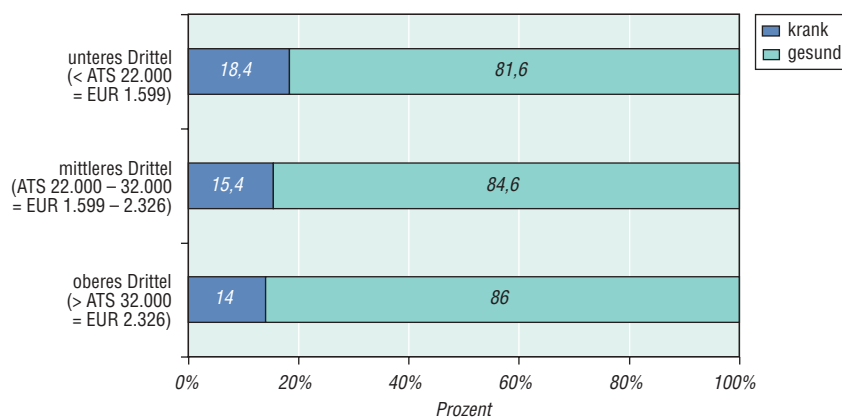
sten Einkommensdrittel nur 14 Prozent der Befragten angaben, aktuell an einer Krankheit zu leiden. Auch hier ist statistisch eine schwächere wirtschaftliche Position mit einem höheren Krankheitsrisiko verbunden.

Grafik 10.1: Aktueller Gesundheitszustand und persönliche wirtschaftliche Verhältnisse, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10.2: Aktuelle Gesundheit und Nettohaushaltseinkommen, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aus der folgenden Tabelle sind einige allgemeine Informationen hinsichtlich Alters- und Geschlechtsunterschiede in den drei Einkommensgruppen ersichtlich. So zeigt sich, dass die Unterschiede im Durchschnittsalter der Personen in den Einkommensgruppen nicht sehr groß sind. Die Altersstreuung ist im unteren Drittel jedoch am stärksten, d. h. es gibt mehr ältere und mehr jüngere Personen in der einkommensschwächsten Gruppe. Der Anteil der Frauen ist im untersten Einkommens-

drittel am stärksten, im obersten Einkommensdrittel am geringsten. Bei der Beantwortung der Frage nach dem Nettohaushaltseinkommen waren allerdings die Männer gegenüber den Frauen überrepräsentiert (1.735 Männer beantworteten die Frage, aber nur 1.615 Frauen).

Tabelle 10.1: Alters- und Geschlechtsverteilung nach Haushaltsnettoeinkommen, Wien

Einkommensgruppe	Alter		Geschlecht	
	Durchschnittsalter (Jahre)	Altersstreuung	Männer	Frauen
unteres Drittel	44,2	20,3	45,6 %	54,4 %
mittleres Drittel	43,4	17,5	51,6 %	48,4 %
oberes Drittel	43,0	15,5	58,7 %	41,3 %

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Der **Bildungsgrad** einer Person steht in engem Zusammenhang mit ihrer wirtschaftlichen Lage. Bei den Männern blieben ungelernete Arbeiter zu fast 45 Prozent während eines Jahres gesund, bei Selbständigen und Mithelfenden betragen diese Werte jedoch knapp 63 bzw. 58,5 Prozent. Bei Frauen bestand kein signifikanter Unterschied zwischen ungelernen Arbeiterinnen

und Selbständigen, rund die Hälfte hatte während eines Jahres keine Krankheit. Facharbeiterinnen blieben hingegen zu 60 Prozent gesund, weibliche Mithelfende zu knapp 69 Prozent. In diesem Fall war auch bei Frauen ein höherer sozioökonomischer Status mit einem deutlich besseren Gesundheitszustand verknüpft.

Tabelle 10.2: Berufliche Stellung und Erkrankungshäufigkeit in Wien

berufliche Stellung	Erwerbstätige in 1.000	Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung			
		nie	einmal	zweimal	≥ dreimal
<i>in %</i>					
Frauen					
Selbständige	20.1	50,3	34,4	11,0	4,3
Mithelfende	3.4	68,6	13,7	17,7	0,0
Angestellte	209.0	53,1	34,3	8,0	4,5
Beamte	41.8	47,2	34,1	11,7	7,0
Facharbeiter	6.7	60,2	12,5	23,9	3,4
sonstige Arbeiter	80.3	49,3	32,4	12,0	6,2
Lehrlinge	6.9	37,9	33,3	28,9	0,0
Männer					
Selbständige	44.0	62,9	30,5	4,4	2,2
Mithelfende	1.8	58,5	41,5	0,0	0,0
Angestellte	183.3	54,5	31,5	11,4	2,6
Beamte	52.8	55,3	31,1	11,7	2,0
Facharbeiter	70.4	51,6	33,8	8,1	6,5
sonstige Arbeiter	88.2	44,8	37,7	10,5	6,9
Lehrlinge	11.3	49,0	24,3	16,5	10,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die **subjektive Wahrnehmung** des eigenen Gesundheitszustandes wies zwischen den einzelnen Bildungsgruppen erhebliche Unterschiede auf. So bezeichneten rund 40 Prozent der HochschulabsolventInnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut, während sich nur etwa halb so viele PflichtschulabsolventInnen sehr ge-

sund fühlten. Umgekehrt beurteilten mehr als 13 Prozent der PflichtschulabsolventInnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, während bei AHS-AbsolventInnen dieser Wert bei nur etwas über 3 Prozent lag – also nur rund ein Drittel des Anteils von PflichtschulabsolventInnen.

Tabelle 10.3: Ausbildung und subjektive Gesundheit in Wien

Ausbildung	Beurteilung des Gesundheitszustandes (Angaben in %)				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Pflichtschule	20,9	35,6	30,2	9,8	3,4
Lehre	26,2	43,3	22,5	7,0	1,1
BMS	31,4	47,6	16,3	3,8	0,9
AHS	33,1	46,8	16,7	1,8	1,6
BHS	29,5	46,9	18,8	3,3	1,4
Hochschule	40,1	44,1	10,8	3,9	1,2

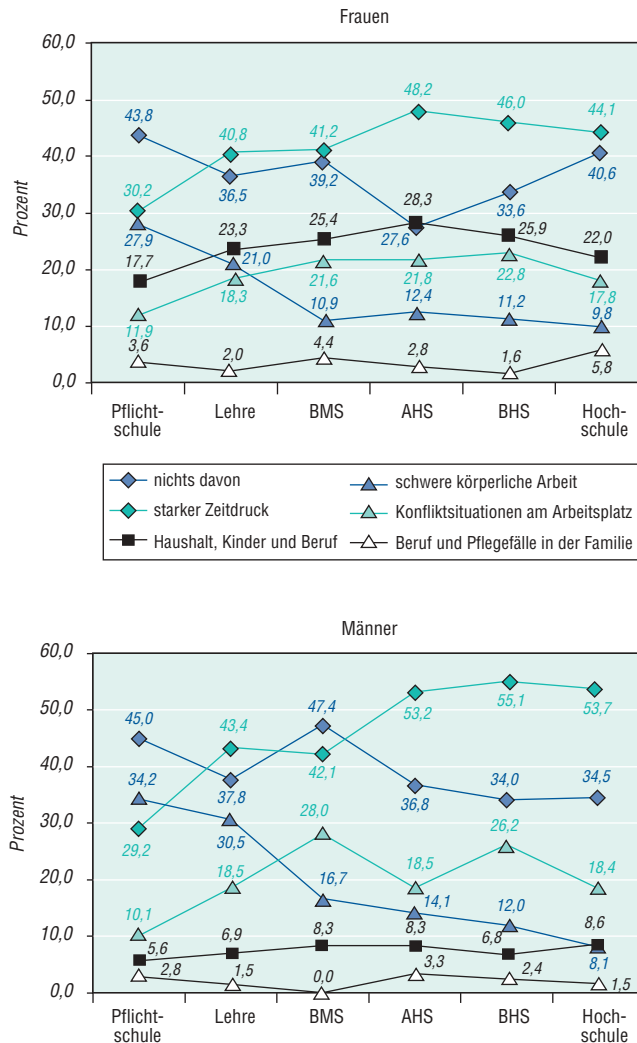
Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die verfügbaren Daten liefern eine Reihe von Hinweisen über die Hintergründe der sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitszustand. **Unterschiedliche Lebensbedingungen** wie Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie **psychosoziales Umfeld** tragen wesentlich dazu bei, dass ärmere Personen größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als wirtschaftlich besser gestellte Personen. Schwere körperliche Arbeit stellte für Frauen mit Pflichtschulabschluss zu knapp 28 Prozent eine Belastung dar, für Frauen mit Lehrabschluss lag dieser Wert bei 21 Prozent. Bei den anderen Bildungsgruppen stellte schwere körperliche Arbeit nur zu ca. 11 Prozent eine gesundheitliche Belastung dar (Personen mit Hochschulabschluss: 9,8 Prozent, AHS-Absolventinnen: 12,4 Prozent). Starker Zeitdruck war hingegen für Frauen mit höherem Bildungsabschluss eine hohe

gesundheitliche Belastung. Deutlich über 40 Prozent der AHS-, BHS-, und Hochschulabsolventinnen waren mit diesem Problem konfrontiert, jedoch nur rund 30 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen.

Bei der Analyse fällt auf, dass Pflichtschulabsolventinnen mit knapp 44 Prozent auch die größte Gruppe jener Personen stellen, die angibt, unter keiner der in Grafik 10.3 angeführten Belastungen zu leiden, während der andere Teil angibt, häufig mehrfachen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt zu sein. Das gleiche Muster findet sich auch bei Männern. Die mangelnde Wahrnehmung von Belastungen könnte unter Umständen darauf zurückzuführen sein, dass in unteren sozioökonomischen Schichten derartige Belastungen als „normal“ empfunden werden.

Grafik 10.3: Ausbildung und gesundheitliche Belastungen in Wien



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Auffallend an Grafik 10.3 ist die hohe Belastung von Frauen mit mittleren Bildungsabschlüssen (AHS- und BHS-Abschluss). Sie sind am stärksten von Mehrfachbelastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf betroffen (AHS: 28,3 Prozent, BHS: 25,9 Prozent). Sie stehen auch am stärksten unter Zeitdruck (AHS: 48,2 Prozent, BHS: 46,0 Prozent) und sind mit rund 20 Prozent am stärksten Konfliktsituationen am Arbeitsplatz ausgesetzt. Nur bei schwerer körperlicher Arbeit geben Frauen dieser Bildungsgruppen deutlich geringere Belastungen an als Frauen mit Pflichtschulabschluss. Da die gesundheitliche Situation von Pflichtschulabsolventinnen jedoch schlechter ist als jene von Frauen mit mittlerem Bildungsniveau, dürften die gesundheitlichen

Konsequenzen von schwerer körperlicher Arbeit besonders gravierend ins Gewicht fallen bzw. in Verbindung mit anderen schichtspezifischen Faktoren sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Das gleiche Muster findet sich auch bei Männern, und zwar in noch stärker ausgeprägter Form: Rund ein Drittel der Pflichtschulabsolventen sind schweren körperlichen Belastungen bei der Arbeit ausgesetzt, während die sonstigen Belastungen tendenziell niedriger als bei Frauen sind. Belastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf sind bei Männern einheitlich über alle Bildungsgruppen deutlich niedriger als bei Frauen. Dies zeigt, dass familiäre Belastungen mitsamt den dadurch be-

dingten gesundheitlichen Risiken immer noch in hohem Maße ein spezifisch weibliches Problem darstellen.

Eine detailliertere Aufstellung gesundheitsbelastender Faktoren am **Arbeitsplatz** zeigt *Tabelle 10.4* Personen im unteren Drittel der Verteilung der Nettofamilieneinkommen sehen sich insbesondere schwerer körperlicher Arbeit und langweiligen monotonen Tätigkeiten ausgesetzt. 32,8 Prozent der Personen im untersten Einkommensdrittel waren mit schwerer körperlicher Arbeit konfrontiert, jedoch nur 25,5 Prozent im mittleren Einkommensdrittel und 15,5 Prozent im obersten Einkommensdrittel. Rund 33 Prozent der einkommensschwächsten Gruppe verrichteten langweilige monotone Tätigkeiten, während dieser Wert in der höchsten Einkommensgruppe nur halb so groß war. Typische mit Leitungs- und Führungsfunktionen verbundene Belastungen, wie z. B. hohe Verantwortung, überwiegen im obersten Einkommensdrittel.

Auffallend sind die vergleichsweise hohen Belastungen am Arbeitsplatz in der mittleren Einkommensgruppe. In vielen Bereichen treten Belastungen ähnlich häufig wie in der untersten Einkommensgruppe auf, teilweise sind sie sogar noch stärker ausgeprägt. Dazu zählen Belastungen durch Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft; Staub, Rauch, Dämpfe; chemische Substanzen; einseitige körperliche Belastungen; isoliertes Arbeiten. Andererseits ist diese Gruppe aber auch in höherem Ausmaß von Problemen wie häufigen Konflikten, erheblicher Verantwortung und unklaren Anforderungen betroffen, die für Personen im unteren Einkommensdrittel von vergleichsweise geringerer Bedeutung sind. Manche gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz verlaufen quer durch alle Einkommensgruppen. So etwa sind Nacht- und Wechselschichten relativ gleichmäßig über alle Gruppen verstreut.

Tabelle 10.4: Berufliche Belastungen nach Einkommensgruppen in Wien

Art der beruflichen Belastung	Nettohaushaltseinkommen <i>in %</i>		
	oberes	mittleres	unteres
Nacht- und Wechselschicht	17,1	18,7	18,6
Lärm	31,8	41,5	37,5
Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft	30,2	41,1	42,2
Staub, Rauch, Dämpfe, etc.	26,2	39,8	40,0
chemische Substanzen	14,5	19,3	22,0
einseitige körperliche Belastungen	34,5	42,8	44,3
unklare Anforderungen	31,6	33,2	39,3
isoliertes Arbeiten	15,3	23,8	24,0
schwere körperliche Arbeit	15,5	25,5	32,8
langweilige monotone Tätigkeiten	16,7	29,5	32,9
ständiger Zeitdruck	66,2	61,4	58,3
große Verantwortung	80,5	76,3	69,1
häufige Konflikte	55,7	53,4	44,1
keine Pausen, kurze Erholung	46,6	46,7	43,9

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), *Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001*.

Die **Regeneration** von Belastungen spielt eine wesentliche Rolle bei Personen, die hohen gesundheitlichen Belastungen in ihrem Alltag ausgesetzt sind. Ein Zusammenhang zwischen ausgeprägtem Schlafmangel und Krankheitstendenzen lässt sich anhand der Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2000/2001 feststellen. Demnach erhalten rund fünf Prozent der gesunden Personen kaum jemals genug Schlaf, um am Morgen richtig ausgeruht zu sein. Jedoch geben fast 10

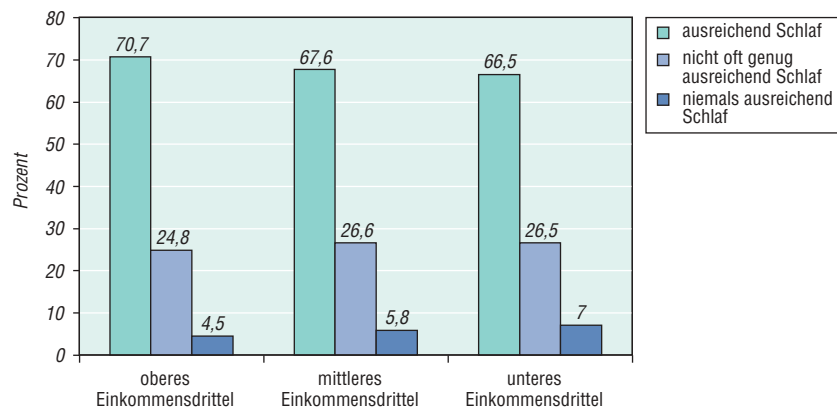
Prozent der aktuell gesundheitlich beeinträchtigten Personen an, stark übermüdet zu sein.

Grafik 10.4 zeigt, dass die Möglichkeiten zur Regeneration im Schlaf je nach Einkommenssituation unterschiedlich verteilt sind. Fast sieben Prozent der Personen im untersten Drittel der Nettohaushaltseinkommen erhalten kaum jemals bzw. nie ausreichend Schlaf. Im obersten Einkommensdrittel betrifft dies rund 4,5

Prozent der Personen. Die schlechteren Regenerationsmöglichkeiten bedeuten somit ein zusätzliches Ge-

sundheitsrisiko für einkommensmäßig schlechter gestellte Gruppen.

Grafik 10.4: Regeneration im Schlaf nach Einkommensgruppen in Wien (Nettohaushaltseinkommen)

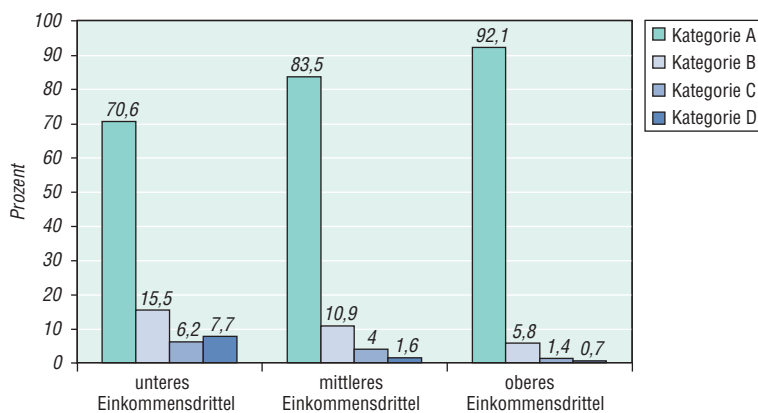


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die **Wohnungen** einkommensschwächerer Personen sind häufiger in einer schlechteren Kategorie angesiedelt. Zwar bewohnen immerhin rund 70 Prozent in dieser Gruppe eine Wohnung der Kategorie A, jedoch trifft dies für rund 92 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe zu. Wohnungen schlechterer Kategorie werden mit Abstand am meisten von Personen mit niedrigem Einkommen bewohnt. Nahezu acht Prozent der untersten Einkommensgruppe leben in Wohnungen der Kategorie D, während dies nur für 0,7 Prozent der Personen in der obersten Einkommenskategorie zutrifft.

Die unterschiedliche Wohnsituation in den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen bedingt damit in Verbindung stehende schichtspezifische gesundheitliche Belastungen. Die untere Einkommensgruppe ist mit 12,9 Prozent mehr als doppelt so oft Feuchtigkeit, Luftzug oder Kälte im Wohnbereich ausgesetzt wie die oberste Einkommensgruppe, in der rund sechs Prozent von diesen Problemen betroffen sind. Die Unterschiede bei den anderen Belastungen im Wohnbereich sind geringer. Dennoch findet die oberste Einkommensgruppe durchwegs bessere Wohnbedingungen vor. Über alle Gruppen hinweg stellt Verkehrslärm die am weitesten verbreitete Belastungsquelle dar.

Grafik 10.5: Wohnungskategorien nach Einkommensgruppen in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 10.5: Wohnsituation nach Einkommensgruppen

Belastung	mittlere bis große Belastung			geringe bis keine Belastung		
	oberes	mittleres	unteres	oberes	mittleres	unteres
	Nettohaushaltseinkommen (in %)					
Feuchtigkeit, Luftzug, Kälte	6,0	8,7	12,9	94,0	91,3	87,1
sonstiges schlechtes Wohnungsklima	4,1	5,0	6,8	95,9	95,0	93,2
Verkehrslärm	14,0	18,7	17,2	86,0	81,3	82,8
Luftverschmutzung durch Straßenverkehr	12,1	14,6	14,4	87,9	85,5	85,6

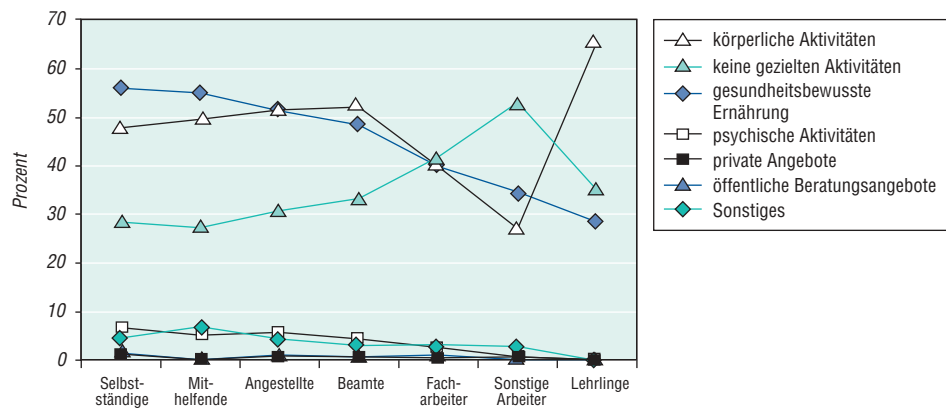
Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Abgesehen von den Wohn- und Arbeitsbedingungen bestimmen aber auch schichtspezifische **Verhaltensweisen** wesentlich die Gesundheit. Das heißt, das aktive Gesundheitsverhalten weist deutliche Muster auf, die sozioökonomisch beeinflusst sind. Mehr als die Hälfte der ungelernten ArbeiterInnen (53 Prozent) setzen von selbst aus keinerlei gesundheitliche Aktivitäten. Bei Selbständigen, Mithelfenden und Angestellten sind deutlich weniger als ein Drittel gesundheitlich inaktiv. Die wichtigsten Formen aktiven Gesundheitsverhaltens stellen gesunde Ernährung und körperliche Aktivitäten dar, aber auch das Rauch- und Trinkverhalten zählen dazu. Während über 50 Prozent der Selbständigen, Mithelfenden und Angestellten sowie knapp die Hälfte der BeamtInnen auf gesunde Ernährung Wert legen, achtet nur rund ein Drittel der ungelernten ArbeiterInnen

sowie rund 28 Prozent der Lehrlinge auf gesunde Nahrung. Körperliche Bewegung folgt einem ähnlichen Muster. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das geringere Ausmaß an körperlichen Aktivitäten bei ungelernten ArbeiterInnen teilweise auch durch die höhere körperliche Beanspruchung am Arbeitsplatz bedingt ist, während sportliche Aktivitäten bei Angehörigen anderer Berufsgruppen häufig einen „gesunden Ausgleich“ darstellen.

Andere Formen aktiven Gesundheitsverhaltens spielen kaum eine wesentliche Rolle. Besonders fällt auf, dass öffentliche Beratungsangebote sowie private Angebote derzeit nur in sehr geringem Maße aktiv in Anspruch genommen werden. Diese Beobachtung lässt sich quer über alle Gruppen hinweg machen.

Grafik 10.6: Aktives Gesundheitsverhalten und berufliche Stellung, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aufgrund der sozioökonomischen Unterschiede bei Ernährung und Bewegung überrascht es nicht, dass sich auch beim **Körpergewicht** Unterschiede feststellen lassen. Angehörige unterer Bildungsschichten neigen deutlich stärker zu Übergewicht als Angehörige oberer Bildungsschichten. 28 Prozent der weiblichen und 26 Prozent der männlichen PflichtschulabsolventInnen sind von Übergewicht oder sogar starkem Übergewicht

betroffen, jedoch nur 9 Prozent der weiblichen und 16 Prozent der männlichen HochschulabsolventInnen. Untergewicht stellt vor allem bei Frauen mit mittlerer und höherer Bildung in größerem Ausmaß ein Problem dar. Zwischen 10 und 15 Prozent der Frauen dieser Bildungsgruppen leiden an mäßigem bis starkem Untergewicht.

Tabelle 10.6: Körpergewicht und Bildungsniveau, Wien 1999

Bildung	Personen ab 30 Jahre in 1.000	starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	starkes Übergewicht
		BMI <18	BMI 18≤20	BMI 20≤27	BMI 27≤30	BMI ≥30
in %						
Frauen						
Pflichtschule	170.3	0,8	3,5	67,7	13,8	14,2
Lehre	157.4	0,8	5,1	72,5	11,2	10,4
BMS	84.6	3,0	8,1	73,0	9,3	6,6
AHS	53.8	1,3	13,3	72,2	6,1	7,0
BHS	43.9	1,9	9,3	68,4	14,2	6,2
Hochschule	57.9	2,9	10,4	77,6	5,0	4,1
gesamt	567.9	1,5	6,7	71,3	10,8	9,7
Männer						
Pflichtschule	79.2	0,2	1,1	72,6	18,7	7,3
Lehre	202.4	0,0	1,1	71,1	16,4	11,5
BMS	29.7	0,0	2,4	74,8	9,7	13,1
AHS	48.5	0,4	0,0	81,1	11,5	6,9
BHS	45.6	0,0	1,5	69,1	16,7	12,7
Hochschule	80.9	0,0	2,1	81,6	12,4	3,9
gesamt	486.3	0,1	1,3	74,1	15,2	9,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Rauchen und Alkoholkonsum sind ebenfalls gesundheitsbestimmende Faktoren, die nicht unbedingt im unmittelbaren Entscheidungsbereich einer Person liegen, auch wenn es auf den ersten Blick so scheinen mag. Auch hier sind über die individuelle Einzelentscheidung hinaus erhebliche schichtspezifische Unterschiede zu beobachten. Während fast 43 Prozent der männlichen Hochschulabsolventen angaben, nie geraucht zu haben, trifft dies bloß auf knapp 13 Prozent der Pflichtschulabsolventen zu, wengleich ein hoher Anteil dieser Raucher nur maximal 10 Zigaretten pro Tag konsumiert. Frauen weisen generell viel geringere Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen auf. Rund 40 Prozent der Frauen haben nie geraucht.

Sozioökonomische Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen bestehen jedoch nicht nur auf materieller Ebene, bei Arbeits- und Wohnbedingungen oder beim aktiven Gesundheitsverhalten. Auch eine Reihe von **psychologischen und soziologischen** Unterschieden sind zu beobachten, die zu gesundheitlichen Auswirkungen führen können. Diese „weicheren“ Faktoren sind schwieriger zu quantifizieren bzw. statistisch zu erfassen. Ihre Bedeutung sollte deshalb jedoch nicht unterschätzt werden. Einige Hinweise liefert Tabelle 10.7, die den Zusammenhang zwischen Einkommen und Zufriedenheit in diversen Lebensbereichen zeigt. Schichtspezifische Unterschiede bei psychosozialen Faktoren sollten sich in Unterschieden bei der Lebenszufriedenheit widerspiegeln. Die tatsächlichen zugrundeliegenden psychischen und sozialen Zusammenhänge werden bei dieser Betrachtung jedoch noch nicht transparent.

Tabelle 10.7: Rauchverhalten und Bildungsniveau, Wien 1999

Bildung	gelegentlicher Zigarettenkonsum	täglicher Zigarettenkonsum (Anzahl)			aufgehört zu rauchen	nie geraucht
		bis 10 Zig.	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>						
Männer						
Pflichtschule	8,3	37,6	10,3	12,1	18,7	12,9
Lehre	6,8	28,1	11,1	12,4	21,5	20,0
BMS	4,9	21,8	7,6	11,8	18,5	35,4
AHS	6,7	19,6	6,1	15,4	16,1	36,1
BHS	8,4	17,9	10,4	8,7	19,8	34,8
Hochschule	11,2	21,9	7,9	2,2	14,0	42,7
gesamt	7,8	26,4	9,7	10,6	18,9	26,6
Frauen						
Pflichtschule	7,9	27,2	9,0	5,9	9,2	40,8
Lehre	4,4	26,4	11,6	5,3	10,5	41,8
BMS	6,5	25,0	6,0	4,5	11,8	46,2
AHS	7,8	21,1	6,4	2,9	17,0	44,8
BHS	7,7	22,3	10,7	7,2	13,9	38,2
Hochschule	11,2	23,8	4,5	3,7	13,6	43,1
gesamt	7,0	25,3	8,7	5,1	11,5	42,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Fast 88 Prozent der Personen im unteren Einkommensdrittel sind mit ihrem **Leben** insgesamt **zufrieden**, jedoch nahezu alle Personen im oberen Einkommensdrittel. Die markantesten Unterschiede bestehen bei der Zufriedenheit mit dem Familienleben. Während fast 94 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel mit ihrem Familienleben zufrieden sind, gilt dies

nur für knapp 79 Prozent der Personen im unteren Einkommensdrittel. Bei sozialen Kontakten zu Freunden und Bekannten bestehen die geringsten Unterschiede, hier herrscht allgemein ein hoher Grad an Zufriedenheit.

Tabelle 10.8: Zufriedenheit und Einkommen

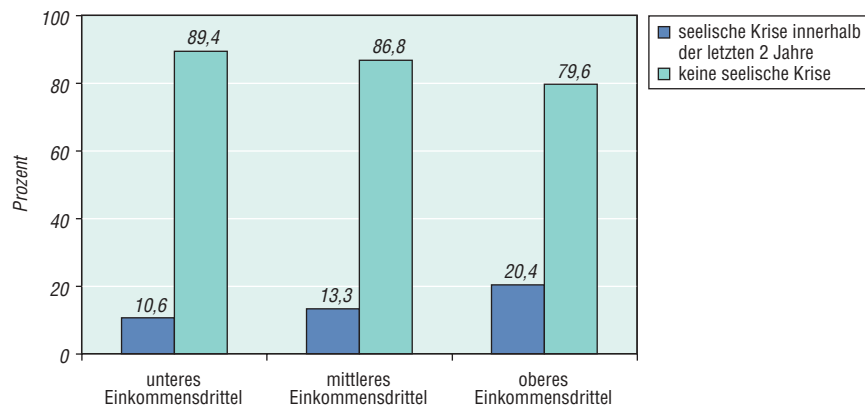
Lebensbereich	ziemlich bis sehr zufrieden			wenig bis gar nicht zufrieden		
	oberes	mittleres	unteres	oberes	mittleres	unteres
	Einkommen (Angaben in %)					
Leben insgesamt	97,5	93,8	87,7	2,6	6,3	12,3
Familienleben	93,9	88,6	78,9	6,1	11,4	21,1
Kontakte zu Freunden und Bekannten	92,9	89,7	86,3	7,1	10,3	13,7
Freizeitgestaltung	85,0	79,7	76,5	15,0	20,3	23,6
Gesundheit	90,2	85,2	78,5	9,9	14,8	21,5

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit ihrer **Freizeitgestaltung** sind fast ein Viertel (23,6 Prozent) der Personen im unteren Einkommensdrittel unzufrieden, jedoch nur knapp 15 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel. Erhebliche sozioökonomische Unterschiede bestehen auch bei der **Zufriedenheit mit der Gesundheit**. Während ca. 90 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, gilt dies für nur 78,5 Prozent im unteren Einkommensdrittel.

Markante sozioökonomische Unterschiede auf der individuellen psychischen Ebene sind beim Auftreten **seelischer Krisen** zu beobachten. Über 20 Prozent der Befragten im unteren Einkommensdrittel gaben eine seelische Krise innerhalb der letzten beiden Jahre vor der Befragung an. Bei Personen im oberen Einkommensdrittel war dieser Wert nur halb so hoch. Die Lebenssituation von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen erzeugt folglich hohen psychischen Druck, der auf Dauer zu einem Gesundheitsrisiko werden kann.

Grafik 10.7: Seelische Krisen innerhalb der letzten zwei Jahre und Nettohaushaltseinkommen, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein Grund für die Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen sozioökonomischen Schichten könnte auch darin liegen, dass die **Versorgung mit medizinischen Einrichtungen** uneinheitlich ist oder dass die vorhandenen Einrichtungen nicht in gleicher Weise in Anspruch genommen werden. Dadurch könnte die Bewältigung von Krankheiten für Personen

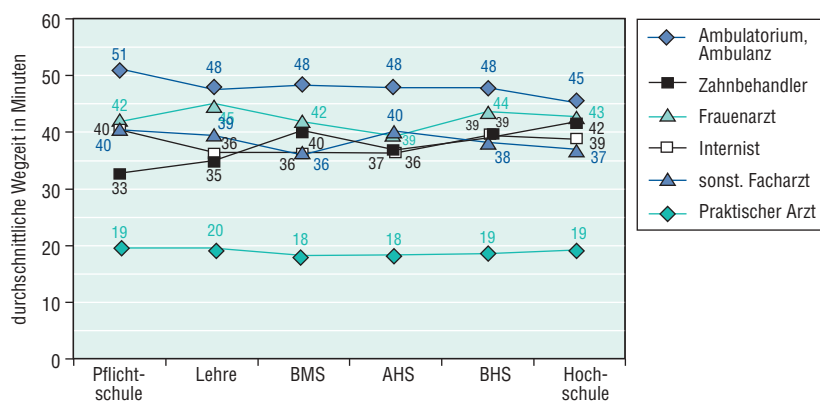
mit niedrigerem sozioökonomischen Status erschwert werden.

Ein Indikator für die Versorgung mit medizinischen Einrichtungen ist die durchschnittliche **Wegzeit zum Arzt**. Die folgende Grafik zeigt jedoch, dass in Wien die Versorgungseinrichtungen im Schnitt quer über alle

sozialen Schichten relativ rasch erreichbar sind. Aus der Grafik ist auch ersichtlich, dass Personen mit niedrigerem Bildungsstand Gesundheitseinrichtungen am häufigsten in Anspruch nehmen. Die größeren gesundheitlichen Risiken in niedrigeren soziökonomischen Schichten schlagen sich also in häufigeren Besuchen bei praktischen Ärzten und Ambulanzen bzw. Ambula-

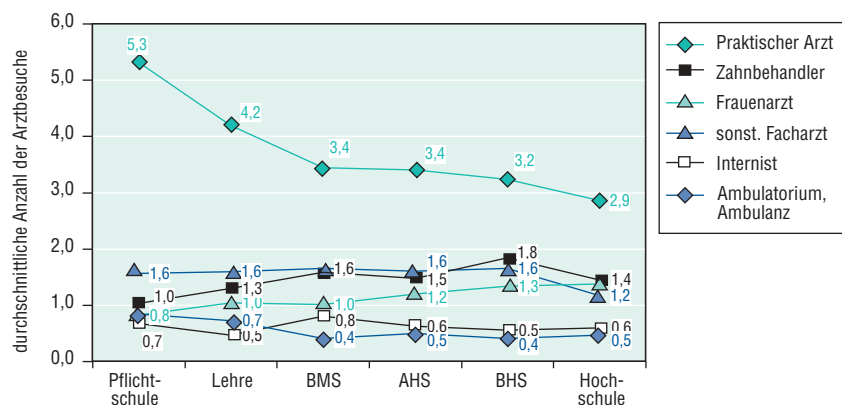
torien nieder. Die Besuchsfrequenz von PflichtschulabsolventInnen bei praktischen Ärzten ist etwa doppelt so hoch wie jene von UniversitätsabsolventInnen und entspricht damit grob dem höheren Auftreten von Krankheiten in dieser Gruppe. FrauenärztInnen und ZahnbehandlerInnen werden jedoch etwas häufiger von höheren Bildungsschichten konsultiert.

Grafik 10.8: Wegzeit zu ärztlichen Einrichtungen nach Bildungsgruppen, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Grafik 10.9: Arztbesuch und Bildungsniveau in Wien, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Insgesamt scheinen die soziökonomischen Unterschiede bei der **medizinischen Bewältigung** von Krankheiten in einer Stadt wie Wien mit einem breit zugänglichen öffentlichen Gesundheitswesen vergleichsweise geringer als die Unterschiede bei der Entstehung von Krankheiten. Unterschiedliche Wohn-

und Arbeitsbedingungen sowie schichtspezifisch aktives und gewohnheitsmäßiges Gesundheitsverhalten sind stärker in komplexe gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen verwoben und scheinen deshalb schwerer veränderbar.

10.3 Migration

Zusammenfassung

MigrantInnen sind über einen durchschnittlich niedrigen Einkommens-, Bildungs- und Sozialstatus hinaus noch zusätzlich mit gesundheitlichen Risiken konfrontiert, die sich aus der Migration ergeben. Sie erkranken häufiger als inländische Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Sie leben zu einem größeren Teil in einem belastenden Wohnumfeld und verrichten in hohem Maße schwere körperliche Arbeit. Bei MigrantInnen, die bereits länger in Österreich leben, verbessert sich hingegen die Situation. Sie sind einem deutlich geringeren Risiko eines Arbeitsunfalls ausgesetzt und befinden sich insgesamt in einem besseren gesundheitlichen Zustand.

Insgesamt zeigen MigrantInnen ein deutlich weniger aktives Gesundheitsverhalten. Sie rauchen mehr als Inländer (vor allem innerhalb der männlichen Bevölkerung) und nehmen trotz des erhöhten Krankheitsrisikos weniger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als österreichische StaatsbürgerInnen. Insgesamt sind MigrantInnen somit gleichermaßen höheren Risiken bei der Entstehung und bei der Bewältigung von Krankheiten ausgesetzt.

Summary: Migration

Immigrants not only have a lower average level of income, education, and social status, but also face additional health risks resulting from their immigrant status. They are more frequently ill than Austrians with an equally low socioeconomic status. An even larger portion of them live in conditions that are detrimental to health, and they frequently have an occupation that requires heavy physical labour. The situation of immigrants improves the longer they live in Austria, resulting in a significantly lower risk of occupational accidents and a better overall state of health.

Overall, immigrants exhibit less active health relevant behaviour. They smoke more than Austrians (especially the male population) and despite their higher risk of illnesses, they use the public health services less frequently than Austrian citizens. In conclusion, immigrants have both higher risks of falling ill and more problems in coping with illness.

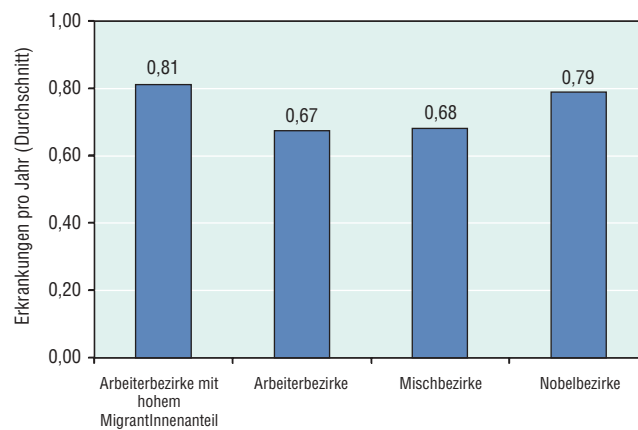
MigrantInnen sind als schwächer gestellte sozioökonomische Gruppen mit im Schnitt niedrigerem Einkommen und Bildungsstand sowie schlechterer beruflicher Stellung den von diesem Status ausgehenden gesundheitlichen Risiken unterworfen. Hinzu kommt die zusätzliche Bewältigung von Herausforderungen, die sich speziell aus der Migration ergeben. Dazu zählen etwa Sprachprobleme, Informationsprobleme, kulturelle Unterschiede, Diskriminierung, räumliche Trennung von Familienangehörigen, soziale Isolation oder ungewisse Zukunftsaussichten. Diesen Risiken wirkt entgegen, dass MigrantInnen im Schnitt jünger sind als die einheimische Bevölkerung. Dieser Faktor verbessert statistisch den gesundheitlichen Ausweis bei Durchschnittsvergleichen mit anderen Gruppen.

Die folgende Grafik zeigt einen Vergleich des Gesundheitsstatus von MigrantInnen nach **Wohngebiet**. Von besonderem Interesse ist dabei ein Vergleich zwischen Wiener ArbeiterInnenbezirken mit einem hohen Anteil an MigrantInnen und ArbeiterInnenbezirken mit geringeren Anteilen. Beiden Bezirkstypen ist ein niedriger sozioökonomischer Status bei Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung gemeinsam, wenngleich dieser in den MigrantInnenbezirken noch etwas stärker ausgeprägt ist. So beträgt etwa der Anteil an ungelerten ArbeiterInnen in MigrantInnenbezirken 26,6 Prozent, in anderen ArbeiterInnenbezirken jedoch nur 21,6 Prozent. Falls also gesundheitliche Risiken in den ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil deutlich höher liegen als in den anderen ArbeiterInnenbezirken, dann ist dieser Unterschied vermutlich auf migrationsbedingte zusätzliche Risiken zurückzuführen.

Tatsächlich lässt sich dieser Effekt beobachten. In ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil liegt die durchschnittliche Zahl der jährlichen Erkrankungen bei 0,81 Fällen pro Person. In ArbeiterInnenbezirken mit geringerem MigrantInnenanteil erkrankt eine Person rund 0,67-mal pro Jahr. Nobelbezirke weisen

ein deutlich höheres Durchschnittsalter der Bevölkerung auf (46 Jahre) und können deshalb nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden (Durchschnittsalter in ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil: 39,3 Jahre; in anderen ArbeiterInnenbezirken: 38 Jahre; in Mischbezirken: 41,2 Jahre).

Grafik 10.10: Krankheit und MigrantInnenstatus, Wien 1999

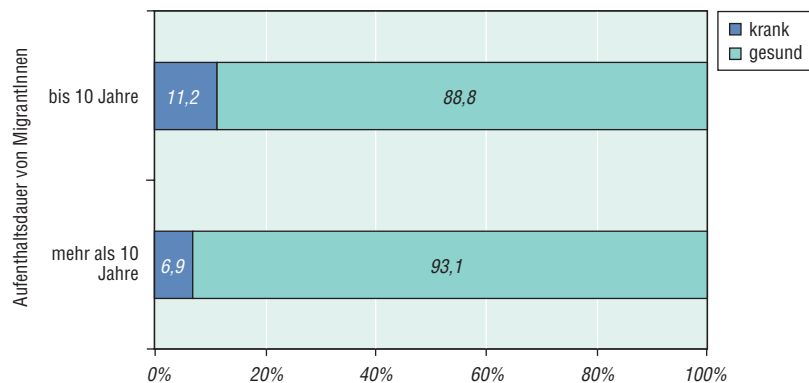


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Aus den oben genannten Zahlen folgt, dass Migration über einen niedrigen sozioökonomischen Status hinausgehend erhebliche gesundheitliche Risiken in sich birgt. Ein anderer Vergleich zwischen **Aufenthaltsdauer** der MigrantInnen und Erkrankungshäufigkeit unterstreicht diesen Zusammenhang. Laut Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001 weisen 11,2 Prozent der MigrantInnen, die sich bis zu maximal zehn Jahren

in Österreich aufhalten, eine aktuelle Krankheit auf. MigrantInnen hingegen, die sich bereits seit über zehn Jahren im Land befinden, litten zum Zeitpunkt der Befragung nur zu 6,9 Prozent an einer Erkrankung. Eine Interpretationsmöglichkeit dieser Zahlen besteht darin, dass soziale Integration die gesundheitlichen Risiken des MigrantInnenstatus entschärft und dadurch zu deutlich niedrigeren Erkrankungsraten führt.

Grafik 10.11: Aufenthaltsdauer von MigrantInnen und aktuelle Erkrankungen

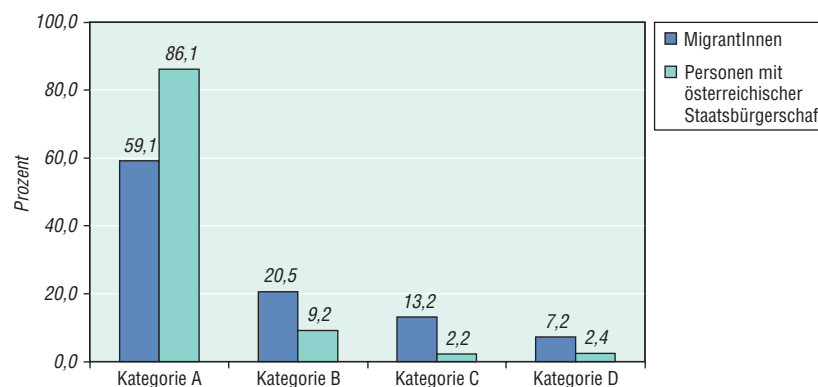


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Generell ist zu beobachten, dass MigrantInnen teilweise unter noch schwierigeren **Wohn- und Arbeitsbedingungen** leben als inländische Angehörige aus sozial schwachen Schichten. So bewohnen über 20 Prozent der MigrantInnen in Wien Wohnungen der Kategorien C oder D. Bei WienerInnen mit österreichischer Staats-

bürgerschaft ist dies zu weniger als fünf Prozent der Fall. Neben größerer Armut kann also auf eine noch schwierigere Wohnsituation von MigrantInnen mit entsprechend größeren gesundheitlichen Risiken geschlossen werden.

Grafik 10.12: Wohnverhältnisse von MigrantInnen im Vergleich, Wien

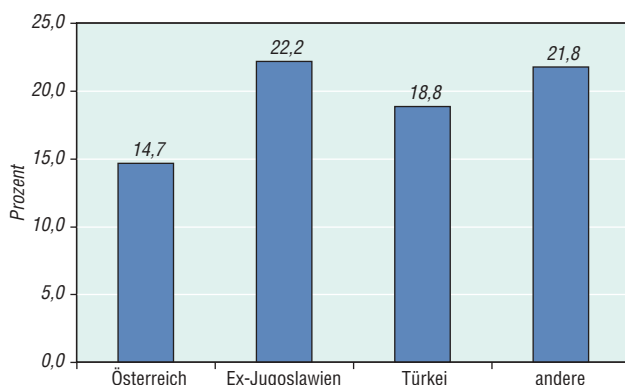


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Belastungen aufgrund des Arbeitsumfelds sind bei MigrantInnen vor allem im Bereich **schwerer körperlicher Arbeit** deutlich höher als bei österreichischen StaatsbürgerInnen. Während knapp 15 Prozent der

Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft in Wien schwere körperliche Arbeit leisten, gilt dies für 20 und mehr Prozent der MigrantInnen (siehe folgende Grafik).

Grafik 10.13: Belastung von Wiener MigrantInnen durch schwere körperliche Arbeit



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Das **Gesundheitsverhalten** von MigrantInnen ist in vielen Bereichen vergleichsweise schwach ausgeprägt. Dies zeigt sich auch am Beispiel des **Rauchens**. Vor allem männliche Migranten rauchen mehr als Inländer. Während insgesamt fast 37 Prozent der ÖsterreicherInnen nie geraucht haben, beträgt dieser Anteil bei Perso-

nen aus dem ehemaligen Jugoslawien nur etwas über 28 Prozent und bei MigrantInnen aus der Türkei rund 20 Prozent. Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen jedoch auch das jüngere Durchschnittsalter von MigrantInnen.

Grafik 10.14: Rauchverhalten von MigrantInnen in Wien

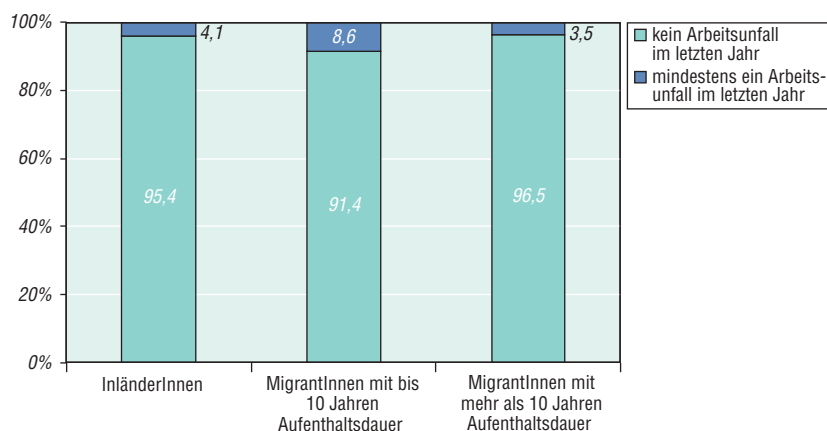


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die von **Arbeitsunfällen** ausgehende gesundheitliche Gefährdung liegt bei MigrantInnen der untersten sozioökonomischen Ebene doppelt so hoch wie bei anderen Gruppen. Fast 9 Prozent der MigrantInnen mit einer Aufenthaltsdauer von maximal zehn Jahren hatten mindestens einen Arbeitsunfall im letzten Jahr vor

der Befragung, jedoch nur 4 Prozent der österreichischen StaatsbürgerInnen und 3,5 Prozent der MigrantInnen mit einer Aufenthaltsdauer von über zehn Jahren. Bemerkenswert ist auch die Angleichung der Gefährdung von InländerInnen und jenen MigrantInnen, die sich bereits lange im Land aufhalten.

Grafik 10.15: MigrantInnen und Arbeitsunfälle in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Erhebliche Unterschiede bestehen bei der Wahrnehmung von **Angeboten des öffentlichen Gesundheitssystems**. Obwohl MigrantInnen im Schnitt größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind als InländerInnen, konsultieren sie in vielen Fällen deutlich seltener ÄrztInnen. Dies kann einerseits mit dem niedrigeren Durchschnittsalter dieser Gruppe zusammenhängen. Andererseits können aber die Barrieren für die tatsächliche Inanspruchnahme bei MigrantInnen auf-

grund von Sprach- und anderen Problemen höher sein. In einzelnen Fällen übertreffen MigrantInnengruppen jedoch InländerInnen beim Arztbesuch. Auch gibt es teilweise erhebliche Unterschiede je nach Herkunftsland. Dieses zum Teil etwas erratische Muster könnte mit unterschiedlichen kulturell geprägten Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Einrichtungen in Zusammenhang stehen.

Tabelle 10.9: MigrantInnen und Häufigkeit von Arztbesuchen

Fachrichtung	Staatsbürgerschaft			
	Österreich	Ex-Jugoslawien	Türkei	andere
durchschnittliche Inanspruchnahme				
Männer				
Arzt für Allgemeinmedizin	3,2	4,0	2,5	2,2
Fachärzte:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,9	3,5	2,3	3,9
Internist	0,5	1,5	0,3	0,6
sonstiger Facharzt	1,3	1,3	0,8	1,4
Zahnarzt, Dentist, -ambulatorium	1,4	1,1	1,4	1,4
Ambulatorium, Ambulanz	0,5	0,8	0,2	0,46
Frauen				
Arzt für Allgemeinmedizin	3,9	3,3	3,1	2,1
Fachärzte:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,5	1,0	3,8	3,7
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	1,1	1,0	0,5	1,2
Internist	0,5	0,9	0,3	0,6
sonstiger Facharzt	1,6	1,3	0,9	0,9
Zahnarzt, Dentist, -ambulatorium	1,4	1,2	1,0	1,6
Ambulatorium, Ambulanz	0,6	0,3	0,1	0,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Insgesamt ergibt sich als Bild, dass die Problematik der höheren gesundheitlichen Gefährdung von sozioökonomisch schwachen Schichten zu einem signifikanten Teil eine Frage der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen darstellt. Rund 20 Prozent der Personen im

unteren Einkommensdrittel in Wien sind MigrantInnen.³⁶² Für eine zielgruppenorientierte Gesundheitspolitik ergeben sich aus diesem Zusammenhang spezielle Anknüpfungsmöglichkeiten bzw. Notwendigkeiten.

10.4 Arbeitslosigkeit

Zusammenfassung

Arbeitslose Personen sind deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als erwerbstätige Personen. Aufgrund des häufig entstehenden psychosozialen Druckes wirken kurzfristige und langfristige Arbeitslosigkeit gleichermaßen belastend. Die tatsächliche Krankheitshäufigkeit steigt jedoch besonders mit länger andauernder Arbeitslosigkeit an.

Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit ihrem Leben in hohem Maße unzufrieden. Besondere Schwierigkeiten entstehen im Familienleben und in einer befriedigenden Gestaltung der freien Zeit. Arbeitslose Menschen sind auch in höherem Maße von seelischen Krisen betroffen. Sie nehmen zwar verstärkt Beratungsangebote wahr, ernähren sich jedoch deutlich ungesünder, setzen weniger körperliche Aktivitäten, rauchen mehr und haben einen erhöhten Alkoholkonsum. Insgesamt dürften psychosoziale Faktoren wesentlich zum schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen beitragen.

Summary: Unemployment

Unemployed persons have significantly higher health risks than employed persons. Due to the frequent psychosocial pressure, both short and long term unemployment place a significant strain on the individuals. The frequency of diseases increases particularly with long term unemployment.

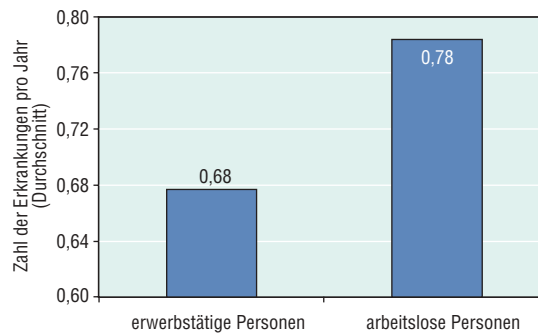
A large share of unemployed persons is not satisfied with their lives. Problems are frequent particularly within the family and with finding satisfactory leisure activities. Unemployed persons also face psychological and mental crises more frequently than others. While they make more use of counselling services, their eating habits are much unhealthier, they have a more sedentary lifestyle, smoke more and consume more alcohol. Overall, psychosocial factors are probably a major reason for the lower state of health of unemployed persons.

Arbeitslosigkeit stellt ein erhebliches soziales Problem dar, das auch gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Es ist allerdings nicht immer klar, was Ursache und was Wirkung ist. Einerseits ist es möglich, dass eine Person aufgrund von Krankheit arbeitslos wird. Andererseits kann der Zustand der Arbeitslosigkeit selbst dazu führen, dass die Gesundheit eines Menschen beeinträchtigt wird.

In Wien betrug 1999 die durchschnittliche Zahl der **Erkrankungen** pro Jahr bei erwerbstätigen Personen 0,68, bei arbeitslosen Personen hingegen lag sie mit 0,78 deutlich darüber. Arbeitslosigkeit steht somit mit höheren gesundheitlichen Risiken in einem deutlichen Zusammenhang.

³⁶² Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10.16: Erwerbsstatus und Krankheit in Wien

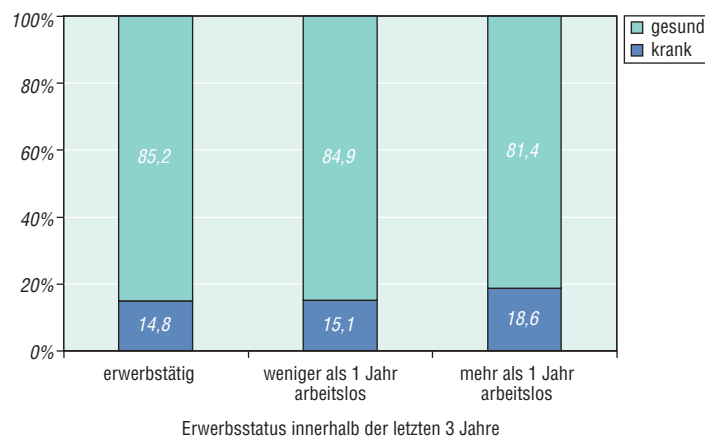


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Zusätzliche Aufschlüsse erlaubt eine Gegenüberstellung, bei der die **Dauer der Arbeitslosigkeit** und ihr Zusammenhang mit Krankheit einbezogen wird. Personen, die innerhalb der letzten drei Jahre mehr als ein Jahr arbeitslos waren, sind im Schnitt zu 19 Prozent gesundheitlich beeinträchtigt. Für Personen, die weniger als ein Jahr arbeitslos waren, beträgt dieser Wert etwas über, für durchgängig erwerbstätige Personen etwas

unter 15 Prozent (*Grafik 10.17*). Während also zwischen Personen mit kürzeren Perioden von Arbeitslosigkeit und erwerbstätigen Personen kein signifikanter gesundheitlicher Unterschied festzustellen ist, erscheint der Gesundheitszustand von Personen, die über längere Zeiträume arbeitslos sind, signifikant schlechter zu sein.

Grafik 10.17: Arbeitslosigkeit nach Dauer und Krankheit in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das **Wohnumfeld** von kurzzeitig arbeitslosen Personen dürfte sich in den meisten Fällen nicht ändern, sodass keine gesundheitlichen Effekte durch eine Verschlechterung der Wohnsituation zu erwarten sind. Langzeitarbeitslosigkeit könnte jedoch sozialen Abstieg mit sich bringen und dadurch zu einer Verschlechterung der Wohnsituation mit möglichen negativen gesundheitli-

chen Wirkungen führen. Tatsächlich zeigt sich jedoch, dass die Wohnsituation von Personen mit längerer Arbeitslosigkeitsdauer kaum einen Unterschied gegenüber Personen mit kürzerer Arbeitslosigkeitsdauer aufweist. In beiden Fällen bewohnen rund 70 Prozent der Personen Wohnungen der Kategorie A, rund fünf Prozent leben in Wohnungen der Kategorie D.³⁶³

Von größerer Bedeutung scheinen für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit deshalb Faktoren zu sein, welche sich auf das **psychische und soziale Befinden** der Individuen und auf das aktive Gesundheitsverhalten beziehen. Die folgende Tabelle zeigt, dass Personen mit längerem Verbleib in der Arbeitslosigkeit eine im Vergleich wesentlich geringere **Zufriedenheit** mit ihrem Leben und ihrer Gesundheit aufweisen als erwerbstätige Personen. Während fast 95 Prozent der erwerbstätigen Personen mit ihrem Leben zufrieden sind, trifft dies nur auf knapp 80 Prozent der

Arbeitslosen zu. Mit ihrer Gesundheit sind knapp 73 Prozent der über längere Zeit Arbeitslosen zufrieden, während rund 89 Prozent der Erwerbstätigen sich über ihre Gesundheit zufrieden äußern.

Ein besonderes Problem scheint auch die **Freizeitgestaltung** darzustellen. Fast 30 Prozent der Arbeitslosen sind mit ihrer Freizeitgestaltung wenig bis gar nicht zufrieden. Das häufig unerwünschte Mehr an Freizeit scheint für eine erhebliche Zahl von Langzeitarbeitslosen nur schwierig zufriedenstellend gestaltbar zu sein.

Tabelle 10.10: Zufriedenheit und Arbeitslosigkeit

Zufriedenheit mit	ziemlich bis sehr zufrieden			wenig bis gar nicht zufrieden		
	erwerbstätig	arbeitslos <1J	arbeitslos >1J	erwerbstätig	arbeitslos <1J	arbeitslos >1J
	in %					
dem Leben insgesamt	94,7	82,9	79,6	5,3	17,1	20,4
dem Familienleben	88,9	82,2	74,5	11,1	17,8	25,6
Kontakten zu Freunden und Bekannten	91,9	86,8	85,4	8,1	13,2	14,6
der Freizeitgestaltung	81,0	74,3	70,8	19,0	25,7	29,2
der Gesundheit	88,8	79,6	73,0	11,2	20,4	27,0

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

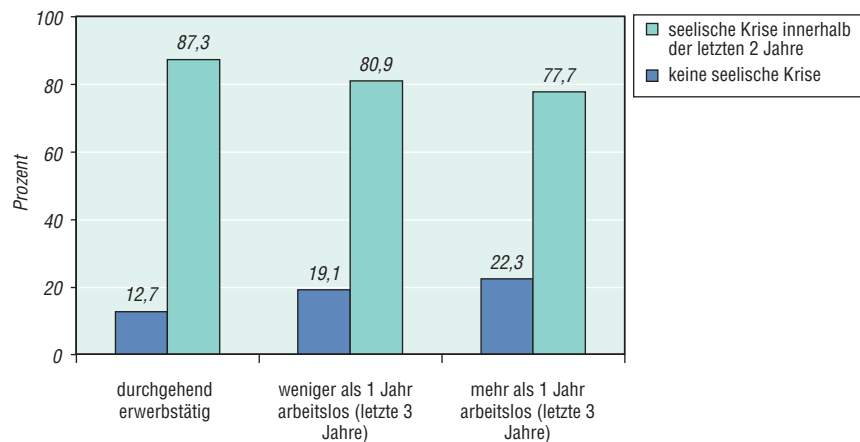
Am ehesten äußern sich die von Arbeitslosigkeit besonders betroffenen Personen zufrieden über ihre **Kontakte zu Freunden und Bekannten**. Mehr als 85 Prozent dieser Gruppe sind mit den sozialen Kontakten außerhalb der eigenen Familie zufrieden. Der Abstand zur Gruppe der Beschäftigten beträgt hier nur etwas über sechs Prozentpunkte. **Sozialkontakte innerhalb der eigenen Familie** werden als weniger befriedigend erlebt. Über ein Viertel der längere Zeit arbeitslosen Personen ist damit unzufrieden, jedoch nur etwa elf Prozent der Erwerbstätigen. Innerfamiliär scheint die Belastung sozialer Beziehungen durch Arbeitslosigkeit also höher zu sein als außerhalb der Familie.

Aufschlussreich sind die Resultate für die mittlere Gruppe jener Personen, die innerhalb der letzten drei Jahre vor der Befragung bis zu einem Jahr in Arbeitslosigkeit zugebracht haben. Tendenziell liegen die Werte dieser Gruppe näher bei jener der über einen längeren Zeitraum arbeitslosen Personen als bei der Gruppe der Erwerbstätigen. Insbesondere liegt die Zufriedenheit

mit dem eigenen Leben nur um rund drei Prozentpunkte über dem niedrigen Wert der Gruppe der längere Zeit Arbeitslosen. Mit ihrer Gesundheit sind über 20 Prozent der Personen in der mittleren Gruppe unzufrieden. Insgesamt scheint sich die Verringerung der Lebenszufriedenheit bereits bei kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit signifikant bemerkbar zu machen. Bei längerer Dauer scheinen sich diese Belastungen noch weiter zu verschärfen und, wie sich an der höheren Morbiditätsrate zeigt, konkrete gesundheitliche Risiken zu erzeugen.

Die spezielle psychologische Situation von Arbeitslosen erhöht die Anfälligkeit für **seelische Krisen**. Mehr als 22 Prozent der Befragten, die innerhalb der letzten drei Jahre mindestens ein Jahr arbeitslos gewesen waren, waren innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren mit einer gravierenden seelischen Krise konfrontiert. Zum Vergleich: Bei Erwerbstätigen traten psychische Probleme nur zu knapp 13 Prozent auf.

³⁶³ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

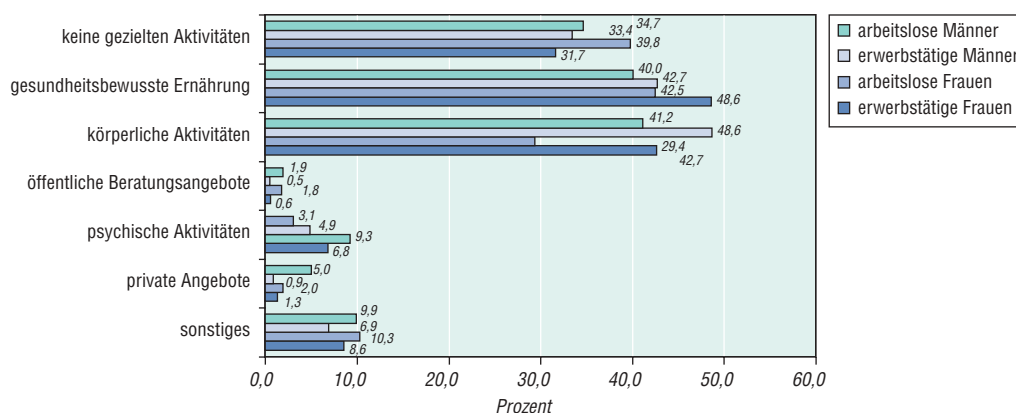
Grafik 10.18: Seelische Krisen und Arbeitslosigkeit in Wien

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Druck der Arbeitslosigkeit kann sich in einem geänderten **Gesundheitsverhalten** äußern. Beispielsweise setzen knapp 40 Prozent der arbeitslosen Frauen keinerlei gesundheitliche Aktivitäten. Bei den erwerbstätigen Frauen entsprach dieser Wert nur knapp 32 Prozent. Bei Männern besteht diesbezüglich kaum ein Unterschied. Körperliche Aktivitäten finden jedoch bei beiden Geschlechtern in deutlich vermindertem Ausmaß statt, wenn Individuen von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Fast 43 Prozent der erwerbstätigen Frauen, jedoch nur etwas über 29 Prozent der arbeitslosen Frauen sind körperlich aktiv. Bei den Männern beträgt der entsprechende Wert fast 49 Prozent (Erwerbstätige) beziehungsweise 40 Prozent (Arbeitslose). Um gesundheitsbewusste Ernährung kümmern sich arbeitslose Frauen (42,5 Prozent) signifikant weniger als erwerbstätige Frauen (48,6 Prozent), während die Unterschiede bei Männern wiederum geringer sind (Arbeitslose: 40 Prozent, Erwerbstätige: 42,7 Prozent).

Öffentliche **Beratungsangebote**, private Angebote, psychisch wirksame und sonstige **Aktivitäten** werden von Arbeitslosen zwar in größerem Ausmaß als von Beschäftigten in Anspruch genommen bzw. gesetzt. Jedoch reflektieren diese höhere Inanspruchnahme von Beratungsleistungen und die erhöhten psychischen Aktivitäten einerseits den größeren psychischen Druck, der auf dieser Gruppe lastet; andererseits zeigen sie auch das Bemühen, die eigene Situation zu bewältigen. Insgesamt fallen sie jedoch kaum für die Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens ins Gewicht. Aufgrund der höheren Enthaltung von jeglichen gesundheitlichen Aktivitäten durch Arbeitslose insbesondere bei Frauen sowie aufgrund der deutlich geringeren Aktivität in den zentralen Bereichen Ernährung und Bewegung dürften Arbeitslose aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens insgesamt größeren gesundheitlichen Risiken als Erwerbstätige ausgesetzt sein.

Grafik 10.19: Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

In ihrem **Rauchverhalten** unterscheiden sich arbeitslose Frauen und Männer erheblich von erwerbstätigen Personen. In fast jeder Gruppe der RaucherInnen übertreffen Arbeitslose deutlich die Anteile der Erwerbstätigen. Arbeitslose Frauen übertreffen erwerbstätige

Frauen besonders in der Gruppe der mittleren und starken Raucherinnen. Das Rauchverhalten kann vermutlich in Zusammenhang mit dem erhöhten psychosozialen Druck auf Arbeitslose gesehen werden.

Tabelle 10.11: Rauchverhalten und Erwerbsstatus, Wien 1999

Erwerbsstatus	Personen ab 15 J. in 1.000	gelegentliche Raucher	Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag			aufgehört zu rauchen	nie geraucht
			≤ 10	11 ≤ 20	> 20		
in %							
Männer							
erwerbstätig	407.0	8,0	28,3	12,5	11,2	13,1	26,9
arbeitslos	37.7	16,8	35,4	8,9	15,2	11,6	12,1
Frauen							
erwerbstätig	332.4	9,2	24,6	12,3	6,4	11,0	36,6
arbeitslos	21.7	7,9	32,7	15,5	10,3	8,4	25,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Der **Alkoholkonsum** von arbeitslosen Personen folgt einem den Rauchgewohnheiten analogen Muster. Arbeitslose haben einen erhöhten Konsum bei Bier, Wein sowie harten alkoholischen Getränken.³⁶⁴

Die statistischen Daten weisen insgesamt darauf hin, dass arbeitslose Personen aufgrund ihres Status einem erhöhten psychosozialen Druck ausgesetzt sind. Weniger aktives Gesundheitsverhalten sowie erhöhter Konsum von Nikotin und Alkohol gehen damit einher.

³⁶⁴ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**XI.
GESUNDHEITSVORSORGE**

PREVENTIVE HEALTH CARE

INHALT

11 GESUNDHEITSVORSORGE	389
11.1 GESUNDHEITSVORSORGE FÜR MUTTER UND KIND	389
11.1.1 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	389
11.1.2 Die Wiener Elternberatungsstellen	391
11.2 DAS WIENER IMPFKONZEPT	393
11.2.1 Impfungen im Vorschul- und Schulalter	394
11.3 GESUNDENVORSORGEUNTERSUCHUNGEN	396
11.3.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen	398

11 GESUNDHEITSVORSORGE

11.1 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

Zusammenfassung

Der Vorsorgegedanke bei **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes.

2003 war in Wien im Vergleich zum Vorjahr ein geringfügiger Rückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen um -0,2 Prozent festzustellen. Österreichweit war hingegen ein leichter Anstieg um +1,4 Prozent zu verzeichnen.

In den 40 Wiener Elternberatungsstellen und 9 Eltern-Kind-Zentren werden Information und Beratung angeboten. Die drei Perinatalzentren bieten die höchste Versorgungsstufe für Neugeborene und Frühgeborene aller Gewichtsklassen sowie die Betreuung von Risikoschwangerschaften an.

Summary: Preventive Health Care for Mothers and Their Children

The medical checkups within the framework of the "mother-child booklet" programme are aimed primarily at early detection of health risks for the mother to be and development disorders and illnesses of the child.

In 2003, there was a slight reduction of 0.2 percent in these examinations in Vienna, while in Austria overall the figure increased by 1.4 percent.

40 parental counselling centres and 9 parent-child-centres in Vienna offer information and counselling. Three perinatal centres provide the best possible care for newborns and premature infants of all weights, as well as high-quality care for high risk pregnancies.

11.1.1 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Der „Mutter-Kind-Pass“ wurde Anfang der 70er Jahre eingeführt und trug, zusammen mit einer allgemeinen Wohlstandsverbesserung, zu einem kontinuierlichen Rückgang der damals relativ hohen Säuglingssterblichkeit bei. Auch die Müttersterblichkeit ging deutlich zurück.

Bis Ende 1996 erhielten Eltern für die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlungen in der Höhe von 15.000 Schilling (1.090 Euro). Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller vorgesehenen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum vierten Geburtstag des Kindes. Seit 1. Jänner 1997 gibt es einen einmaligen Bonus von 2.000 Schilling (145 Euro) bei zeitgerechter Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes.

Das Programm beinhaltet fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zweier Laboruntersuchungen und einer internistischen Untersuchung der Frau, ebenso fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr, einschließlich einer orthopädischen, einer Hals-Nasen-Ohren- und einer Augenuntersuchung.

Der Vorsorgegedanke bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. Bei einer Gefährdung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems wäre mit negativen Auswirkungen sowohl im rein medizinischen (z. B. Zunahme von Fehlbildungen) als auch im sozialmedizinischen und sozialpolitischen Bereich (Zunahme von Spätfolgekosten) zu rechnen.

Mit der im Rahmen des Sparpakets erfolgten Senkung der staatlichen „Geburtenbeihilfe“ bzw. dem Wegfall des finanziellen Anreizes bei Erfüllung der vorgeschla-

genen (kostenlosen) Vorsorgeuntersuchungen vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr sind auch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen anfänglich merklich zurückgegangen. Seither kam es jedoch, generell gesehen, wieder zu einem Anstieg.

2003 war jedoch in Wien im Vergleich zum Vorjahr ein geringfügiger Rückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (unter Berücksichtigung der Lebendgeburten) um -0,2 Prozent festzustellen. Österreichweit war

hingegen ein leichter Anstieg um +1,4 Prozent zu verzeichnen.

Insgesamt wurden 2003 in Wien 207.538 so genannte Sonderleistungspositionen in Anspruch genommen, das waren um +0,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Unter Berücksichtigung des im selben Jahr zu verzeichnenden Geburtenanstiegs von 0,4 Prozent ist jedoch von einem tatsächlichen Rückgang der Untersuchungen um 0,2 Prozent zu sprechen.

Tabelle 11.1: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen* 2003 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

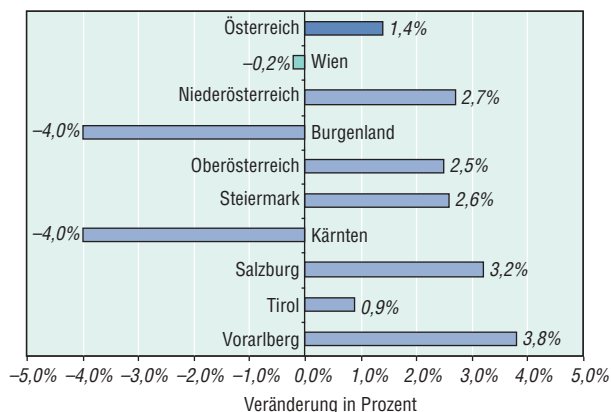
Bundesland	prozentuelle Veränderungen gegenüber dem Vorjahr (2003/2002)		
	Rückgang/Zunahme der Untersuchungen	Rückgang/Zunahme der Geburten	Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen unter Berücksichtigung des Geburtenrückganges** (Rohwerte)
Wien	+0,2	+0,4	-0,2
Niederösterreich	-0,2	-2,9	+2,7
Burgenland	-3,7	+0,3	-4,0
Oberösterreich	0,0	-2,6	+2,5
Steiermark	+1,6	-0,9	+2,6
Kärnten	-4,5	-0,5	-4,0
Salzburg	-1,7	-4,8	+3,2
Tirol	-1,0	-1,8	+0,9
Vorarlberg	-2,0	-5,9	+3,8
Österreich	-0,4	-1,9	+1,4

* Sonderleistungspositionen, endgültige Werte.

** Ohne Berücksichtigung jener Schwangerschaften, welche noch in das Jahr 2002 fielen.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen.

Grafik 11.1: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 2003 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern und Österreich gesamt)



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen.

11.1.2 Die Wiener Elternberatungsstellen

StPhys Dr. Ingrid PILZ, MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/2 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

In den derzeit 40 Wiener Elternberatungsstellen der Stadt Wien, die gemeinsam von der MA 15 – Gesundheitswesen und der MAG 11 – Amt für Jugend und Familie geführt werden, werden vorsorgemedizinische Untersuchungen und Beratungen durch ÄrztInnen (KinderfachärztInnen und praktische ÄrztInnen), SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen durchgeführt. Dieses für die Wiener Bevölkerung kostenlose Angebot richtet sich an Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum 6. Lebensjahr.

Im Jahr 2000 wurden durch die im Rahmen der Umstrukturierung der MAG 11 erwachsene starke Zentralisierung und Erweiterung des Beratungsangebotes in Eltern-Kind-Zentren einige Elternberatungsstellen gesperrt.

Das Angebot der Elternberatungsstellen gilt der gesundheitlichen, psychosozialen und psychohygienischen Prophylaxe. Neben den ärztlichen Untersuchungen werden auf Wunsch Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vorgenommen, kostenlose Impfungen verabreicht und Vitamin D- und Vitamin K-Prophylaxe durchgeführt. Einen zunehmenden Stellenwert nimmt die Beratung zu speziellen Themen wie Ernährung, Pflege, Elternschaft oder Erziehung ein, da im niedergelassenen Bereich dafür zu wenig Zeit zur Verfügung steht. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Stillberatung, da das Stillen die beste und kostengünstigste Prävention für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung des Kindes sowie Schutz vor Infektionen darstellt. Weiters erfolgt die Kontrolle der Entwicklung der Kinder in psychomotorischer und sozialer Hinsicht. Wesentliches Augenmerk wird auf die Beobachtung der Interaktion und das Erkennen von Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind gelegt. Bei Auffälligkeiten erfolgen Überweisungen an niedergelassene FachärztInnen, Spezialambulanzen oder Krankenhaus.

Die Eltern-Kind-Zentren richten ihr Informations- und Beratungsangebot an die Zielgruppe „werdende Eltern, Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“. Zusätzlich zu den Beratungen durch SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen stehen auch Psychologinnen

und Familienhebammen zur Verfügung. Ebenfalls angeboten werden Elternschulen, Stillgruppen, Elterncafés, Krabbeltreffs, etc. Diese Gruppen finden in entspannter Atmosphäre statt, wo sich Eltern untereinander austauschen können und bei allfälligen Problemen von fachkompetentem Personal betreut werden. Dadurch wird vor allem jungen Müttern die Möglichkeit geboten, sich aus der in unserer Gesellschaft so häufig vorkommenden Isolation zu lösen. Darüber hinaus wird die Sensibilität für Gesundheitsthemen und die Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge gefördert.

Hör- und Sehtests

Hören und Sehen sind entscheidende Funktionen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Menschen. Schlecht hörende Kinder lernen verzögert zu sprechen und finden dadurch oft kaum Kontakt zur Umwelt. Sprachstörungen und Lernschwierigkeiten sind die Folge. Ebenso ist die Früherkennung und Frühbehandlung von Sehfehlern außerordentlich wichtig. Jedes siebente bis achte Kind im Vorschulalter braucht eine augenärztliche Behandlung. Sehschwache Kinder sind in der Schule benachteiligt, eine Behandlung kommt dann oft schon zu spät.

Zur frühzeitigen Identifikation von Seh- und Hörstörungen wird in allen Wiener Kindertagesheimen ein entsprechendes Screening durchgeführt. Im Berichtsjahr 2002 zeigten 11 Prozent der hörgetesteten 15.492 fünfjährigen Kinder Auffälligkeiten. Sehtestungen werden ab dem vollendeten 3. Lebensjahr durchgeführt. Hier zeigten ebenfalls fast 11 Prozent der 12.234 untersuchten Kinder Auffälligkeiten wie Schwachsichtigkeit, Schielen oder Störungen des räumlichen Sehens.

Entwicklungsdiagnostik

Die MA 15 führt in Wien zwei entwicklungsdiagnostische Stellen (Wien 10, Gellertgasse 42–48 und Wien 18, Währinger Gürtel 141). Beide bieten die Möglichkeit der Überprüfung der kindlichen Entwicklung und sowie der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und Störungen bei Kindern von 0 bis 6 Jahren (Schuleintritt) an.

Eltern von Säuglingen nach Risikoschwangerschaften bzw. Risikogeburten werden im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes zur Überprüfung des Entwicklungsstandes (Psychomotorische Entwicklung) mit dem 4., 7. und 15. Lebensmonat eingeladen.

Neben der neuromotorischen Entwicklung wird besonderes Augenmerk auf Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen sowie auf interaktionelle und psychosoziale Entwicklungsverzögerungen gelegt.

Soweit aus eigenen Ressourcen möglich, wird neben der Diagnostik auch Förderung und Therapie der Kinder sowie Elterngespräche und Beratungen (Erziehung, Einschulungsfragen) angeboten.

Die Frühförderung von Risikokindern oder beeinträchtigten Kindern muss so rasch wie möglich einsetzen, um die weitere Entwicklung positiv zu beeinflussen und einen optimalen Schulstart zu gewährleisten.

Die in den Entwicklungsdiagnostiken tätigen Teams setzen sich zusammen aus Kinderarzt/ärztin (Neuropädiatrie), Psychologinnen, Sonder- und Heilpädagogin, Physio- und Ergotherapeutin sowie Logopädin.

Im Jahr 2002 wurden im Kinderrisikoprgramm 15.071 Kinder gesehen. Viele davon wurden von FachärztInnen, Krankenhäusern, Elternberatungsstellen, Kindergärten und Jugendämtern zugewiesen.

Familienhebammen

Europaweit einzigartig betreuen seit 1986 10 Familienhebammen der Stadt Wien unbürokratisch werdende und „eben gewordene“ Mütter. Ihre Hauptaufgaben sind Geburts- und Stillvorbereitung, Abbau von Geburtsängsten, Schwangerengymnastik mit Atem- und Entspannungsübungen und Betreuung von Risikoschwangeren. Die Familienhebammen sind in einigen

Schwangerenambulanzen der Wiener Spitäler als Ansprechpartner für Risikoschwangere vor Ort. In 8 Eltern-Kind-Zentren und an 4 Hebammenstützpunkten der Magistratsabteilung 15 sind sie ebenfalls tätig. Angeboten werden Geburtsvorbereitungskurse für Frauen, Einzelberatung und Betreuung Risikoschwangerer. Bei Bettruhe der Schwangeren (z. B. bei vorzeitigen Wehen) oder anderen gesundheitlichen Problemen ist ein Hausbesuch möglich.

Eine optimale Schwangerenvorsorge ist ein wesentlicher Beitrag zur Senkung der Frühgeburtenrate und Säuglingssterblichkeit sowie zur Prävention von Morbidität. Neben der ärztlichen ist auch die psychosoziale Betreuung bedeutend. Hier setzt die Arbeit der Familienhebammen mit ihren Schwerpunkten an. Durch niederschwellige Betreuung können Probleme und Unsicherheiten frühzeitig angesprochen, Lösungen erarbeitet und Ratschläge erteilt werden, noch bevor sich die Ängste manifestieren. Die Frauen werden in ihrer Kompetenz bestärkt. Auf diese Weise können einige psychische Faktoren, Ängste und Stress reduziert werden, die zum Zustandekommen einer Früh- oder Risikogeburt beitragen.

Nach der Geburt werden Babytreffs mit Informationsaustausch, Stillbetreuung und z. T. Rückbildungsgymnastik angeboten. Die Babytreffs werden von den Frauen sehr gerne angenommen. Neben der fachlichen Beratung haben diese Runden psychosozial präventiven Charakter (z. B. Früherkennung einer postpartalen Depression).

Als Verbesserung für türkische Frauen gibt es seit 1998 auch eine muttersprachlich türkische Familienhebamme. Ein Hebammenstützpunkt wird seit 2001 auch als Stillzentrum geführt, das von einer internationalen Stillberaterin betreut wird.

Alle Kurse, Beratungen und Hausbesuche sind für die Bevölkerung kostenlos.

11.2 Das Wiener Impfkonzept

StPhys Dr. Christine BRUNS, MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Zusammenfassung

Das 1998 etablierte **Wiener Impfkonzept** wurde auch im Jahr 2002 weitergeführt. Kinder bis zum 15. Lebensjahr können alle im Impfplan 2002 für Kinder enthaltenen allgemein empfohlenen Impfungen mit ausgewählten Impfstoffen gratis erhalten.

Summary: The Vienna Vaccination Concept

The Vienna Vaccination Concept, established in 1998, was continued in 2002. Children aged 15 or younger are entitled to all generally recommended vaccinations with selected vaccines listed in the Vaccination Plan 2002 for Children free of charge.

Das Wiener Impfkonzept, das auf einer Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern beruht, sieht vor, dass nicht nur an öffentlichen Impfstellen der Stadt Wien (Bezirksgesundheitsämter, Elternberatungsstellen) alle allgemein empfohlenen Impfungen gratis angeboten werden. Um möglichst allen Wiener Kindern den Zugang zur Gratisimpfung zu erleichtern, sind im Rahmen des Wiener Impfkonzeptes auch die Gesundheitszentren für Kinder der Wiener Gebietskrankenkasse und für die Impfungen im Vorschulalter auch die niedergelassenen FachärztInnen für Kinderheilkunde und die ÄrztInnen für Allgemeinmedizin einbezogen. Die Teilnahme der niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Impfstoffverteilung an die niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt über den Großhandel und die öffentlichen Wiener Apotheken. Die Kosten für die Impfstoffdistribution und das ärztliche Honorar werden von der Magistratsabteilung 15 getragen. Die Dokumentation erfolgt über Impfgutscheine, die von der Magistratsabteilung 15 statistisch verarbeitet werden.

Da die Teilnahme der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf freiwilliger Basis beruht und nur ausgewählte Impfstoffe zur Verfügung stehen, werden auch jetzt nicht alle bei niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführten Impfungen erfasst. Der Anteil der nicht erfassten Impfungen dürfte sich jedoch mit wenigen Ausnahmen in einem vernachlässigbaren Bereich bewegen. Ausnahmen sind die Hepatitis B-Impfung, die häufig in Kombination mit Hepatitis A ab dem 2. Lebensjahr durchgeführt wird, sowie im Verletzungsfall durchgeführte Tetanus- bzw. Diphtherie-Tetanus-Impfungen.

Der Impfplan 2002 sieht folgende allgemein empfohlene Impfungen bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr vor (Impfempfehlungen des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrates für 2002; *siehe Tabelle 11.2*).

Bemerkt wird, dass dieser Impfplan jährlich überarbeitet und veröffentlicht wird.

Tabelle 11.2: Empfohlene Impfungen bei Kindern (laut Impfplan 2002)

empfohlene Impfungen	1. Lebensjahr			2. Lebensjahr			Schulalter		
	3. Mo	4. Mo	5. Mo	im 2. LJ	ab 14. Mo	15.–18. Mo	7. LJ	13. LJ	14.–15. LJ
Hepatitis B	1.HBV*	2. HBV	3. HBV	4. HBV				HBV	
Diphtherie, Tetanus, Pertussis	1.DTaP	2. DtaP	3. DtaP	4. DTaP			dT		DT
Haemophilus influenzae b	1. HIB	2. HIB	3. HIB	4. HIB					
Poliomyelitis ²	1. IPV	2. IPV	3. IPV	4. IPV			IPV ¹⁾		IPV
Masern, Mumps, Röteln					1. MMR		2. MMR	Röteln (MMR) ^{***}	

* Wenn die Mutter infiziert ist, erfolgt die Impfung des Kindes unmittelbar nach der Geburt, die zweite Teilimpfung einen Monat später, weitere Impfungen wie im normalen Impfplan.

** Die Kinderlähmungsimpfung wird seit Ende der Impfkaktion 2000/2001 (Mitte April 2001) nur mehr als Stichimpfung durchgeführt.

*** Rötelnimpfung für Mädchen in Form der 1. und/oder 2. MMR. Für Kinder, die einmal Masern-Mumps und einmal MMR erhalten haben, genügt das Nachholen der 2. Rötelnimpfung.

11.2.1 Impfungen im Vorschul- und Schulalter

Zwischen 1998 und 2002 hat sich das Angebot an Impfstoffen für die allgemein empfohlenen Impfungen laufend verändert. Durch die Einführung eines neuen Kombinationsimpfstoffes für Säuglinge können diese gegen sechs Krankheiten (Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Haemophilus influenzae b, Kinderlähmung, Hepatitis B) zugleich geschützt werden. Somit werden

Kinder im Vorschulalter mit nur mehr fünf Stichen gegen alle Krankheiten, gegen die geimpft werden soll, geschützt.

Vorschulalter

Die Durchimpfung der Kinder im Vorschulalter ist im Vergleich zum Vorjahr bei fast allen Impfungen leicht (1,5 – 3%) angestiegen.

Tabelle 11.3: Im Vorschulalter durchgeführte Impfungen, Wien 2002

Impfungen 2002	DPTHib	Hep. B	MMR	DPTHib + Polio	DPT + Polio	Hep. B + Häm	DPTHib PolioHep. B	dT-Polio
niedergelassene ÄrztInnen	75	3.423	14.964	1.568	1.841	1.582	52.421	0
Gesundheitszentren-WGKK	2	264	415	17	53	45	1.327	0
öffentliche Impfungen	3	1.914	1.535	114	107	57	2.742	4.524
insgesamt	80	5.601	16.914	1.699	2.001	1.684	56.490	4.524

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

Schulalter

Die Berechnung der Beteiligung im Schulalter (Schuljahr 2001/2002) bezieht sich auf die SchülerInnenzahl und nicht auf Geburtsjahrgänge. Es wird von einer durchschnittlichen SchülerInnenanzahl von ca. 15.000 ausgegangen. Mit Ausnahme der Kinderlähmungsimpfung konnten hier fast überall Steigerungen festgestellt werden.

Schulimpfungen, die bereits vor Schuleintritt vorgezogen oder bei Versäumen bei niedergelassenen ÄrztInnen nachgeholt wurden, sind nicht erfasst. Dieser Anteil wird bei der Masern-Mumps-Röteln Impfung auf 3 bis 5 Prozent geschätzt.

Masern – Mumps – Röteln

1. Schulstufe (ca. 15.000 SchülerInnen): über 77 Prozent (Schuljahr 2000/2001: über 84 Prozent), davon 83 Prozent die 2. MMR- und 17 Prozent die 1. MMR-Impfung.

7. Schulstufe (ca. 7.500 Mädchen): über 77 Prozent (Schuljahr 2000/2001: 74 Prozent).

Diphtherie-Tetanus-und Kinderlähmungs-Impfung

Seit dem Schuljahr 2001/2002 stehen dafür ein kombinierter Diphtherie-Tetanus-Polio-, ein kombinierter Diphtherie-Tetanus-Impfstoff und Polio-Impfstoff Salk (Stichimpfung) zur Verfügung. Polio-Impfstoff Salk wird vorwiegend zum Schließen von Impflücken verwendet (z. B. Quereinsteiger – Zuwandererkinder).

2. Schulstufe: Hier wurde vorwiegend kombinierter Diphtherie-Tetanus-Impfstoff eingesetzt, da die meisten Kinder im Schuljahr 2000/2001 noch eine Kinderlähmungsimpfung als Schluckimpfung erhalten haben.

Beteiligung bei Diphtherie-Tetanus (kombinierter Diphtherie-Tetanus und kombinierter Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmungs-Impfstoff) knapp 75 Prozent (Schuljahr 2000/2001: 77 Prozent)

Kinderlähmung allein: ca. 1,5 Prozent der Schüler erhielten eine Erstimpfung.

Bei der Kinderlähmungs-Impfung ergibt sich unter Berücksichtigung der Beteiligung an der Schluckimpfung im vorigen Schuljahr, dass etwa 92 Prozent der Kinder

einen vollkommenen Schutz gegen Kinderlähmung aufweisen.

8. Schulstufe: Hier wurde vorwiegend der kombinierte Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmungs-Impfstoff verwendet. Knapp 64 Prozent wurden mit diesem Impfstoff geimpft. Außerdem wurden bei etwa 12 Prozent die Impfung gegen Diphtherie-Tetanus und bei ca. 7 Prozent die Impfung gegen Kinderlähmung abgeschlossen oder aufgefrischt. Somit haben ca. 76 Prozent der Kinder einen Schutz gegen Diphtherie-Tetanus und ca. 71 Prozent gegen Kinderlähmung (Schuljahr 2000/2001: 69 Prozent).

In beiden Schulstufen werden Kinder mit abgeschlossener Grundimmunisierung nur dann geimpft, wenn die letzte Tetanus- bzw. Diphtherie-Tetanus-Impfung mindestens 5 Jahre zurückliegt. Nicht geimpft werden in der 2. Schulstufe vor allem Kinder, bei denen die Grundimmunisierung verspätet abgeschlossen wurde, in der 8. Schulstufe wegen vorgezogener Impfungen nach Verletzungen.

Hepatitis B-Impfung

6. Schulstufe (ca. 15.500 SchülerInnen): Von den knapp 68 Prozent (Schuljahr 2000/2001: knapp 63 Prozent), die eine Erstimpfung erhalten haben, wurde die Grundimmunisierung abgeschlossen oder eine Auffrischungsimpfung durchgeführt. Kinder, die bereits vorher Impfungen gegen Hepatitis B bzw. Hepatitis A und B in Kombination erhalten haben, sind nicht erfasst.

Das Wiener Impfkonzept wird auch 2003 weitergeführt.

11.3 Gesundenvorsorgeuntersuchungen

Zusammenfassung

In Wien ließen im Jahr 2003 mehr als 137.000 Personen eine Gesundenvorsorgeuntersuchung durchführen, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurde. Dies bedeutet einen Anstieg um mehr als 8 Prozent gegenüber 2002, womit sich der Trend der Vorjahre fortsetzt. Knapp über die Hälfte der vorsorgeuntersuchten Personen waren Frauen.

Die **Ergebnisse** der vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 im Jahr 2002 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen zeigen, dass nach wie vor lebensstilbedingte Störungen, wie erhöhte Blutfettwerte (und damit erhöhte Risikofaktoren für Arteriosklerose) sowie Übergewicht, Leberzellschäden und pathologische Lungenfunktion die häufigsten Diagnosen darstellen.

Bei den erhöhten Harnsäurewerten (Risiko für Gicht) sowie in Bezug auf die Gewichtssituation hat sich 2002 erstmals eine Verbesserung gegenüber den Vorjahren gezeigt. Umgekehrt hat sich der Anteil an Personen mit Bluthochdruck gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Alarmierend ist auch die Zunahme von Hörstörungen.

Etwa ein Viertel der untersuchten Wienerinnen und Wiener weisen einen Body Mass Index (BMI) über 27 auf. Männer sind dabei in allen Altersgruppen und Bildungsschichten stärker von Gewichtsproblemen betroffen als Frauen.

Summary: Preventive Screening Programme

In 2003, more than 137,000 persons in Vienna took part in a preventive medical check-up which was funded by one of the public health insurance institutions. This is an increase by more than 8 percent compared to 2002, continuing the upward trend of the previous years. Just above half of these persons were women.

*The **results** of the preventive screenings conducted at the health offices of the Municipal Department 15 - Public Health and Social Welfare in 2002 show that lifestyle-dependent disorders, such as elevated blood lipids (leading to a higher risk of arteriosclerosis), overweight, hepatocyte damage, and pathological pulmonary function, are still the most frequent diagnoses.*

With regard to elevated uric acid values (risk of gout) and overweight, the situation in 2002 was finally an improvement compared to the previous years. The proportion of persons with hypertension, however, has doubled compared to the previous year. The increase in hearing problems is also alarming.

More than one in four (26 percent) Viennese men and women have a Body Mass Index (BMI) above 27. Men have more weight problems than women, and this holds true across all age groups and levels of education.

Gesundenvorsorgeuntersuchungen stehen seit 1974 allen in Österreich krankenversicherten Personen kostenlos zur Verfügung. Jede Person ab 19 Jahren kann sich einmal pro Jahr einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Für Frauen ist außerdem eine gynäkologische Untersuchung vorgesehen. Vorsorgeuntersuchungen sind Screening-Programme, deren Aufgabe es ist, bestimmte Risiko- oder Verdachtsfälle möglichst früh zu erfassen. In einigen Bundesländern wird aktiv

zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen (z. B. in Wien ab dem 40. Lebensjahr), die Nachfrage schwankt jedoch regional, da sie von der ÄrztlInnendichte und von den Aktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention abhängen.³⁶⁵

Österreichweit wurden im Jahr 2003 im Rahmen der sozialen Krankenversicherung rund 899.000 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, wobei Frauen dieses

³⁶⁵ European Observatory on Health Care Systems: Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich (2001).

Angebot häufiger in Anspruch nehmen als Männer (im Durchschnitt rund 60 Prozent zu 40 Prozent). Die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchungen in Österreich steigt kontinuierlich an, gegenüber 2002 ergibt sich eine Erhöhung um fast 5 Prozent.

In **Wien** wurden im Jahr 2003 insgesamt 137.015 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurden. Dies bedeutet einen Anstieg um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Nur etwas über die Hälfte (51 Prozent) der in Wien durchgeführten Vorsorgeuntersuchung entfielen auf Frauen, 49 Prozent auf Männer. In dieser Zahl in-

kludiert sind auch die vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 angebotenen Vorsorgeuntersuchungen, welche 2003 von 13.694 (2002: 12.285) Personen in Anspruch genommen wurden. Bei diesen häufig direkt in Betrieben durchgeführten Untersuchungen überwog 2002 und 2003 die Zahl der Männer mit jeweils etwas über der Hälfte die Zahl der Frauen.

Das **gynäkologische Vorsorgeprogramm** wurde im Jahr 2003 in Wien von 3.701 Frauen in Anspruch genommen (Zunahme gegenüber 2002 um fast 6 Prozent).

Tabelle 11.4: Vorsorgeuntersuchungen, Österreich und Wien, 2002 und 2003

Vorsorgeuntersuchungen	Wien		Österreich	
	2002	2003	2002	2003
Untersuchungen insgesamt	126.544	137.015	856.810	898.663
Frauen	69.635	75.540	505.959	521.761
Männer	56.909	61.475	350.851	376.902
davon:				
Basisuntersuchungen	123.038	133.314	748.332	786.315
Frauen	66.129	71.839	397.481	409.413
Männer	56.909	61.475	350.851	376.902
gynäkologische Untersuchungen	3.506	3.701	108.478	112.348

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

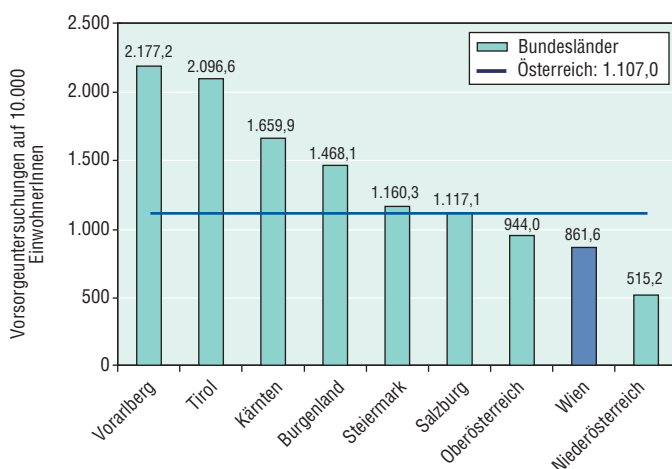
Insgesamt nahmen im Jahr 2003 1.107 von 10.000 ÖsterreicherInnen das Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch. Dies entspricht einer Zunahme um 4,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Im Bundesländervergleich liegt Wien mit 862 Vorsorgeuntersuchungen auf 10.000 EinwohnerInnen auch 2003 wieder unter dem österreichischen Durchschnitt und wird nur noch von Niederösterreich mit 515 Untersuchungen pro 10.000 EinwohnerInnen unterboten.

Dennoch weist Wien eine tatsächliche Zunahme der Untersuchungen um 7,2 Prozent auf.

Die meisten Vorsorgeuntersuchungen werden nach wie vor in Vorarlberg (2.177 Untersuchungen) und Tirol (2.097 Untersuchungen), gefolgt von Kärnten (1.660 Untersuchungen) in Anspruch genommen. Auch das Burgenland weist mit 1.468 Untersuchungen pro 10.000 EinwohnerInnen hohe Untersuchungsraten auf.

Grafik 11.2: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Bundesländervergleich, 2003

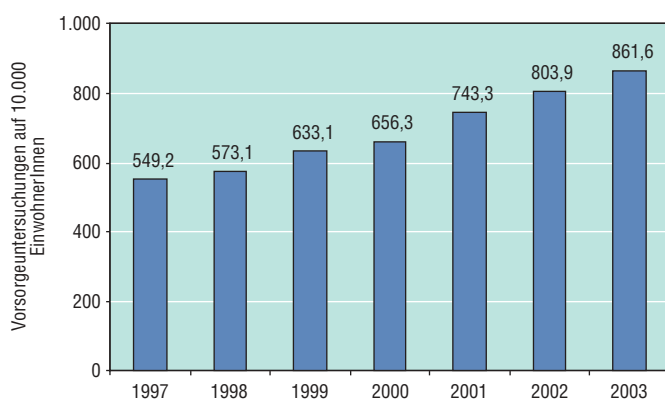


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Im Zeitvergleich ist jedoch eine kontinuierliche Zunahme der Vorsorgeuntersuchungen in Wien zu verzeichnen. Seit 1997 sind die Untersuchungen um mehr als

die Hälfte (57 Prozent) gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr betrug die Zunahme 7,2 Prozent.

Grafik 11.3: Vorsorgeuntersuchungen Wien, Entwicklung 1997–2003



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Statistik Austria; eigene Berechnungen.

11.3.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen

Die Ergebnisse der vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 im Jahr 2002 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen zeigen erstmals in der Analyse ein neues Bild.

Erhöhte **Blutfettwerte** (Gesamtcholesterin, Triglyzeride) sowie Veränderungen mit negativen Auswirkungen in der Lipidfraktion des Gesamtcholesterins (HDL, LDL) stehen noch immer an erster Stelle der Diagnostik der Vorsorgeuntersuchungen. Da erhöhte Blutfettwerte einen der bedeutendsten Risikofaktoren der Arteriosklerose darstellen, kann mit einer deutlichen Abnah-

me der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für die nächsten Jahre nicht gerechnet werden.

In Bezug auf die **Gewichtssituation** zeigt sich eine massive Besserung gegenüber dem Vorjahr. Weniger als ein Drittel aller untersuchten Personen leiden an Übergewicht. Die Männer sind allerdings noch immer stärker betroffen als Frauen. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob sich dieser positive Trend fortsetzt.

Bei der Berechnung des **Body Mass Index** (BMI) relativiert sich dieser Wert – wie im Vorjahr – auf ein Viertel der Wiener Bevölkerung. Dieser Wert korreliert relativ gut mit den 35 Prozent an Personen mit pathologischem atherogenen Index (AI). Weiters ist ein Drittel der Wiener Bevölkerung mit einem hohen Risiko für Gefäßerkrankungen mit Folgeerscheinungen behaftet. Bei diesen Folgeerscheinungen stehen Myokardinfarkt, Schlaganfall und periphere Gefäßschäden im Vordergrund.

Der prozentuelle Anteil an Personen mit **Bluthochdruck** hat sich gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Erstmals ist ein steigender Trend gegenüber den früheren Jahren zu beobachten, wobei der prozentuelle Anteil bei Männern doppelt so hoch ist als bei Frauen.

Ein weiteres konstantes gesundheitliches Problem der Wienerinnen und Wiener liegt auf dem Gebiet der **Leberzellschäden**, von welchen Männer nach wie vor stärker betroffen sind als Frauen. Bei 18 Prozent der untersuchten Männer und 10 Prozent der Frauen besteht der Verdacht auf Leberzellschäden. Diese Erkrankung ist zu rund 90 Prozent mit einem erhöhten Alkoholkonsum in Zusammenhang zu bringen.

Auch die erhöhten **Harnsäurewerte** (Hyperurikämie) – als Ausdruck für das erhöhte Risiko an Gicht zu er-

kranken – sind als Hinweis für hohen Wein- und Fleischkonsum anzusehen. Hier hat sich erstmals eine drastische Verbesserung gegenüber den früheren Jahren eingestellt. Bei Männern sind 4 Prozent aller Untersuchten betroffen und bei den Frauen sind 2 Prozent mit diesem Problem konfrontiert. Besonders bei den Männern hat sich gegenüber dem Vorjahr eine starke Verbesserung eingestellt.

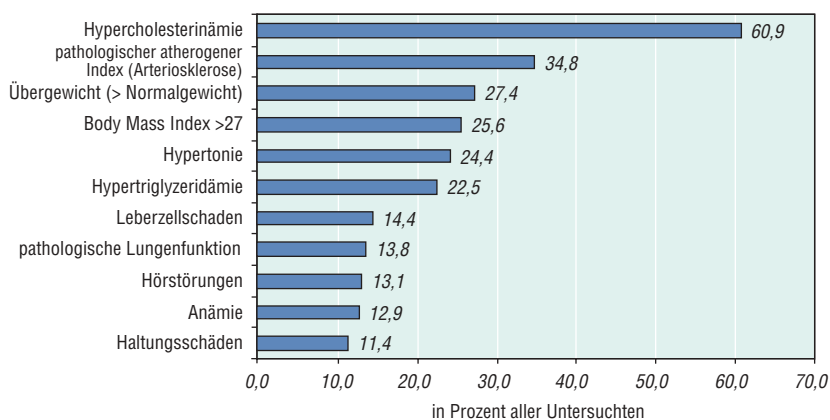
Lungenfunktionsstörungen zeigen wieder einen gleichbleibenden Trend, wobei Männer und Frauen in fast gleich hohem Ausmaß davon betroffen sind. Die Bedeutung von Lungenfunktionstests als Vorsorge-Screening-Verfahren wird damit eindeutig dokumentiert.

Der Verdacht auf **Anämie** (Blutarmut) ist gegenüber dem Vorjahr abgefallen; diese wurde bei einem Sechstel der Untersuchten diagnostiziert. Das Verhältnis von Frauen zu Männern hat sich gegenüber 2000 nicht verändert (2:1). Dieser hohe Prozentsatz rechtfertigt die Bestimmung des kompletten Blutbildes als Vorsorge-Screening-Verfahren.

Bei den **Hörstörungen** setzt sich der beobachtete ansteigende Trend des Vorjahres fort. Der Anstieg betrifft sowohl Frauen als auch Männer. Die kontinuierliche Zunahme des Lärmpegels durch Verkehr, Diskotheken und Walkman sind hier vermutlich als Hauptursache anzusehen.

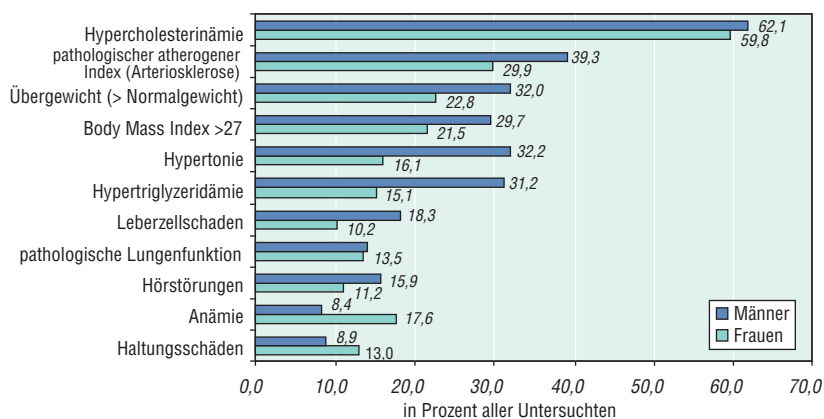
Seit 1997 wird bei deutlich mehr Frauen als Männern die Verdachtsdiagnose **Struma** (krankhafte Vergrößerung der Schilddrüse) gestellt. Der absteigende Trend der letzten Jahre bei Frauen hat sich nicht fortgesetzt, während die Werte der männlichen Bevölkerung relativ konstant bleiben.

Grafik 11.4: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen 2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1 Gesundheitsvorsorge.

Grafik 11.5: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen nach Geschlecht, 2002

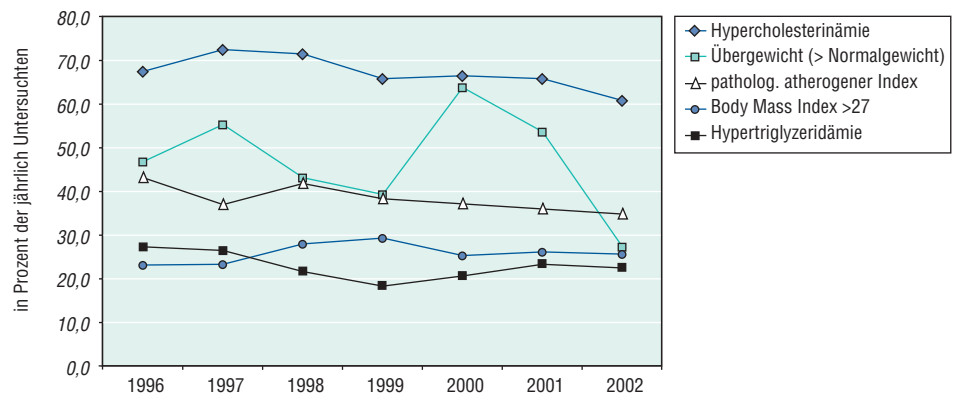


Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1 Gesundheitsvorsorge.

Die Beobachtung des Verlaufes der Hauptdiagnosen seit 1996 zeigt den Anstieg und nach wie vor hohen Anteil von übergewichtigen Personen besonders deutlich. Trotz des leichten Rückganges der stark übergewichtigen Personen (BMI >27) bleibt Übergewicht ei-

nes der Hauptprobleme der Wiener Bevölkerung. Auch der hohe Anteil der Personen mit erhöhten Blutfettwerten und vor allem die Zunahme bei den erhöhten Triglyzeridwerten wird in der folgenden Grafik ersichtlich.

Grafik 11.6: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 (Hauptdiagnosen), 1996–2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1 Gesundheitsvorsorge.

Tabelle 11.5: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15, 2002¹

Untersuchungsergebnis	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in % ²	absolut	in % ²	absolut	in % ²
Übergewicht (> Normalgewicht ³)	1357	22,8	2023	32,0	3380	27,4
Body Mass Index (BMI) >27	1281	21,5	1879	29,7	3160	25,6
Verdacht auf Hypercholesterinämie ⁴ (Cholesterin >200)	3566	59,8	3926	62,1	7492	60,9
Verdacht auf Hypertriglyceridämie ⁴ (Triglyceride >150)	901	15,1	1862	31,2	2763	22,5
pathologischer atherogener Index (AI) ⁵ (Männer >4,5; Frauen >3,5)	1783	29,9	2487	39,3	4270	34,8
Verdacht auf Diabetes	146	2,5	273	4,3	419	3,4
Verdacht auf Leberzellschaden (GGT Männer >28; Frauen >18)	610	10,2	1159	18,3	1769	14,4
Verdacht auf Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurekonzentration im Blut; HS >7)	137	2,3	273	4,3	410	3,3
Verdacht auf Hypertonie (WHO-Grenzen)	962	16,1	2036	32,2	2998	24,4
Verdacht auf Haltungsschäden	775	13,0	563	8,9	1338	11,4
Verdacht auf Hörstörungen	670	11,2	1010	15,9	1680	13,1
Verdacht auf Struma	531	8,9	249	3,9	780	6,4
Verdacht auf Nierenfunktionsstörung (Kreatinin >1,2)	31	0,5	490	7,8	521	4,2
Verdacht auf Harnwegsinfekt	136	2,3	71	1,1	207	1,7
Verdacht auf Anämie	1048	17,6	532	8,4	1580	12,9
pathologische Lungenfunktion	807	13,5	889	14,1	1696	13,8
pathologischer EKG-Befund	7	0,1	0	–	7	0,1
Mastopathie	382	6,4	0	–	382	3,2
pathologische Zellabstriche	9	0,1	0	–	9	0,1
Untersuchungsempfehlungen	3302	55,4	3088	48,8	6390	52,0

1 Gesamtzahl der Untersuchten im Jahr 2002: 12.285 (5.960 Frauen, 6.325 Männer).

2 In Prozent der Untersuchten.

3 Normalgewicht = Körpergröße minus 100.

4 Blutabnahmen: 12.285 (5.960 Frauen, 6.325 Männer).

5 Atherogener Index: Verhältnis Cholesterin zu HDL.

Im Beobachtungsjahr 2002 wurden keine Praecancerosen festgestellt.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1 Gesundheitsvorsorge.

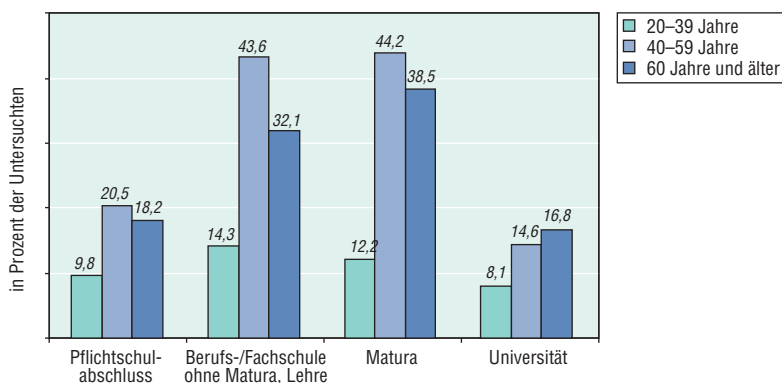
Hinsichtlich **Übergewicht** wurden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2001 folgende Ergebnisse festgestellt: Wie in den vorangegangenen Jahren steigt der Anteil an übergewichtigen Personen mit zunehmendem Alter und abnehmender Bildungsschicht. Auch der deutlich geschlechtsspezifische Unterschied in allen Bildungs- und Altersschichten setzt sich weiter fort. Männer sind häufiger von Gewichtsproblemen betroffen als Frauen.

Die nähere Betrachtung der einzelnen Bildungsschichten bestätigt den internationalen Trend, dass beson-

ders in der höchsten Bildungsschicht das Problembewusstsein hinsichtlich Übergewicht am stärksten ausgeprägt ist: In allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern finden sich hier die geringsten Anteile an übergewichtigen Personen.

Interessanterweise zeigt die so genannte Mittelschicht (Personen mit Matura, Berufsschul- oder Lehrabschluss) die schlechtesten Ergebnisse. Personen aus der niedrigsten Bildungsschicht (Pflichtschulabschluss) hingegen nähern sich wiederum den Werten der höchsten Bildungsschicht (AkademikerInnen) an.

Grafik 11.7: Übergewicht nach Alter und Bildungsabschluss, Wien 2002



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1.

Tabelle 11.6: Übergewicht nach Geschlecht, Bildungsabschluss und Alter*

Bildungsabschluss und Altersgruppen	Übergewicht** in Prozent der Gruppe		
	Frauen	Männer	insgesamt
Pflichtschulabschluss			
unter 20 Jahre	—***	—***	—***
20–39 Jahre	7,6	12,0	9,8
40–59 Jahre	20,0	21,0	20,5
60 Jahre und älter	16,4	20,0	18,2
Berufs-/Fachschule ohne Matura, Lehrabschluss			
unter 20 Jahre	—***	—***	—***
20–39 Jahre	12,4	16,2	14,3
40–59 Jahre	39,2	48,0	43,6
60 Jahre und älter	28,1	36,1	32,1
Matura			
unter 20 Jahre	—***	—***	—***
20–39 Jahre	8,0	16,4	12,2
40–59 Jahre	32,3	56,1	44,2
60 Jahre und älter	37,0	40,0	38,5
Universität			
unter 20 Jahre	—***	—***	—***
20–39 Jahre	3,4	12,8	8,1
40–59 Jahre	10,0	19,2	14,6
60 Jahre und älter	13,4	20,0	16,8

* Ergebnisse aufgrund der von der MA 15 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2002.

** Berechnung nach Body Mass Index (BMI >27 ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden).

*** Wegen der geringen Zahl statistisch nicht auswertbar.

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1 Gesundheitsvorsorge.

**XII.
GESUNDHEITSVERSORGUNG**

PUBLIC HEALTH CARE

INHALT

12 GESUNDHEITSVERSORGUNG	407
12.1 DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM	407
12.1.1 Krankenversicherung	408
12.1.2 Krankenanstalten	411
12.1.3 Pflegesicherung	411
12.2 INTRAMURALE (STATIONÄRE) VERSORGUNG	413
12.2.1 Darstellung des Krankenanstaltenplans	413
12.2.2 Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV)	419
12.2.3 Krankenanstalten sonstiger Rechtsträger	424
12.2.4 Stationäre Pflegeeinrichtungen	424
12.2.5 Pflege- und Geriatriezentren	425
12.3 EXTRAMURALE (AMBULANTE) VERSORGUNG	426
12.3.1 Ambulatorien	427
12.3.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien	428
12.3.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	428
12.3.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst	429
12.3.5 Hebammen	429
12.3.6 Ausbildungen in Wien	430
12.3.7 Psychosoziale Betreuung	431
12.4 ÄRZTINNE N UND ÄRZTE	433
12.5 ZAHNÄRZTINNE N, FACHÄRZTINNE N FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE UND DENTISTINNE N	445
12.6 APOTHEKEN	447
12.7 WIENER RETTUNGSDIENSTE	449
12.8 EXKURS: BEURTEILUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	452
12.8.1 Bekanntheit, Nutzung und Beurteilung der Wiener Gesundheitseinrichtungen	452
12.8.2 Beurteilung des Bedarfs an Gesundheitseinrichtungen	455

12 GESUNDHEITSVERSORGUNG

Dr. Tom SCHMID & DSA Sandra STERN, SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien

12.1 Das österreichische Gesundheitssystem

Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem basiert auf einer gesamtstaatlichen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung auf der Basis einer umfassenden Integration in die Soziale Krankenversicherung. Die gesetzliche Regelung der Pflichtversicherung stellt somit für 99 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung den Zugang zu einer umfassenden medizinischen und sozialen Versorgung sicher. Das Sozialversicherungssystem wird im Wesentlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung getragen. Das Bundespflegegeldgesetz regelt zudem die Hilfestellung für pflegebedürftige Personen durch finanzielle Unterstützung.

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt durch die Sozialversicherungsträger und die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden). Ein Teil der Bevölkerung verfügt über private Zusatzversicherungen. Für das rund eine Prozent nicht in das Sozialversicherungssystem einbezogener Personen übernehmen im Bedarfsfall die Sozialhilfeträger (Länder, Gemeinden) die Kosten der Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitsausgaben Österreichs betragen im Jahr 2002 7,9 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Damit liegt Österreich im Mittelfeld der OECD-Länder. Wie in den meisten mitteleuropäischen Ländern ist die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens in den letzten Jahren durch gesundheitspolitische Bemühungen gekennzeichnet, den finanziellen Konsequenzen des medizinischen und technologischen Fortschritts und der gesteigerten Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen durch die Bevölkerung gerecht zu werden.

Introduction

The Austrian public health care system is based upon the responsibility of the Austrian state to warrant health care for the Austrian population by providing extensive access to the social health insurance. Thus the statutory insurance guarantees access to extensive medical and social care for 99 per cent of the Austrian population. The social insurance system is mainly funded by the statutory health insurance, the accident insurance and the retirement pension insurance. The federal nursing law determines financial support for persons in need of long term care.

The Austrian public health care system is funded by the social insurance institutions and the central and local governments (the federal government, the provinces and the municipalities). A portion of the population has effected private supplementary insurance. When necessary, the approximately one percent of the population not covered by the social insurance system can receive public assistance from the provincial and municipal authorities to cover their health costs.

Austria's public health expenditure amounted to 7.9 per cent of the GNP in 2002. This places Austria in the middle range of OECD-countries. As in most Western European countries, the development of the Austrian health care system in recent years has been characterised by efforts in the field of health policies to meet the financial consequences of medical and technological progress and the increased use of health services by the population.

Ein Blick auf die soziodemographische Entwicklung sowie die Trends hinsichtlich Morbidität und Mortalität zeigt, dass aufgrund der prognostizierten Steigerung des Anteils älterer Menschen und der zunehmenden Chronifizierung von Erkrankungen diese Anstrengungen auch in Zukunft erforderlich sein werden. Wie in nahezu allen Gesundheitssystemen findet derzeit auch in Österreich eine umfassende Diskussion zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen und zur Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen statt.

The socio-demographic developments and the trends in morbidity and mortality show that these efforts will be necessary in the future as well in view of the expected increase in the proportion of the elderly population and an increased tendency of diseases to become chronic. In accordance with the international developments, the public health care system is currently under review in Austria, in particular with view to the services and the financial feasibility of public health care.

12.1.1 Krankenversicherung

Rund 99 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung sind als Selbstversicherte oder Mitversicherte durch die gesetzliche Krankenversicherung geschützt. Bei dem etwa einem Prozent nicht in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen Personen handelt es sich sowohl um SozialhilfeempfängerInnen, deren Gesundheitskosten im Bedarfsfall vom jeweiligen Sozialhilfeträger übernommen werden, aber auch um Personen, die bei einem exterritorialen Arbeitgeber (Botschaften, Internationale Organisationen)

oder als Tages- bzw. WochenpendlerInnen im Ausland beschäftigt sind und sich entweder privat versichern oder über ihren Arbeitgeber einen Krankenversicherungsschutz erhalten.

Die soziale Krankenversicherung bietet bei einer durchschnittlichen Beitragsbelastung (DienstnehmerIn) von rund € 60,- im Monat vollen Schutz für den Versicherten und seine (zum Teil beitragsfrei) mitversicherten Angehörigen – von der Basisversorgung durch Haus- und Fachärzte bis hin zur so genannten Spitzenmedizin.

Tabelle 12.1: Beitragssätze in der Krankenversicherung für das Jahr 2004*

	Anteil insgesamt (in %)	Anteil (in %)	
		DienstgeberIn	DienstnehmerIn
Angestellte	7,40	3,70	3,70
Arbeiter/innen	7,40	3,50	3,90
sonstige Versicherte	7,40	3,65	3,75
Beamte/innen	7,20	3,15	4,05
Freie Dienstnehmer/innen (ASVG)	7,00	3,45	3,55
Gewerbetreibende	9,00	–	–
Neue Selbständige (GSVG)	9,00	–	–
Bäuer/innen	6,50	–	–
Pensionist/innen ASVG, BSVG, B-KUVG	4,75	–	–
Pensionist/innen nach GSVG	4,25	–	–

* Angaben in Prozent des Bruttolohnes, Höchstbeitragsgrundlage € 3.450,- im Monat, sowie für Sonderzahlungen € 6.900,- im Jahr, Geringfügigkeitsgrenze € 316,19 im Monat bzw. € 24,28 am Tag.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

In der Krankenversicherung gibt es verschiedene Selbstbehalte:

Beim Arztbesuch: Krankenscheingebühr (ASVG) € 3,36, Selbstbehalt beim Arztbesuch für BeamtInnen und Gewerbetreibende jeweils 20 Prozent, für Bauern/Bäuerinnen € 6,99 Behandlungsbeitrag pro Fall. Die Rezeptgebühr beträgt € 4,35 pro Medikament. Der Kostenanteil der Versicherten für Heilbehelfe und Hilfsmittel beträgt mindestens € 23,-.

Bei Spitalspflege, Rehabilitation und Kuraufenthalt: Für Selbstversicherte bei einem Spitalsaufenthalt ein Verpflegungskostensatz pro Tag von max. € 8,08 (bundesländerspezifische Unterschiede). Zuzahlungen bei Maßnahmen der Rehabilitation: € 6,19 pro Tag bzw. bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (Kur): € 6,19 pro Tag³⁶⁶ bzw. € 10,94³⁶⁷ oder € 15,75³⁶⁸ pro Tag. Die Zuzahlung ist auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt.

Bei einem Einkommen bis € 653,19 für Alleinstehende bzw. € 1.015,- für Ehepaare bzw. LebensgefährtInnen besteht die Möglichkeit, sich per Antrag (beim zuständigen Krankenversicherungsträger) von der Rezeptgebühr und damit von der Zuzahlungspflicht bei stationärer Versorgung befreien zu lassen. Bei Personen, die aufgrund von Krankheiten bzw. Leiden überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen können, erhöhen sich die Einkommensgrenzen auf € 751,17 für Alleinstehende bzw. € 1.167,25 für Ehepaare bzw. LebensgefährtInnen. Diese Beträge erhöhen sich für jedes unterhaltsberechtigten Kind um € 69,52.

Der Anspruch auf Leistungen der Sozialen Krankenversicherung ist in keiner Weise beschränkt, sondern umfasst alle Leistungen, die im konkreten Fall medizinisch erforderlich sind, für alle Versicherten und sonstigen Anspruchsberechtigten in gleicher Weise. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (ASVG § 133). Ziel der Krankenbehandlung ist es, die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder herzustellen, zu festigen oder zu verbessern (ebenfalls ASVG § 133).

³⁶⁶ Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen bis € 1.234,57.

³⁶⁷ Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen zwischen € 1.234,57 und € 1.815,96.

³⁶⁸ Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen über € 1.815,96.

In Österreich besteht keine Wahlfreiheit des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers. Die Zugehörigkeit hängt bei Erwerbstätigen grundsätzlich von der ausgeübten Tätigkeit und vom Ort (Bundesland), in dem diese Berufstätigkeit ausgeübt wird, ab. Unselbständig Erwerbstätige sind entweder bei der jeweiligen Gebietskrankenkasse (gegebenenfalls bei einer der acht Betriebskrankenkassen) oder aber bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, bei der Österreichischen Beamten-Versicherung (BVA), als Gemeindebedienstete gegebenenfalls bei einer der 18 Krankenfürsorgeanstalten der Gemeinden (KFA) versichert. Pensionisten und Arbeitslose sind in der Regel bei der Gebietskrankenkasse ihres Wohnortes versichert, ehemalige Versicherte einer Betriebskrankenkasse bleiben auch in der Pension bei ihrer Betriebskrankenkasse versichert. Gewerbetreibende und Freiberufler sind bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Bauern bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern versichert.

Die soziale Krankenversicherung schützt – beitragsfrei oder jedenfalls zu einem begünstigten Beitrag – auch nicht selbstversicherte Angehörige der Versicherten.

Die Leistungen der Krankenversicherungen umfassen:

- Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel und Medikamente, Heilbehelfe), Anstaltspflege bzw. auch medizinische Hauskrankenpflege im Falle einer Erkrankung
- Krankengeld zur finanziellen Absicherung im Fall der Arbeitsunfähigkeit in Folge Krankheit
- Sach- und Geldleistungen (Wochengeld) im Fall der Mutterschaft
- Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Hilfsmittel im Falle körperlicher Gebrechen

Daneben finanzieren die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit als **freiwillige Leistungen** auch Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit („Kuraufenthalte“ bzw. Zuschüsse zu solchen) und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (etwa Gesunden- und Betriebs-

fürsorge; Maßnahmen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten). Die Leistungen werden in erster Linie von Vertragspartnern (Vertragsärzten, Therapeuten, Spitälern, etc.) bzw. auch in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien, Gesundheitszentren, Spitälern, Kuranstalten, etc.) der Sozialversicherung erbracht.

Das Vorsorgepaket der Sozialen Krankenversicherung umfasst folgende Leistungen:

- Vorsorge- (Gesunden-)untersuchungen
- Jugendlichenuntersuchungen
- Mutter-Kind-Pass
- Humangenetische Untersuchungen
- Zuschüsse zur FSME-Impfung (Zeckenschutzimpfung)

- Medizinische Rehabilitation
- Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung
- Gesundheitsförderung
- Zahnindividual- und Gruppenprophylaxe
- Zahlreiche weitere präventive Leistungen (z. B. Krebsabstrich, Prostatauntersuchung, etc.)

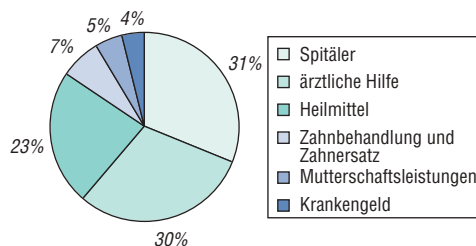
2002 erbrachte die österreichische Krankenversicherung Leistungen für mehr als 10,8 Mrd. Euro. Im *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003* werden die größten Positionen ausgewiesen. In nachstehender Tabelle werden die finanziellen Leistungen der österreichischen Krankenversicherungsträger (ohne KFAs) dargestellt.

Tabelle 12.2: Finanzielle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002

Art der Leistungen	in Mrd. Euro	in %
Spitäler	3,00	27,70
ärztliche Hilfe	2,90	26,80
Heilmittel	2,20	20,30
Zahnbehandlung und Zahnersatz	0,69	6,40
Mutterschaftsleistungen	0,45	4,20
Krankengeld	0,37	3,40

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Grafik 12.1: Art der finanziellen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Der Anteil des Verwaltungsaufwandes an allen Ausgaben der österreichischen Krankenversicherungen betrug im Jahr 2002 0,357 Mrd. Euro oder 3,3 Prozent der Gesamtausgaben. In diesem Betrag sind sowohl die Verwaltungsleistungen, welche die Krankenversicherungsträger für andere Sozialversicherungsträger er-

bringen, sowie die Verwaltungskosten der eigenen Einrichtungen (Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, Ambulatorien, Hanusch-Krankenhaus) enthalten. Somit kann der Sozialen Krankenversicherung ein sehr sparsamer Umgang mit Verwaltungsmittel beschieden werden.

12.1.2 Krankenanstalten

Die etwa 315 österreichischen Krankenanstalten sind dezentral organisiert, die Spitalpolitik liegt in der Kompetenz der Bundesländer. Die Trägerstruktur ist vielfältig. Neben Gemeindespitalern, in manchen Bundesländern (wie etwa Niederösterreich) das Rückrat der Spitalversorgung, gibt es sowohl Landeskrankenhäuser als auch landesweit organisierte Krankenanstaltenträger (wie etwa der Krankenanstaltenverbund – KAV in Wien), Krankenanstalten im Eigentum der Sozialversicherungsträger (z. B. die 6 Unfallkrankenhäuser der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt – AUVA oder das Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse – WGKK) und zahlreiche Privatkrankenhäuser, die sich entweder im Besitz von Wohlfahrtsträgern und Religionsgemeinschaften oder von privaten Firmen befinden.

Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt seit 1997 leistungsorientiert (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF). Die Geldleistungen der Krankenanstalten und der Gebietskörperschaften fließen in einen Landesfonds, dessen Ausgaben unabhängig vom tatsächlichen Verbrauch der LKF-Punkte gedeckelt sind, der Fehlbetrag wird vom jeweiligen Krankenanstaltenträger finanziert. Im Jahr 2002 wurde das LKF-Modell einer umfassenden Modellwartung unterzogen, welche zu Struktur- und Punkte-Anpassungen bei zahlreichen bestehenden leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) und auch zur Aufnahme neuer medizinischer Einzelleistungen und neuer LDF geführt hat.

70 Prozent der österreichischen Krankenanstalten verfügen über weniger als 200 Betten, 21 Prozent über 200 bis 500 Betten, weitere 21 Prozent über 500 bis 1000 Betten und 3 Prozent verfügen über mehr als 1000 Betten. Universitätskliniken befinden sich in Wien, Graz und Innsbruck.

Im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (für die Jahre 2001 bis 2004) haben sich der Bund und die Bundesländer darauf geeinigt, dass das LKF-Modell im Kernbereich grundsätzlich über mehrere Jahre (abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen) unverändert bleiben soll, um die Analysemöglichkeiten von Entwicklungen im Spitalbereich zu verbessern und jene Veränderungen, die nicht systemimmanent sind, transparenter zu ma-

chen. Das LKF-Modell 2002 stellt somit die Basis für die LKF-Modelle der Jahre 2003 und 2004 dar.

Inhaltliche Schwerpunkte sind die stärkere Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches in eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen, die Einführung eines verbindlichen, der Effizienzsteigerung dienenden Qualitätssystems für das österreichische Gesundheitswesen, die Schaffung der Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, die Verbesserung des Schnittstellenmanagements durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und der Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP).

12.1.3 Pflegesicherung

Am 1.7.1993 ist die österreichische Pflegesicherung in Kraft getreten. Sie besteht aus folgenden zwei Bestandteilen:

Bundeseinheitliches Pflegegeld in 7 Stufen: Die Höhe des Pflegegeldes ist allein abhängig vom Pflegebedarf, nicht aber von der Art der Sozialversicherung, von regionalen Besonderheiten oder vom eigenen Einkommen und Vermögen. Das Pflegegeld ist also eine „finale“, bedarfsbestimmte Leistung. Der Pflegebedarf wird auf Grundlage der Einstufungsverordnung objektiv bestimmt. Geregelt wird dies durch ein Bundesgesetz und neun gleich lautende Landespflegegeldgesetze: Damit ist garantiert, dass die Leistungen unabhängig von der Zuständigkeit der einzelnen Träger gleich sind.

Eine **Vereinbarung zwischen Bund und Ländern** über den flächendeckenden Ausbau sozialer Dienste bis 2010: Mit dieser Vereinbarung auf Grundlage des Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) haben sich die Bundesländer verpflichtet, dafür zu sorgen, dass bis zum Jahr 2010 ein dichtes Netz sozialer Dienste besteht, die pflegebedürftige Menschen in die Lage versetzen sollen, unabhängig vom Wohnort so lange wie möglich zu Hause verbleiben zu können. Damit ist ein wesentliches Ziel der Pflegesicherung angesprochen: tragfähige Alternativen zum Pflegeheim zu schaffen.

Das Pflegegeld wird unabhängig vom Einkommen nach dem jeweiligen Pflegebedarf in sieben Stufen ausbezahlt.³⁶⁹

Tabelle 12.3: Pflegegeld in 7 Stufen

Pflegegeldstufe	Betrag in Euro
Stufe 1	145,35*
Stufe 2	268,02
Stufe 3	413,51
Stufe 4	620,26
Stufe 5	842,35
Stufe 6	1.148,67
Stufe 7	1.531,52
Taschengeld zum Pflegegeld	41,35

* Für Anträge vor dem 1.5.1996: € 191,49.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Die Auszahlung erfolgt zwölfmal im Monat, das Pflegegeld gilt nicht als Einkommen. Diese Werte wur-

den seit 1996 nicht mehr an die Teuerung angepasst.

³⁶⁹ Siehe auch Stadt Wien (Hrsg.), Lebenserwartung und Mortalität (2003), S. 236 f.

12.2 Intramurale (stationäre) Versorgung

Zusammenfassung

27 der in Wien vorhandenen 54 Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen werden als städtische Einrichtungen vom Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) geführt. 27 stehen in Verwaltung sonstiger Rechtsträger, wie Orden, Krankenkassen, Vereine und Versicherungen. Von den somit insgesamt 54 Krankenanstalten sind 37 als Akutspitäler zu bezeichnen. Weiters gibt es 17 stationäre Pflegeeinrichtungen.

In Folge der Umstrukturierung des Wiener Krankenanstaltenverbundes kam es zu einer Neuorganisation im Bereich der städtischen Krankenanstalten. So wurden die beiden psychiatrischen Krankenanstalten in zwei der neu geschaffenen Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) integriert.

Summary: Intramural (Inpatient) Care

27 of the 54 hospitals and nursing homes in Vienna are municipal institutions managed by the Vienna Hospital Association (KAV). The remaining 27 are managed by other institutions, such as religious orders, health insurance funds, associations and insurance companies. 37 of the 54 hospitals are for acute treatment. In addition, there are 17 inpatient nursing homes.

In the course of the restructuring of the Vienna Hospital Association, the municipal hospitals were reorganised. Both mental hospitals were integrated into the two newly established centres for social medicine (Sozialmedizinisches Zentrum – SMZ).

12.2.1 Darstellung des Krankenanstaltenplans

Das Krankenanstaltengesetz des Bundes legt fest, dass jedes Land verpflichtet ist, die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land sicherzustellen. Die Länder legen nach den Vorgaben des Krankenanstaltenplanes die Struktur der stationären Akutversorgung in quantitativer und qualitativer Hinsicht fest. Die Landeskrankenanstaltenpläne haben sich an die Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu halten. Die Krankenkassen üben hier keinen Einfluss aus. Weiters nehmen die Länder auch durch die Budgeterstellung bzw. durch die Genehmigung der Budgets Einfluss auf die Leistungsstruktur jedes einzelnen Krankenhauses.

Im zentralen Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003³⁷⁰ sind 54 Einrichtungen für Wien angeführt. Da-

von werden 27 vom Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) geführt. 27 weitere stehen in der Verwaltung sonstiger Rechtsträger, wie Orden, Krankenkassen, Vereine und Versicherungen.

Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind gemäß § 1 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes (KAKuG) Einrichtungen, die

- zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
- zur Vornahme operativer Eingriffe,
- zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
- zur Entbindung oder
- für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind.

Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

³⁷⁰ Das verwendete zentrale Krankenanstaltenverzeichnis 2002/2003 enthält Informationen über 314 österreichische Krankenhäuser. Es wurden alle bettenführenden Spitäler erfasst, die zum Stichtag 31.12.2001 in Betrieb waren, inklusive der in der Periode 2001 bis März 2003 neu geöffneten Spitäler. Für vier Krankenhäuser wurden allerdings keine aktuellen Daten aus dem Jahr 2001 gemeldet. Diese sind daher mit älteren Daten und entsprechenden Anmerkungen in den betreffenden Tabellen ausgewiesen.

Gemäß § 2 Abs. 1 des KAKuG sind Krankenanstalten im Sinne des § 1:

- *Allgemeine Krankenanstalten*, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung.
- *Sonderkrankenanstalten*, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke.
- *Heime für Genesende*, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen.
- *Pflegeanstalten für chronisch Kranke*, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen.
- *Gebäranstalten* und *Entbindungsheime*.
- *Sanatorien*, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen.
- *selbständige Ambulatorien* (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist.

Unter dem Begriff **Fondskrankenanstalten** werden jene Krankenanstalten subsumiert, die auf Grundlage der Art. 15a-B-VG, der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 über den WIKRAF (Wiener Krankenanstalten-Finanzierungsfonds) finanziert werden. Sie sind somit Gegenstand des Österreichischen Krankenanstaltenplans und unterliegen den gültigen bundesweiten Planungsprinzipien. Dazu zählen:

- öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und
- private allgemeine Krankenanstalten (d. h. allgemeine Krankenanstalten ohne Öffentlichkeits-

recht), die gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Gemäß § 16 Abs. 1 KAKuG ist eine Krankenanstalt als **gemeinnützig** zu betrachten, wenn

- ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2);
- die Pfleglinge so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
- für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich ist;
- LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilung und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für die Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;
- die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet der §§ 27 Abs. 4 und 46 Abs. 1 von den Pfleglingen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
- die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

Es handelt sich dabei um die Krankenanstalten des KAV (mit Ausnahme des SMZ Baumgartner Höhe sowie des Therapiezentrums Ybbs an der Donau), das Hanusch-Krankenhaus, sowie folgende Ordens- und klerikale Spitäler: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Spitäler der Barmherzigen Schwestern, Evangelisches Krankenhaus, Herz-Jesu-Krankenhaus, Hartmannspital, Krankenhaus St. Elisabeth, St. Josef Krankenhaus, Orthopädisches Spital Speising, Krankenanstalt des Göttlichen Heilands.

34 Krankenanstalten werden der Akutversorgung zugerechnet. Dazu zählen die 23 Fondskrankenanstalten,

die beiden von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser, das St. Anna-Kinderspital sowie 8 private Krankenanstalten.

Im stationären bzw. halbstationären Bereich werden drei Krankenanstalten der Psychiatrie zugerechnet. Das sind das Otto-Wagner-Spital im SMZ Baumgartner Höhe, die Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel sowie die Sonderheilanstalt für Alkohol- und Drogenabhängigkeit des Anton-Proksch-Instituts.

Unter sonstige Krankenanstalten werden im Krankenanstaltenverzeichnis für Wien 12 Pflegeheime und Geriatriezentren, die Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien Josefstadt, das Institut Haus der Barmherzigkeit, das Rehabilitationszentrum Meidling sowie das Sanatorium Liebhartstal geführt.

Anzahl der Betten und Bettendichte

Insgesamt standen für den angegebenen Zeitrahmen **rund 18.000 Betten** in Einrichtungen nach dem Krankenanstaltengesetz zur Verfügung (vgl. Tabelle 12.4). Hinsichtlich der Bettenanzahl im Akutbereich heben sich das Allgemeine Krankenhaus, das Wilhelminenspital, das Krankenhaus Lainz, die Krankenanstalt Rudolfstiftung mit Department Semmelweis Frauenklinik, das Sozialmedizinische Zentrum – Otto-Wagner-Spital sowie das Kaiser-Franz-Josef-Spital mit jeweils über 650 Betten deutlich von den übrigen Wiener Krankenanstalten ab. Die mit Abstand meisten Akutbetten werden in den Fachbereichen Interne Medizin und Chirurgie angeboten (vgl. Tabelle 12.4).

Bezogen auf die Wiener Bevölkerung betrug die **Bettendichte** bei 9.827 tatsächlich aufgestellten Betten in den **Akutkrankenanstalten 6,4 Betten je 1.000 EinwohnerInnen**. Bei dieser Art der Berechnung ist zu beachten, dass zur Kategorie der Akutkrankenanstalten neben dem St. Anna-Kinderspital und dem Gottfried von Preyer'schem Kinderspital auch noch acht nicht gemeinnützige Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht, d. h. private Krankenanstalten, gezählt werden.

Darunter fallen das Heeresspital Wien, die Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz, das von der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien geführte Sanatorium Hera, die Confraternität-Privatklinik Josefstadt, das Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus, die Wiener Privatklinik, die Privatklinik Grinzing sowie die Privatklinik Döbling.

Die Bettendichte der **Allgemeinkrankenanstalten** betrug bei 8.641 tatsächlich aufgestellten Betten **5,6 Betten je 1.000 EinwohnerInnen**. Auch in dieser Bettendichteberechnung werden die privaten Krankenanstalten mit einbezogen.

In den **23 Fondskrankenanstalten** wurden 2002 durchschnittlich **11.755 systematisierte Betten** gezählt, das entspricht der Anzahl an Betten einer Krankenanstalt, die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist. 11.037 Betten wurden tatsächlich aufgestellt. Auf die Wiener Bevölkerung gerechnet entspricht dies einer Bettendichte von 7,1 je 1.000 EinwohnerInnen.

Pflegetage und Verweildauer

Im Berichtsjahr wurden 522.937 PatientInnen in 3.805.695 Pflegetagen (inklusive 139.247 Eintagespflegen) stationär betreut. Die durchschnittliche Verweildauer betrug rund 6,3 Tage. Die Anzahl der Frequenzen ambulanter PatientInnen betrug insgesamt 4.222.879.

Personal

Mit Stand 31.12.2002 waren 31.452 Personen in Fondskrankenanstalten beschäftigt. Davon gehörten rund 35 Prozent dem Krankenpflegefachdienstpersonal an, etwa 19 Prozent dem Betriebspersonal. 16 Prozent des Personals waren ÄrztInnen, etwa 9 Prozent nahmen jeweils das medizinisch-technische Dienstpersonal und das Verwaltungs- und Kanzleipersonal ein. Das Sanitätshilfsdienstpersonal stellte über 6 Prozent, die Funktionsgruppen der Apotheker, Chemiker u. ä. sowie die der Hebammen jeweils weniger als ein Prozent. Die übrigen 4 Prozent werden als sonstiges Personal geführt.

Tabelle 12.4: Wiener Krankenanstalten*

Krankenanstalt**	Bezirk	Status	Typ	Träger	bettenführende Fachrichtungen	Intensivbereiche	Betten***
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Herz-Jesu-Krankenhaus	2.	gem. o.Ö	F	Konvent der Barmherzigen Brüder	CH, IM, GGH, AU, HNO, URO	CH, IM	320
Krankenhaus St. Elisabeth	3.	gem. o.Ö	F	Kongregation der Dienerinnen des Heiligsten Herzens Jesu	CH, IM, OR		130
Krankenanstalt Rudolfsstiftung mit Department Semmelweis Frauenklinik	3.	gem. m.Ö	F	Konvent der Elisabethinen	CH, IM	IM	133
Hartmannspital	18.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, NC, IM, GGH, NEU, KI, DER, AU, HNO, URO,	AN, IM, KI	855
SKA für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel	5.	gem. o.Ö	F	Kongregation der Schwestern des 3. Ordens des Hl. Franziskus	CH, IM	AN	155
Spital der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul	6.	o.Ö	NF	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	SKA für Nerven- und Geisteskrankheiten	ab 2002 in Betrieb	-
SMZ Sophienspital – Krankenhaus und Geriatriezentrum	7.	gem. o.Ö	F	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Betriebsgesellschaft mbH	CH, IM		199
Confraternität – Privatklinik Josefstadt	8.	gem. m.Ö / o.Ö	F/NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	IM: Pflegeanstalt für chronisch Kranke		231(141)
SKA Justizanstalt Wien-Josefstadt	8.	o.Ö	NF	Privatklinik Josefstadt GmbH	GEM		93
Sanatorium Hera	9.	o.Ö	NF	Bundesministerium für Justiz	GEM		91
Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz	9.	o.Ö	NF	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien	GEM		138
St. Anna Kinderspital Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	9.	gem. o.Ö	NF	Österreichische Gesellschaft vom Goldenen Kreuz	CH, IM, GGH		104
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken	9.	gem. m.Ö	F	St. Anna Kinderspital GmbH	KI, HNO		125
Wiener Privatklinik	9.	o.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, NC, IM, GGH, NEU, PSY, KI, KCH, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UC, MKC, SRN, GEM	AN, CH, NC, IM, PSY, KI, PCH	2.033
Gottfried von Preyer'sches Kinderspital	9.	gem. o.Ö	NF	Wiener Privatklinik Betriebs-GmbH & Co KG	GEM		110
Kaiser-Franz-Josef-Spital	10.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	KI, KCH		106
Rehabilitationszentrum Meidling	10.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, IM, GGH, NEU, PSY, HNO, URO	AN, IM	652
Unfallkrankenhaus Meidling	12.	gem. o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	NEU		52
GZ Am Wienerwald	12.	gem. o.Ö	NF	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	UC		174
St.-Josef-Krankenhaus	13.	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		2.419
	13.	gem. o.Ö	F	St.-Josef-Krankenhaus GmbH	CH, IM, GGH		156

Fortsetzung

Tabelle 12.4 (Fortsetzung): Wiener Krankenanstalten*

Krankenanstalt*	Bezirk	Status	Typ	Träger	bettenführende Fachrichtungen	Intensivbereiche	Betten***
Orthopädisches Spital Krankenhaus Lainz	13.	gem. m.Ö gem. m.Ö	F F	Orthopädische Spital Speising GmbH Wiener Krankenanstaltenverbund	OR CH, IM, GGH, NEU, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, SRN	AN, CH, IM, URO	246 947
Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke – Neurologisches Zentrum der Stadt Wien – Rosenhügel	13.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	NEU, PSY	NEU	201
GZ Baumgarten	14.	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		900
Hanusch-Krankenhaus	14.	gem. m.Ö	F	Wiener Gebietskrankenasse	CH, IM, GGH, AU, HNO, URO, UC	AN, IM	504
SMZ Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum	14.	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	IM; NEU, PSY; PUL, OR; Pflegeanstalt für chronisch Kranke	IM, PUL	1.028(293)
Kaiser-Elisabeth-Spital	15.	gem. m.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, IM	AN, IM	266
Sanatorium Liebhartsal	16.	o.Ö	NF	Formanek GmbH	IM		100
Wilhelminenspital	16.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, IM, GGH, NEU, KI, DER, URO, PCH, UC	AN, CH, IM, KI	1.128
Krankenhaus des göttlichen Heilands	17.	gem. o.Ö	F	Kongregation der Schwestern vom göttlichen Erlöser	CH, IM, GGH, URO	AN	257
Institut Haus der Barmherzigkeit	18.	gem. o.Ö	NF	Institut Haus der Barmherzigkeit	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		498
Evangelisches Krankenhaus	18.	gem. o.Ö	F	Evangelischer Krankenhausverein	CH, IM, GGH, NEU, OR, MKC	AN	231
Orthopädisches Krankenhaus Gersthof	18.	gem. m.Ö	F	Wiener Krankenanstaltenverbund	OR		126
Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus	19.	o.Ö	NF	Rudolfiner-Verein-Rotes Kreuz	GEM		147
Privatklinik Grinzing	19.	o.Ö	NF	Privatklinik Grinzing GmbH	GEM		33
Privatklinik Döbling, Vienna International Health Center	19.	o.Ö	NF	Privatklinik Döbling GmbH	GEM		160
Arbeitsunfallkrankenhaus Lorenz Böhler	20.	gem. o.Ö	NF	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	UC		128
Heerespital Wien	21.	o.Ö	NF	Bundesministerium für Landesverteidigung	CH, IM, HNO, AU, MKC, DER		146
SMZ Floridsdorf – Krankenhaus und Geriatriezentrum	21.	gem. m.Ö /o.Ö	F/NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, IM; Pflegeanstalt für chronisch Kranke	AN, IM	222(120)
SMZ Ost – Donauespital und Geriatriezentrum Donaustadt	22.	gem. m.Ö /o.Ö	F/NF	Wiener Krankenanstaltenverbund	CH, NC, IM, GGH, NEU, PSY, KI, KCH, DER, AU, HNO, URO, OR, UC, SRN; Pflegeanstalt für chronisch Kranke	AN, IM, KI, KCH	963(405)

Fortsetzung

Tabelle 12.4 (Fortsetzung): Wiener Krankenanstalten*

Krankenanstalt*	Bezirk	Status	Typ	Träger	bettenführende Fachrichtungen	Intensivbereiche	Betten***
Anton-Proksch-Institut – Sonderheilanstalt für Alkohol- und Drogenabhängige	23.	gem. o.Ö	F	Stiftung Genesungsheim Kalksburg	PSY		237
GZ Liesing	23.	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverband	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		342
Therapiezentrum Ybbs an der Donau/davon SZY	Meik	gem. m.Ö /o.Ö /o.Ö	F/NF /NF	Wiener Krankenanstaltenverband	PSY; Pflegeanstalt für chronisch Kranke		519(239) /135
GZ Klosterneuburg	Wien Umgebung	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverband	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		226
GZ St. Ändrä/Traisen	St. Pölten Land	o.Ö	NF	Wiener Krankenanstaltenverband	Pflegeanstalt für chronisch Kranke		180

* Die Bezeichnungen für die in städtischer Verwaltung stehenden Krankenanstalten wurden aus dem Leistungsbericht des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) mit Stand 31.12.2002 übernommen; für Krankenanstalten, die von anderen Rechtsträgern verwaltet werden, wurden jene aus dem Krankenanstaltenverzeichnis 2002/2003 des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen herangezogen. Letzteres erfasst alle bettenführenden Spitäler, die zum Stichtag 31.12.2001 in Betrieb waren, inklusive der in der Periode 2001 bis März 2003 neu geöffneten Spitäler.

** Die Umstrukturierung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) mit 1.1.2002 führte zu einer Zusammenfassung einiger der im zentralen Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003 angeführten Pflege- bzw. Geriatriezentren mit den jeweiligen Akutkrankenanstalten. Unter Verwendung dieser Zählweise beträgt die Gesamtsumme der Wiener Krankenanstalten 46.

*** Die hier verwendeten Daten zum Bettenstand sind dem Krankenanstaltenverzeichnis 2002/2003 des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen entnommen. Darin ist die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten per 31.12.2001 ausgewiesen. Die Zahlenangaben in Klammer entsprechen dem Anteil der Geriatriezentren.

Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003; Leistungsbericht 2002 des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV).

LEGENDE

Begriffe und Abkürzungen	Status	Bettenführende Fachrichtungen laut ÖKAP
KAKuG Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes	gem. m. mit	KI Kinderheilkunde
ÖKAP Österreichischer Krankenanstaltenplan	o. ohne	MKC Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
GGP Großgeräteplan	Ö Öffentlichkeitsrecht	NEU Neurologie
LKF Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung		OR Orthopädie und orthopädische Chirurgie
	Typ	PAL Palliativmedizin
	F Fondskrankenanstalt	PCH Plastische Chirurgie
	NF Nicht-Fondskrankenanstalt	PSY Psychiatrie
KA Krankenanstalt		PUL Pulmologie
SKA Sonderkrankenanstalt		STR Radioonkologie – Strahlentherapie
SMZ Sozialmedizinisches Zentrum		UC Unfallchirurgie
GZ Geriatriezentrum		URO Urologie

12.2.2 Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV)

Von den insgesamt 54 Wiener Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen werden 27 vom KAV geführt. 27 unterstehen anderen Rechtsträgern, wie der Gebietskrankenkasse, Orden oder Vereinen.

2002 wurden in allen städtisch verwalteten Krankenanstalten und Geriatriezentren durchschnittlich 14.676 systemisierte Betten gezählt. Rund 55 Prozent dieser

Betten befanden sich in Krankenanstalten (inklusive AKH und psychiatrische Abteilungen), 55 Prozent in Pflegeheimen. Etwa 403.604 PatientInnen wurden im Berichtsjahr in den Krankenanstalten und Pflegeheimen des Wiener Krankenanstaltenverbundes stationär betreut, die Frequenzen der ambulanten PatientInnen betragen in diesem Jahr rund 3,4 Millionen. Durchschnittlich standen 13.697 belegbare Betten zur Verfügung. Dies entspricht der Anzahl der systemisierten Betten, bereinigt um die Anzahl durchschnittlich gesperrter Betten.

Tabelle 12.5: Der Wiener Krankenanstaltenverbund – Strukturdaten 2002

Kapazitätsdaten	
MitarbeiterInnen*	31.945
durchschnittlich systemisierte Betten**	14.676
durchschnittlich belegbare Betten**	13.697
Leistungsdaten***	
Aufnahmen inkl. Eintagespflegen	403.604
Eintagespflegen	111.586
Pflegetage	4.872.601
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	7,5
Frequenz ambulanter PatientInnen****	3.384.343

* Der Stand der MitarbeiterInnen entspricht der Anzahl der Voll- und Teilzeitbeschäftigten per 31.12.2002 (exklusive 2.828 Bundesbedienstete und Klinikangestellte des AKH).
 ** Die Bettenstände sind als Jahresdurchschnitt dargestellt.

*** Alle Leistungsdaten verstehen sich exklusive Begleitpersonen.
 **** Die Ambulanzfrequenzen beziehen sich ausschließlich auf jene Fälle, die in keinem Zusammenhang mit stationären Aufnahmen stehen.

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV).

Zur Bewältigung der im Zusammenhang mit der Versorgung der Bevölkerung stehenden Aufgaben standen dem KAV 2002 rund 32.000 MitarbeiterInnen zur Verfügung. Etwa 80 Prozent des Personals waren in Krankenanstalten eingesetzt, knapp 20 Prozent waren in den Pflegeheimen tätig.

Im Dezember des Berichtsjahres betrug das Zahlenverhältnis von ÄrztInnen und Krankenpflegefachdienstpersonal rund 22 zu 78 Prozent. In Hinblick auf das Vergleichsmonat des Vorjahres bedeutet dies keine bemerkenswerte Veränderung des Personalverhältnisses der verschiedenen Berufsgruppen.

Tabelle 12.6: MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen, 2002

MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen	2002*	
	absolut	in %
ApothekerInnen, ChemikerInnen, PhysikerInnen u. ä.	200	0,6
ÄrztInnen	3.133	9,8
Betriebspersonal	6.376	20,0
Hebammen	164	0,5
Krankenpflegefachdienstpersonal	11.023	34,5
Medizinisch-technisches Dienstpersonal	1.936	6,1
Sanitätshilfsdienstpersonal	2.426	7,6
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	2.552	8,0
sonstiges Personal	4.135	12,9
KAV gesamt	31.945	100,0

* Angaben zu den Berufsgruppen beziehen sich auf den Jahresdurchschnitt, die Gesamtanzahl auf den Stand per 31.12.2002.

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV).

Reform

Auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinderates vom 22. Oktober 2000 kam es mit 1. Jänner 2002 zur Neuorganisation des KAV als Unternehmung im Sinne des § 71 der Wiener Stadtverfassung. Dadurch erhielten die städtisch verwalteten Krankenanstalten eine neue Struktur, die eine Gliederung in drei so genannte **Teilunternehmungen** vorsah, die der Generaldirektion unterstehen.

Die **Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime (TKP)** ist in fünf Sozialmedizinische Zentren (SMZ), acht Krankenanstalten (KA) sowie fünf Geriatriezentren (GZ) gegliedert. Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien wird als Teilunternehmung AKH Wien (TAU) geführt. Die betriebswirtschaftliche Orientierung führte auch zur Gründung von Dienstleistungsbetrieben, die in der **Teilunternehmung Technische, wirtschaftliche und sonstige Serviceeinrichtungen (TWS)** zusammengefasst sind.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)

TKP – Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime

Sozialmedizinische Zentren (SMZ)

- SMZ Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum
- SMZ Floridsdorf – Krankenhaus und Geriatriezentrum
- SMZ Ost – Donauspital und Geriatriezentrum Donaustadt
- SMZ Sophienspital – Krankenhaus und Geriatriezentrum
- Therapiezentrum Ybbs an der Donau

Krankenanstalten (KA)

- Gottfried von Preyer'sches Kinderspital
- Kaiserin-Elisabeth-Spital
- Kaiser-Franz-Josef-Spital
- KA Rudolfstiftung mit Department Semmelweis Frauenklinik
- Krankenhaus Lainz
- Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke – Neurologisches Zentrum der Stadt Wien – Rosenhügel
- Orthopädisches Krankenhaus Gersthof
- Wilhelminenspital

Geriatriezentren (GZ)

- GZ Am Wienerwald
- GZ Baumgarten
- GZ Klosterneuburg
- GZ Liesing
- GZ St. Andrä/Traisen

TAU – Teilunternehmung AKH Wien

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken

TWS – Teilunternehmung Technische, wirtschaftliche und sonstige Serviceeinrichtungen

Dienststellen

- Bereich Recht
- Dienstleistungsbetrieb Bildung und Beratung
- Forum Einkauf
- Organisations- und Personalentwicklung
- Technische Dienstleistungen
- Serviceeinheit Wäsche und Reinigung
- EDV-Management und Betriebsführungszentrum
- Informatik im Gesundheitsverbund
- WienKom – Telematik, Kommunikation

Im Rahmen der dezentralen Ressourcenverantwortung wird den Teilunternehmungen eine weitgehende Eigenverantwortung bei ihrer Aufgabenerfüllung übertragen und auf diese Weise die Trennung von Ressourcen- und Ergebnisverantwortung zum größten Teil aufgehoben. Der Einsatz geeigneter Managementinstrumente, wie Controlling, Berichtswesen, Qualitätsmanagement, Informations- und Kommunikationsinstrumente sowie eine Marktorientierung mit internen und externen Leistungsvergleichen, stellen Teile des neuen Konzepts im Sinne von New Public Management dar.

Einzelne Bereiche

Die Generaldirektion ist verantwortlich für die Geschäfts- und Betriebsführung des KAV. Zu ihren Aufgaben zählen die strategische Entwicklung, die Ausarbeitung der Richtlinien und die Schaffung unternehmerischer Rahmenbedingungen für den gesamten KAV. Außerdem obliegt der Generaldirektion die Koordination der drei Teilunternehmungen sowie die Überwachung von deren Zielerreichung und die strategische Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildungseinrichtungen.

Mit der Umstrukturierung des städtischen Krankenanstaltenbereichs kam es auch zu einer Veränderung der Führung der Spitäler und Geriatriezentren. So wurde für die Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime (TKP) eine neue Direktion geschaffen. Der Übergangsprozess von einer berufsständisch dominierten Organisationsstruktur zu einer prozessorientierten Organisationsform bedeutete auch den Umgang mit einem neuen Rollenverständnis und veränderten Anforderungen.

Die Leitung der **Teilunternehmung AKH Wien (TAU)** erfüllt die Funktion, die operative Führung des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Universitätskliniken durch die kollegiale Führung mittels einer übergeordneten strategischen Führungs- und Entscheidungsebene zu ergänzen. Die ganzheitliche Gestaltung orientiert sich an den Empfehlungen der internationalen Qualitätsnorm ISO 9000:2000, nach der bereits die ärztliche Direktion und die Pflegedirektion sowie einige klinische Bereiche zertifiziert sind. Unterstützt wird dies durch die mittlerweile etwa 150 ausgebildeten QualitätsmanagerInnen des AKH, die inzwischen in nahezu allen Bereichen zur Verfügung stehen.

Eine der wesentlichen Neuerungen bei der KAV-Unternehmensgründung stellte die Schaffung der **Teilunternehmung Technische, wirtschaftliche und sonstige Serviceeinheiten (TWS)** dar. Sie umfasst sämtliche KAV-Dienstleistungsbetriebe, die wiederum als Grundlage für einen reibungslosen Ablauf in den Einrichtungen des KAV unerlässlich sind. Dazu zählen der EDV-Bereich, die Reinigung der Wäsche und Bekleidung aus den Spitalern und Geriatriezentren des KAV, die bereits zu 50 Prozent von der Serviceeinheit Wäsche und Reinigung bewältigt wird. Das Forum Einkauf, die zentrale Beschaffung, kann mittels Rahmenausschreibungen und -verträgen die wirtschaftliche Größe des KAV entscheidend vertreten und damit bedeutende Kosteneinsparungen erzielen. Ebenso wurde aufgrund der verstärkt kundenorientierten Denkweise damit begonnen, den Schulungsbereich im Dienstleistungssektor zu etablieren. Die neue Struktur des KAV erforderte außerdem eine abgestimmte Vorgangsweise in der Technik oder den rechtlichen Angelegenheiten, wofür ebenfalls eigene Dienstleistungsbetriebe ins Leben gerufen worden sind.

Tabelle 12.7: Städtische Krankenanstalten nach Teilunternehmungen, 2002

Städtische Krankenanstalten	MitarbeiterInnen ¹	Ø system. Betten ²	Aufnahmen ³	davon Eintages-Pflegen ⁴	Pflegetage ⁵	Verweildauer ⁶	Frequenz ambulanter PatientInnen ⁷
Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime (TKP) insgesamt	24.284⁸ (6.206)	12.511 (6.623)	308.900 (3.185)	87.743	4.180.871 (1.837.474)	7,7	1.977.586
Sozialmedizinische Zentren (SMZ) ⁸ insgesamt	7.800 (1.069)	3.723 (1.186)	109.487 (637)	41.465	1.285.217 (417.295)	8,0	605.678
SMZ Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum	2.707 (327)	1.281 (270)	44.984 (179)	27.374	414.699 (94.109)	7,2	107.899
SMZ Floridsdorf – Krankenhaus und Geriatriezentrum	654 (114)	339 (120)	8.474 (34)	1.321	119.433 (43.584)	9,0	30.075
SMZ Ost – Donauespital und Geriatriezentrum Donaustadt	3.418 (319)	1.338 (405)	51.373 (259)	10.756	490.738 (145.289)	6,8	440.807
SMZ Sophienspital – Krankenhaus und Geriatriezentrum	371 (118)	235 (141)	3.548 (101)	2.010	81.098 (49.567)	9,2	16.129
Therapiezentrum Ybbs an der Donau	650 (191)	530 (250)	1.108 (56)		179.249 (84.746)	44,8	10.768
davon SZY	144	135	8	4	47.539		
Krankenanstalten (KA) insgesamt	12.340	4.538	196.865	46.278	1.475.475	7,5	1.371.908
Gottfried von Preyer'sches Kinderspital	396	130	5.189	548	30.314	5,8	68.173
Kaiserin-Elisabeth-Spital	738	281	9.125	725	88.012	9,6	66.620
Kaiser-Franz-Josef-Spital	1.957	724	28.008	6.459	231.617	8,3	202.610
Krankenanstalt Rudolfsstiftung mit Department Semmelweis Frauenklinik	2.480	872	49.700	13.408	300.661	6,0	343.132
Krankenhaus Lainz	2.809	1.051	50.241	13.612	348.076	6,9	292.112
Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke	546	200	3.042	71	60.711	20,0	12.942
Orthopädisches Krankenhaus Gersthof	276	126	3.556	254	41.798	11,7	13.767
Wilhelminenspital	3.138	1.154	48.004	11.201	374.286	7,8	372.552
Geriatriezentren (GZ) insgesamt	4.068	4.251	2.548	–	1.420.179	–	–
GZ Am Wienerwald	2.300	2.463	1.868	–	835.919	–	–
GZ Baumgarten	864	937	363	–	305.510	–	–
GZ Klosterneuburg	278	251	38	–	70.622	–	–
GZ Liesing	375	400	117	–	136.515	–	–
GZ St. Andrä/Traisen	251	200	162	–	71.613	–	–
Teilunternehmung AKH Wien (TAU) insgesamt	6.937⁹	2.165	94.704	23.843	691.685	7,3	1.408.757
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken	6.826 ¹⁰	2.165	94.704	23.843	691.685	7,3	1.408.757
Teilunternehmung Technische, wirtschaftliche und sonstige Serviceeinrichtungen (TWS) insgesamt	653⁹	–	–	–	–	–	–
KAV insgesamt	31.945 ¹	14.676	403.604	111.586	4.872.601	7,6	3.383.343

Anmerkungen siehe folgende Seite.

Anmerkungen zu Tabelle 12.7:

- 1 Der Stand der MitarbeiterInnen entspricht der Anzahl der Voll- und Teilzeitbeschäftigten per 31.12.2002 (exklusive 2.828 Bundesbedienstete und Klinikangestellte des AKH). Insgesamt waren zum angegebenen Stichtag 31.945 MitarbeiterInnen im KAV beschäftigt. Im Fünfjahresvergleich ist ein Rückgang bei den Vollbeschäftigten zu erkennen. Im Gegenzug stieg die Anzahl der TeilzeitmitarbeiterInnen.
- 2 Die Anzahl der systemisierten Betten ergibt sich aus der Anzahl der Betten einer Krankenanstalt, die durch eine saniätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind. Die Bettenbestände wurden als Jahresdurchschnitt dargestellt. Aus diesem Grund kommt es zu unterschiedlichen Zahlen bei den Gesamtzahlen der Teilunternehmungen und den Kennzahlen der einzelnen Krankenanstalten. Vor allem in der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime (TKP) wurden im Bereich der Neurologie, der Inneren Medizin und der sonstigen konservativen Fachbereiche neue Systemisierungen vorgenommen. Im Berichtsjahr betrug die Anzahl durchschnittlich belegbarer Betten, das sind die durchschnittlich systemisierten Betten, bereinigt um die durchschnittlich gesperrten Betten, 13.697.
- 3 Exklusive Begleitpersonen, das sind nicht anstaltsbedürftige Personen.
- 4 Der Begriff „Eintagespflege“ bedeutet den Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin, dessen/deren Aufnahme und Entlassung das gleiche Kalenderdatum haben und der/die im Allgemeinen ein tatsächlich aufgestelltes Bett in Anspruch genommen hatte.
- 5 Pflegetage sind jene Tage, die PatientInnen stationär im Krankenhaus verbracht haben.
- 6 Bei der Verweildauer handelt es sich um die in den Pflegetagen ausgedrückte Aufenthaltsdauer eines stationären Patienten/einer stationären Patientin (inklusive Eintagespflegen). Die Angaben zur Verweildauer in den Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) betreffen ausschließlich die Krankenanstalten, exklusive Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs an der Donau (SZY).
- 7 Die Frequenz ambulanter PatientInnen entspricht der Anzahl der Besuche von ambulanten PatientInnen in einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle.
- 8 Die angegebenen Zahlen in Klammer entsprechen dem Anteil der Geriatriezentren. Das Therapiezentrum Ybbs an der Donau ist in ein Psychiatrisches Krankenhaus, ein Sozialtherapeutisches Zentrum (SZY) und ein Geriatriezentrum gegliedert.
- 9 Inklusive MitarbeiterInnen der TKP Direktion, der TAU Direktion sowie der TWS Direktion.
- 10 Exklusive MitarbeiterInnen der TAU Direktion.

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) – Leistungsbericht 2002 (Stand 31.12.2002).

12.2.3 Krankenanstalten sonstiger Rechts-träger

27 der 54 Wiener Krankenanstalten stehen in der Verwaltung sonstiger Rechtsträger, wie Orden, Krankenkassen, Vereine und Versicherungen. Dazu zählen:

- 12 **Krankenanstalten in Verwaltung eines Vereins, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder einer Stiftung**
- 8 **Ordens- und klerikale Spitäler**
- 2 **Krankenanstalten in Bundesverwaltung**, dazu zählen:
 - die Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Josefstadt (Bundesministerium für Justiz) und
 - das Heeresspital Wien (Bundesministerium für Landesverteidigung)
- 5 **Krankenanstalten in Verwaltung einer Versicherung**, dazu zählen:
 - 2 Unfallkrankenhäuser (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt),
 - das Sanatorium Hera (Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien),
 - das Hanusch-Krankenhaus (Wiener Gebietskrankenkasse) sowie
 - die Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft)

Von den genannten 27 Krankenanstalten tragen zehn den Status einer Fondskrankenanstalt, sechs weitere sind private Krankenanstalten. Die übrigen Anstalten stehen in der Verwaltung einer Versicherungsanstalt oder in Bundesverwaltung. Das St. Anna-Kinderspital sowie das Institut Haus der Barmherzigkeit sind gemeinnützige Krankenanstalten.

21 Krankenanstalten sind dem **Akutbereich**, das Anton-Proksch-Institut sowie die Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel dem **Psychiatriebereich** und vier weitere den **sonstigen Krankenanstalten** zuzurechnen.

³⁷¹ Die Angaben beziehen sich auf den Jahresdurchschnitt der psychiatrischen Krankenanstalten respektive der psychiatrischen Fachabteilungen in Akut- oder sonstigen Krankenanstalten, die in Verwaltung des KAV stehen mit Ausnahme des AKH. Das bedeutet, die von der Stiftung Genesungsheim Kalksburg verwaltete Sonderheilanstalt für Alkohol- und Drogenabhängigkeit des Anton-Proksch-Instituts sowie die von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft getragene Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel sind nicht erfasst.

12.2.4 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Psychiatrische Krankenanstalten

Die Krankenanstalten-Statistik 2002 des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen weist drei Krankenanstalten dem Bereich der Psychiatrie zu:

- das Otto-Wagner-Spital im SMZ Baumgartner Höhe (ehemals Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe),
- die Sonderkrankenanstalt für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Rosenhügel sowie
- die Sonderheilanstalt für Alkohol- und Drogenabhängigkeit des Anton-Proksch-Instituts.

Des Weiteren verfügen einige Wiener Krankenanstalten über eine bettenführende **psychiatrische Fachabteilung**. Diese befinden sich im Therapiezentrum Ybbs, im Kaiser-Franz-Josef-Spital, im Donauespital, im Neurologischen Zentrum – Rosenhügel sowie im AKH.

Im Fachbereich Psychiatrie der vom KAV verwalteten psychiatrischen Krankenanstalten respektive den psychiatrischen Abteilungen in Akutkrankenanstalten wurden 2002³⁷¹ 8.670 Aufnahmen in den allgemeinen stationären Intensivbereich, 2.588 Aufnahmen in den halbstationären Psychiatriebereich sowie 18.558 Aufnahmen in eine Tagesklinik verzeichnet. Etwa 400 PatientInnen wurden aus einer anderen Anstalt, 518 wurden in eine andere Anstalt transferiert. 705 PatientInnen wurden wieder aufgenommen. Im Berichtsjahr wurden 30.412 PatientInnen entlassen.

Im Vierjahresvergleich 1999-2002 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Aufnahmen in den allgemeinen stationären Intensivbereich feststellen. Parallel zu dieser Entwicklung nahmen die Aufnahmen in den halbstationären Psychiatriebereich ab. Während im Berichtsjahr die halbstationären Aufnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 70 Prozent sanken, wurden erstmals Aufnahmen in tagesklinische Strukturen als solche registriert. Die Anzahl der Entlassungen sank zwischen 1999 und 2001 auf zuletzt 17.689. Im Berichtsjahr ist eine beinahe Verdoppelung dieser Zahl festzustellen.³⁷²

12.2.5 Pflege- und Geriatriezentren

Im Krankenanstaltenverzeichnis für Wien werden 12 Pflege- und Geriatriezentren, die Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien Josefstadt, die Ordenskrankenanstalt Institut Haus der Barmherzigkeit, das Rehabilitationszentrum Meidling sowie das Sanatorium Liebhartstal als sonstige Krankenanstalten geführt.

Davon stehen 11 Pflege- und Geriatriezentren unter städtischer Verwaltung. Darunter fällt auch das Therapiezentrum Ybbs an der Donau, das aus drei Teilen besteht: Sonderkrankenanstalt (Psychiatrie), Pflegeheim

und Förderpflegeheim. Mit der Umstrukturierung des Wiener Krankenanstaltenverbundes per 1.1.2002 gibt es nun ein Psychiatrisches Krankenhaus, ein Sozialtherapeutisches Zentrum sowie ein Geriatriezentrum Ybbs an der Donau. Die Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien Josefstadt wird vom Bundesministerium für Justiz, das Rehabilitationszentrum Meidling von der AUVA verwaltet. Beim Institut Haus der Barmherzigkeit handelt es sich um eine klerikale, beim Sanatorium Liebhartstal um eine private Krankenanstalt. Neben den genannten stationären Pflegeeinrichtungen existieren etwa 50 private Pflegeheime und Sanatorien in Wien.

Tabelle 12.8: Pflege- und Geriatriezentren der Stadt Wien – Strukturdaten 2002, Stand 31.12.2002

Pflege- und Geriatriezentren	Betten*	ÄrztInnen**	Krankenpflege-fachdienstpersonal**
GZ St. Andrä/Traisen	180	7	38
Therapiezentrum Ybbs an der Donau – GZ***	239	5	148
Therapiezentrum Ybbs an der Donau – SZY***	125	2	100
GZ Klosterneuburg	226	10	52
SMZ Floridsdorf – GZ	120	3	45
SMZ Sophienspital – GZ	141	3	43
GZ Baumgarten	900	37	255
GZ Am Wienerwald	2.419	113	622
GZ Liesing	342	15	132
GZ Donaustadt	405	14	123
SMZ Baumgartner Höhe – PZ	293	23	93
KAV gesamt	5.390	232	1.651

* Zahlen der tatsächlich aufgestellten Betten sind dem Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003 entnommen.

** Personalstand im Jahresdurchschnitt.

*** Im Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003 werden noch die Bezeichnungen Pflegeheim bzw. Förderpflegeheim Ybbs an der Donau verwendet.

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund; Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen 2002/2003.

Für das Berichtsjahr wurden in den Pflege- und Geriatriezentren der Stadt Wien inklusive dem Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs an der Donau (SZY) 6.758 durchschnittlich systematisierte Betten bzw. 5.390 tatsächlich aufgestellte Betten gezählt. 8.193 PatientInnen wurden aufgenommen und an 1.885.013 Pflegetagen von 1.651 Angehörigen des Krankenpflegefachdienstes zusammen mit 232 ÄrztInnen betreut. Insgesamt waren in den genannten stationären Pflegeeinrichtungen

mit Jahresende 6.350 Personen beschäftigt. Rund ein Viertel ist dem Sanitätshilfsdienstpersonal, weitere 15 Prozent dem Betriebspersonal zuzurechnen.

Im Schnitt betreute ein Angehöriger/eine Angehörige des Krankenpflegefachdienstpersonals 5 PflegepatientInnen, ein Arzt/eine Ärztin versorgte durchschnittlich 35 PflegepatientInnen.

³⁷² Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund.

12.3 Extramurale (ambulante) Versorgung

Zusammenfassung

Neben den in Krankenanstalten eingerichteten Ambulanzen stehen der Wiener Bevölkerung 225 Ambulatorien mit einem weiten Spektrum an Untersuchungs- und Behandlungsangeboten zur Verfügung.

Die Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien und die Pflege- und Sozialdienste privater Organisationen, welche Mitglieder des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste sind, ermöglichen betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen durch entsprechende Betreuung, Pflege und Anleitung in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld zu bleiben. Ergänzend tritt das Angebot freiberuflich tätiger Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes hinzu.

Die mobilen Familien-Hebammen der MA 15 bieten Geburtsvorbereitungskurse, Einzelgespräche, Paar-kurse, Atem-, Entspannungs- und Gymnastikübungen sowie Hausbesuche (v. a. bei Risikoschwangerschaften) an. Insgesamt standen 2002 den gebärenden Frauen 333 Hebammen (darunter 284 Hebammen in Krankenanstalten und 40 freipraktizierende Hebammen) zur Seite.

Für die psychosoziale Versorgung gibt es in Wien neben acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien einen sozialpsychiatrischen Notdienst, ein Ambulatorium für Suchtkranke, Einrichtungen zur Übergangspflege sowie sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zu den Entgiftungsstationen in Spitälern. Daneben sind zahlreiche klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen für die psychische Gesundheit der Bevölkerung tätig.

Summary: Extramural (Outpatient) Care

In addition to the outpatient treatment facilities in the Viennese hospitals, there are 225 outpatient clinics in Vienna, providing a wide range of examinations and treatments.

The mobile health and nursing care system of the City of Vienna and care and social services run by private organisations (members of the umbrella organisation of Viennese Care and Social Services) offer assistance, care and guidance to people in need of care or assistance in their own homes. In addition, a number of highly skilled self-employed persons offer their services in the fields of nursing and medical care and medical technical services.

Mobile family midwives employed by the Municipal Department 15 - Public Health and Social Welfare offer prenatal classes, individual consultations, courses for couple, breathing, relaxation and physical exercise classes as well as house calls (in particular with high risk pregnancies). In 2002, a total of 333 midwives assisted women during childbirth. Of these, 284 worked in hospitals and 40 were self-employed.

The network of psychosocial care in Vienna is made up of eight social-psychiatric outpatient clinics, a social-psychiatric emergency service, an outpatient clinic for persons with addictions, a number of institutions for transitional care, and social-psychiatric contact points to detoxification wards in hospitals. In addition, there is a large number of clinical psychologists, health psychologists, and psychotherapists in Vienna.

12.3.1 Ambulatorien

Neben den in Krankenanstalten eingerichteten Ambulanzen steht in Wien eine größere Zahl von Ambulatori-

en zur ambulanten Behandlung der Bevölkerung zur Verfügung. Rund 85 Prozent der Einrichtungen werden von privaten Rechtsträgern unterhalten, rund 15 Prozent werden von Krankenkassen und Betrieben finanziert.

Tabelle 12.9: Private Krankenanstalten in Form von selbständigen Ambulatorien, Wien 2002

Rechtsträger	Anzahl der Ambulatorien
Wiener Gebietskrankenkasse	12
andere Krankenkassen	15
Betriebsambulatorien	8
sonstige Rechtsträger	190
insgesamt	225

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/5.

Unter dem Gesichtspunkt der angebotenen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten gliedern sich die 225 Ambulatorien wie folgt auf:

- 42 Einrichtungen für physikalische Medizin
- 12 Psychosoziale Stationen
- 14 Institute für Computertomographie
- 6 Ambulatorien für Magnetresonanztomographie bzw. für Computer- und Magnetresonanztomographie
- 14 Institute für Labormedizin
- 9 Zahnambulatorien

- 3 Jugendzahnkliniken
- 4 Institute für Allergie
- 3 Institute für Orthopädie
- 118 sonstige Ambulatorien verschiedenster Fachbereiche und Spezialeinrichtungen

Das nichtärztliche Sanitätspersonal dieser Einrichtungen (Krankenpflegepersonal, medizinisch-technisches Personal, Sanitätshilfsdienste) besteht zu fast 90 Prozent aus Frauen.

Tabelle 12.10: Nichtärztliches Personal der selbständigen Ambulatorien, Wien, Stand 31.12.2002

nichtärztliches Sanitätspersonal	weiblich	männlich	insgesamt
Medizinisch-technische Dienste	496	54	550
Gesundheits- und Krankenpflegefachdienste	309	21	330
Sanitätshilfsdienste	437	147	584
Hebammen*	–	–	–
insgesamt	1.242	222	1.464

* Zum angegebenen Stichtag waren keine Hebammen in Wiener Ambulatorien tätig.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1 (Jahresmeldung für selbständige Ambulatorien).

Im Jahr 2002 wurden in 998 berichtenden Ambulatorien³⁷³ insgesamt 3.214.442 Personen behandelt bzw. untersucht. Diese Summe beinhaltet 1.325.628 ambulante Fälle in städtisch verwalteten Ambulatorien sowie

636.407 Personen, die in Ambulatorien der Krankenanstalten sonstiger Trägerschaft behandelt bzw. untersucht wurden. Des Weiteren sind 637.450 Fälle behandelte bzw. untersuchte Personen in Ambulatorien der

³⁷³ Inklusive 176 selbständige Ambulatorien.

Krankenkassen, 6.862 Fälle in betrieblichen Ambulatorien sowie 608.095 Fälle in sonstigen Instituten inkludiert.³⁷⁴

12.3.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien

Zu den Aufgaben der Mobilen Pflege und Betreuung der Gemeinde Wien zählen die Fachpflege nach dem ASVG, die Bedarfserhebung und Auftragsvergabe von sozialen Diensten an die privaten Organisationen nach dem Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) sowie Information, Beratung, Begleitung und Anleitung von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, deren Angehörigen und Bezugspersonen.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Koordination aller Aktivitäten der am Pflegeprozess beteiligten Personen dar, um so eine ganzheitliche und auf die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen abgestimmten Pflege und Betreuung sicherstellen zu können. Dadurch sollen Krankenhausaufenthalte und Pflegeheimweisungen verkürzt, hinausgezögert oder ganz vermieden werden.

Neben den therapeutischen und pflegerischen Diensten sind speziell ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als FachexpertInnen für die Bereiche Hygiene, Inkontinenz- und Stomaversorgung, Onkologie, Dekubitus- und Wundmanagement sowie in der Palliativbetreuung tätig. Dadurch können PatientInnen

bei gleichzeitiger Sicherung der Pflege- und Betreuungsqualität früher aus der stationären Betreuung entlassen werden.

Ein Konsiliarpsychiater, der im Rahmen eines freien Dienstvertrages beschäftigt ist, unterstützt die Zusammenarbeit mit den niedergelassen ÄrztInnen und veranlasst medikamentöse sowie sozialtherapeutische Maßnahmen.

Eine abteilungsinterne Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege leitet die Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).

Im Rahmen der Mobilen Pflege und Betreuung der Gemeinde Wien waren 2002 insgesamt 136 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in 8 Gesundheits- und Sozialzentren tätig.

12.3.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Zahl der zur freiberuflichen Ausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Vorwiegend ist diese Zunahme im Bereich der allgemeinen Krankenpflege zu beobachten, aber auch in den Sparten Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie in der psychiatrischen Krankenpflege.

Tabelle 12.11: Zur freiberuflichen Ausübung berechnete Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Wien 1999 und 2002

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	1999*	2002
Allgemeine Krankenpflege	1.031	2.120
Kinderkranken- und Säuglingspflege	47	103
Psychiatrische Krankenpflege	39	82
insgesamt	1.117	2.305

* Seit 1999 wurden die Bezeichnungen der einzelnen gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege geändert, nicht jedoch die professionellen Zugehörigkeiten.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1.

³⁷⁴ Stadt Wien, MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2003.

12.3.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst

Eine Reihe von gehobenen medizinisch-technischen Diensten wird freiberuflich (ambulant oder in einer

Praxis) angeboten, wobei die Zahl der Ausübenden von Jahr zu Jahr steigt. Überwiegend handelt es sich dabei um die von PhysiotherapeutInnen angebotenen Dienste. Kaum ins Gewicht fällt hingegen der Diätendienst bzw. der ernährungsmedizinische Beratungsdienst.

Tabelle 12.12: Zur freiberuflichen Ausübung berechnete Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Wien 1999 und 2002

gehobene medizinisch-technische Dienste	1999	2002
physiotherapeutischer Dienst	1.053	1.444
logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst	149	200
ergotherapeutischer Dienst	189	279
Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	23	48
Insgesamt	1.414	1.971

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1.

12.3.5 Hebammen

Seit 1985 ist ein kontinuierlicher Anstieg an Hebammen in Wien festzustellen. 1999 standen den gebärenden Frauen insgesamt 319 Hebammen zur Verfügung; 2002 waren es 333. Davon waren 284 Hebammen (also rund 85 Prozent) in Krankenanstalten beschäftigt.

Die Anzahl der Hebammen mit einer Niederlassungsbewilligung nimmt zu. Der Großteil der freipraktizierenden Hebammen ist auch im Dienstverhältnis zu Krankenanstalten und anderen Einrichtungen tätig. Von den 162 Hebammen mit einer Niederlassungsbewilligung arbeiteten nur 40 ausschließlich auf freiberuflicher Basis.

Seit 1986 beschäftigt die Magistratsabteilung 15 in Wien mobile Familienhebammen. 2002 waren es neun Hebammen, die Geburtsvorbereitungskurse, Einzelgespräche, Paarkurse, Einzelpaarberatungen (v. a. bei Risikoschwangerschaften, Schwierigkeiten während der Schwangerschaft oder im Auftrag der Ärztin/des Arztes) angeboten haben. In den Geburtsvorbereitungskursen werden Informationen zu den Themen Ernährungsverhalten, Raucherberatung, Schwangerschaft und Geburt, Stillen und Säuglingspflege weitergegeben. Nach der Geburt finden in regelmäßigen Abständen sogenannte „Babytreffs“ statt. Sie dienen dem Erfahrungsaustausch der Mütter und der Beratung. Die Familienhebammen stehen den Müttern bei allen Fragen (z. B. Stillen, Rückbildung, Pflege des Kindes, Partnerschaft, etc.) beratend zur Seite. Sämtliche Kurse, Beratungen und Hausbesuche sind kostenlos.

Tabelle 12.13: Hebammen in Wien, 1999 und 2002

Hebammen	1999	2002
Hebammen in Krankenanstalten	240	284*
freipraktizierende Hebammen	135**	162**
Familienhebammen der MA 15	10	9
insgesamt	298***	333***

* 267 Hebammen waren in Wiener Krankenanstalten tätig, 17 Hebammen in Krankenanstalten außerhalb Wiens. 1999 waren 22 Hebammen in Krankenanstalten außerhalb Wiens beschäftigt.

** Inklusive Hebammen, die gleichzeitig frei praktizieren und auch als Hebammen in Krankenanstalten tätig sind. 1999 gab es 48, im Jahr 2002 40 Hebammen, die nur freiberuflich tätig waren.

*** Die Gesamtzahl ergibt sich jeweils aus den Hebammen in Krankenanstalten innerhalb und außerhalb Wiens, den ausschließlich freipraktizierenden Hebammen sowie den Familienhebammen der MA 15.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1; eigene Berechnungen.

12.3.6 Ausbildungen in Wien

Wiener Ausbildungsstätten gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Dienstes (MTD-G), Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), Hebammengesetz (HebG) und Sanitättergesetz (SanG), Stand 31.12.2002:

- 16 Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, davon
 - 14 Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (10 KAV, 4 Privat);
 - 1 Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege (KAV);
 - 1 Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (KAV);

- 6 Pflegehilflehrgänge (2 KAV, 4 Privat);
- 10 Medizinisch-technische Akademien (10 KAV);
- 1 Hebammenakademie (KAV);
- 1 Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst (KAV);
- 16 Ausbildungsstätten für Sanitätshilfsdienste (3 KAV, 1 MA 70, 1 MA 15, 11 Privat);
- 28 Ausbildungen für Sanitätter (1 MA 70, 8 Privat);
- 44 Sonderausbildungen, Weiterbildungen und Universitätslehrgänge, davon
 - 14 Sonderausbildungen KAV (8 im Gesundheits- und Krankenpflege- und 6 im MTD-Bereich);
 - 4 Sonderausbildungen Privat (2 im Gesundheits- und Krankenpflege-, 2 im MTD-Bereich);
 - 24 Weiterbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege (7 KAV, 17 Privat);
 - 2 Universitätslehrgänge für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Tabelle 12.14: Ausbildungen in Wien gemäß GuKG, MTD-G, MTF-SHD-G und HebG und SanG, Wien 2002

Ausbildungen	mit Diplom/Zeugnis abgeschlossen	Nostrifikation abgeschlossen
gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	572	88
Pflegehilfe	168	37
gehobene medizinisch-technische Dienste	250	9
medizinisch-technischer Fachdienst	27	0
Sanitätshilfsdienste und Sanitäter	864	6
Hebammen	1	7
Sonderausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den medizinisch-technischen Diensten	256	4
Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	115	0
Universitätslehrgänge für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	0	0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1.

12.3.7 Psychosoziale Betreuung

Kuratorium Psychosozialer Dienste

Ziel des „Kuratoriums für Psychosoziale Dienste“ (PSD) ist es, die Behandlung und die Betreuung psychisch Kranker außerhalb der stationären Einrichtungen zu ermöglichen. Wien ist in acht psychosoziale Regionen unterteilt, in denen sich jeweils ein sozialpsychiatrisches Ambulatorium mit komplementären Einrichtungen wie Tageskliniken, Wohnheimen und geschützten Werkstätten befindet. Zusammen mit den stationären Einrichtungen bilden diese teilstationären und ambulanten Betreuungsdienste eine umfassende Versorgung psychisch kranker Personen.

Für die psychosoziale Versorgung gibt es in Wien neben den acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien noch einen sozialpsychiatrischen Notdienst, ein Ambulatorium für Suchtkranke, Einrichtungen zur Übergangspflege sowie sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zur Entgiftungsstation des Wilhelminenspitals. Von den MitarbeiterInnen des Psychosozialen Dienstes wurden im Berichtsjahr 9.633 Personen behandelt. Insgesamt

wurden die angeführten Einrichtungen mehr als 110.000-mal konsultiert, wobei die meisten Konsultationen in den sozialpsychiatrischen Ambulatorien stattfanden (durchschnittlich 17 Konsultationen pro Person). Neben diesen Ambulatorien weist auch das Ambulatorium für Suchtkranke eine hohe, durchschnittliche Dichte von 14 Konsultationen pro Person auf.

Die Zahl der behandelten Personen (2002: 9.633) hat im Vergleich zu 2000 (9.573) leicht zugenommen, ebenso die Zahl der Konsultationen (2000: 109.801; 2002: 110.660). Hingegen haben sich im Vergleich zu 2000 in den Einrichtungen für die Übergangspflege zur Nachbetreuung von gerontopsychiatrischen PatientInnen sowohl die Anzahl der behandelten Personen (2000: 278) als auch jene der Konsultationen (2000: 2.721) halbiert. Die Anzahl der behandelten Personen in den Ambulatorien für Suchtkranke (2000: 873) ging um 45 Prozent, diejenige der Konsultationen (2000: 12.507) um ein Drittel zurück. Für denselben Zeitraum ist ein Anstieg in den Frequenzen der Sozialpsychiatrischen Verbindungsdienste zur Entgiftungsstation des Wilhelminenspitals feststellbar.

Tabelle 12.15: Leistungen des Psychosozialen Dienstes (PSD)*, Wien 2002

Art der Einrichtung	Anzahl der behandelten Personen	Anzahl der Konsultationen	durchschnittliche Konsultationen pro Person
8 sozialpsychiatrische Ambulatorien	5.594	94.725	17
Sozialpsychiatrischer Notdienst (Krisenintervention während der Nachtstunden und an Wochenenden und Feiertagen)	2.900	6.042	2
Ambulatorien für Suchtkranke (überregionale Betreuungsstelle für Drogenabhängige)	601	8.295	14
Übergangspflege (Nachbetreuung von gerontopsychiatrischen PatientInnen)	125	1.098	9
Sozialpsychiatrische Verbindungsdienste zur Entgiftungsstation des Wilhelminenspitals und zum Psychiatrischen Krankenhaus Ybbs	413	500	1
insgesamt	9.633	110.660	–

* Ohne Komplementäreinrichtungen der Sozialpsychiatrischen Ambulatorien, Abteilung für Jugend- und Behindertenpsychiatrie, Psychotherapeutische Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Konsiliardienst in Krankenhäusern.

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; Kuratorium für Psychosoziale Dienste.

PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen

Beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen werden Listen der eingetragenen klinischen PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie Listen der psychotherapeutischen, der klinisch-psychologischen und der gesundheitspsy-

chologischen Ausbildungseinrichtungen geführt. Die meisten der im Gesundheitsbereich tätigen PsychologInnen sind jedoch sowohl als GesundheitspsychologInnen als auch als klinische PsychologInnen bzw. auch als PsychotherapeutInnen verzeichnet. Überwiegend üben sie diese Tätigkeit freiberuflich bzw. sowohl freiberuflich als auch angestellt aus.

Tabelle 12.16: Eingetragene PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Wien 2002

Bezeichnung	Anteil der Eintragungen* in %			insgesamt**
	nur freiberufliche Ausübung	nur Dienstort (angestellt)	freiberuflich und angestellt	
klinische PsychologInnen	35	24	41	1.281
GesundheitspsychologInnen	36	24	40	1.279
PsychotherapeutInnen	47	9	44	2.314

* Prozentangaben auf der Basis der Daten mit Stand 31.12.2000; Doppel- und Dreifachnennungen möglich.

** Gesamtzahlen mit Stand 31.12.2002.

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG); Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).

12.4 Ärztinnen und Ärzte

Zusammenfassung

Umgerechnet auf 10.000 Wienerinnen und Wiener standen im Jahr 2002 durchschnittlich 33 FachärztInnen (davon etwa 17 im niedergelassenen Bereich), 17 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (etwa 8 davon im niedergelassenen Bereich) und 7 ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (davon etwa 6 im niedergelassenen Bereich) zur Verfügung.

Verträge mit einer Gebietskrankenkasse hatten durchschnittlich 5 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und 6 FachärztInnen sowie rund 5 ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde je 10.000 EinwohnerInnen.

Summary: Medical Practitioners

In 2002, for every 10,000 inhabitants there were 33 specialists (approximately 17 of them established), 17 general practitioners (approximately 8 of them established) and 7 dentists and dental and oral health specialists (approximately 6 of them established) in Vienna.

On average, 5 general practitioners, 6 specialists and 5 dentists and dental and oral health specialists per 10,000 inhabitants had contracts with a regional health insurance fund.

Aktueller Stand der ärztlichen Versorgung

Seit 1994 können ÄrztInnen mehrere Ordinationen betreiben, wodurch sich eine höhere Anzahl an Praxen als an niedergelassenen ÄrztInnen ergibt. Um die Vergleichbarkeit mit Daten aus früheren Jahren sicherzustellen, wird in diesem Kapitel von der Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen und nicht der Praxen ausgegangen.

Mit Stand 31.12.2002 waren bei der Österreichischen Ärztekammer rund 10.800 ÄrztInnen für Wien gemeldet. Somit kamen 69,7 ÄrztInnen auf 10.000 EinwohnerInnen. Den weitaus größten Teil davon nehmen FachärztInnen ein (47 Prozent). Der Anteil der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin beträgt 24 Prozent; etwas mehr als 10 Prozent sind ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Der Anteil der in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte (TurnusärztInnen) beträgt etwa 18 Prozent.

Tabelle 12.17: ÄrztInnen nach Ausbildungskategorie, Wien 2002

Ausbildungskategorie	alle ÄrztInnen		niedergelassene ÄrztInnen	
	absolut	auf 10.000 EW*	absolut	auf 10.000 EW*
in Ausbildung stehende ÄrztInnen (Turnus)	1.996	12,9	–	–
approbierte ÄrztInnen**	52	0,3	4	–
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	2.601	16,8	1.267	8,2
FachärztInnen***	5.035	32,5	2.647	17,1
ZahnärztInnen und FachärztInnen für ZMK****	1.115	7,2	918	5,9
insgesamt	10.799	69,7	4.836	31,2

- * Bevölkerungsevidenz mit Stand 31.12.2001; Bereinigung anhand der Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.
- ** approbierte ÄrztInnen: ÄrztInnen mit einem Diplom aus Deutschland; diese sind etwa einem praktischen Arzt/einer praktischen Ärztin in Österreich gleichzusetzen. Der Großteil der approbierten ÄrztInnen in Österreich steht in Ausbildung in einem Krankenhaus (Facharztausbildung).
- *** Exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
- **** Mit dem Ärztegesetz 1998 wurden die so genannten Zahnärzte eingeführt. TurnusärztInnen, die zu diesem Zeitpunkt in Fachausbildung der Zahnheilkunde standen, konnten den „Facharzt“ noch erwerben. Gleichzeitig wurden einwandernde ZahnärztInnen aus dem EU-Raum tatsächlich als ZahnärztInnen geführt. DentistInnen gibt es derzeit weiterhin (siehe Kapitel 5), diese sind allerdings in dieser Statistik nicht erfasst.

Quelle: Österreichische Ärztekammer (Stand 31.12.2002); Magistratsabteilung 14, Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.2001); eigene Berechnungen.

Betreuung durch ÄrztInnen

Umgerechnet auf 10.000 WienerInnen und WienerInnen standen im Jahr 2002 durchschnittlich 33 FachärztInnen (davon 17 im niedergelassenen Bereich), 17 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (davon 8 im niedergelassenen Bereich) und 7 ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (davon 6 im niedergelassenen Bereich) zur Verfügung.

Die Zahlen für niedergelassene ÄrztInnen mit Gebietskrankenkasse sind allerdings deutlich niedriger: Nur durchschnittlich sechs ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und fünf FachärztInnen sowie 4,7 ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde standen 2002 je 10.000 zu Verfügung.³⁷⁵

Die durchschnittliche Anzahl von PatientInnen pro Arzt/Ärztin ist schwer festzustellen, da zum einen nur die eingereichten Krankenscheine vorliegen (welche zu dem große Schwankungen aufweisen), zum anderen die Leistungsfrequenz je PatientIn sehr unterschiedlich ist.

Von 830 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin wurden z. B. im zweiten Quartal 2002 insgesamt 743.986 Krankenscheine bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) eingereicht. Die Jahressumme der eingereichten Krankenscheine betrug 2.969.291.³⁷⁶

Die Gesamtzahl der von FachärztInnen³⁷⁷ bei der WGKK eingereichten Krankenscheine belief sich im Jahr 2002 auf 2.827.332. Darüber hinaus reichten ZahnärztInnen bzw. FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen zusammen 687.154 Krankenscheine bei der WGKK zur Abrechnung ein.

³⁷⁵ Österreichische Ärztekammer.

³⁷⁶ Jahressumme exklusive Vorsorgeuntersuchungen sowie Untersuchungen bei ärztlicher Vertretung.

³⁷⁷ Exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Tabelle 12.18: Betreuung der Wiener Bevölkerung durch ausgebildete ÄrztInnen, Wien 2002

ÄrztInnen	ÄrztInnen insgesamt		davon im niedergelassenen Bereich		davon mit GKK		davon mit WGKK	
	absolut	auf 10.000 EW*	absolut	auf 10.000 EW*	absolut	auf 10.000 EW*	absolut	auf 10.000 EW*
FachärztInnen**	5.035	32,5	2.647	17,1	954	6,2	907	5,9
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin***	2.653	17,2	1.271	8,2	824	5,3	838	5,4
ZahnärztInnen und FachärztInnen für ZMK	1.115	7,2	918	5,9	734	4,7	766	4,9
insgesamt	8.803	56,9	4.836	31,2	2.512	16,2	2.574	16,6

* Bevölkerungsevidenz mit Stand 31.12.2001; Bereinigung anhand der Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

** Exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

*** Inklusive approbierte ÄrztInnen.

Quelle: Österreichische Ärztekammer (Stand 31.12.2002); Magistratsabteilung 14, Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.2001); Wiener Gebietskrankenkasse (Stand 31.12.2002); eigene Berechnungen.

Kassenärztliche Versorgung

Rund 80 Prozent der in Wien lebenden bzw. tätigen Personen sind bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert. Für die aktuelle ambulante Versorgung der Bevölkerung stellt daher die Zahl der ÄrztInnen und FachärztInnen, welche einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse haben, die wichtigste und aussagekräftigste Kennzahl dar. In der überwiegenden Zahl der Fälle haben Ärzte neben dem Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse auch Verträge mit den kleineren Krankenversicherungsanstalten, wie z. B. der Versicherungsanstalt Öffentlich Bediensteter (rund sieben

Prozent der Versicherten) oder der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (rund fünf Prozent der Versicherten).

Die regionale Versorgung der Bevölkerung ist nicht nur nach Bezirken unterschiedlich, sondern weist auch lokal im Zeitverlauf eine wellenförmige Entwicklung und eine unterschiedliche Bedarfsstruktur auf. Besonders drastisch ist diese Entwicklung in Neubaugebieten, in denen sich anfangs vor allem junge Familien mit Kindern ansiedeln. Oft schon nach ein bis zwei Jahrzehnten tritt jedoch eine völlige Änderung der Bevölkerungszusammensetzung in diesen Gebieten ein.

Tabelle 12.19: Krankenversicherung: versicherte Mitglieder in Wien zu Jahresende 2002*

Versicherungsanstalten, Träger**	insgesamt	männlich	weiblich
WGKK	1.079.170	475.663	603.507
KFA	67.147	32.004	35.143
VA öffentlich Bediensteter	94.244	47.976	46.268
VA der österreichischen Eisenbahnen	33.715	23.970	9.745
VA des österreichischen Bergbaues	1.270	899	371
SVA der gewerblichen Wirtschaft	85.538	53.501	32.037
SVA der Bauern	1.970	1.068	902
BKK Verkehrsbetriebe	14.807	11.204	3.603
BKK Staatsdruckerei	–	–	–
BKK Tabakwerke	855	397	458
BKK Semperit	537	186	351
BKK Neusiedler	77	28	49
insgesamt	1.379.330	646.896	732.434

* Inklusive Mitversicherte.

** Verwendete Abkürzungen: GKK – Gebietskrankenkasse; KFA – Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien; VA – Versicherungsanstalt; SVA – Sozialversicherungsanstalt; BKK – Betriebskrankenkasse.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Die Angaben zu den ÄrztInnen mit Kassenvertrag seitens der Österreichischen Ärztekammer und der Wiener Gebietskrankenkasse weichen voneinander ab. Die Österreichische Ärztekammer erfasst jene ÄrztInnen in Wien, die in Vertrag mit einer der Gebietskrankenkassen

stehen, die WGKK erfasst ausschließlich jene, die einen Vertrag mit der WGKK haben. Im nachfolgenden Abschnitt werden für die KassenärztInnen die Daten der WGKK verwendet.

Tabelle 12.20: Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und niedergelassene FachärztInnen, Wien 1981–2002

Jahr	niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin		EW pro Kassenarzt/-ärztin	niedergelassene FachärztInnen ¹		EW pro Kassenfacharzt/-ärztin
	insgesamt	mit WGKK		insgesamt	mit WGKK	
1981 ²	1.099	770	1.989	1.898	846	1.810
1982	1.114	777	1.985	1.945	852	1.810
1983	1.138	799	1.912	1.974	855	1.786
1984	1.145	805	1.885	2.006	850	1.785
1985	1.146	814	1.853	2.037	854	1.766
1986	1.136	806	1.866	2.043	856	1.757
1987	1.134	814	1.850	2.083	855	1.762
1988 ³	1.189	816	1.877	2.158	871	1.758
1989	1.249	821	1.883	2.242	871	1.775
1990	1.249	819	1.910	2.321	873	1.792
1991	1.336	815	1.953	2.388	874	1.821
1992	1.366	813	1.953	2.450	878	1.836
1993 ⁴	1.424	815	2.015	2.522	882	1.862
1994	1.455	812	2.028	2.593	890	1.842
1995 ⁵	1.471	807	2.028	2.705	908	1.802
1996 ⁶	1.518	815	1.983	2.823	934	1.730
1997	1.546	822	1.958	2.926	961	1.675
1998 ⁹	1.581	831	1.934	3.034	960	1.658
1999	1.229	837	1.921	2.508	966	1.665
2000	1.229	834	1.937	2.546	966	1.672
2001 ⁷	1.259	835	1.853	2.588	970	1.595
2002 ⁸	1.271	838	1.846	2.636	970	1.595

1 Exklusive ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

2 Ergebnisse Volkszählung ÖSTAT 1981.

3 Bestandskorrektur um 17.851 Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft.

4 Bestandskorrektur um -2.065 Inländer und +16.760.

5 Bis 1995 ordentlicher Wohnsitz.

6) Ab 1996 Hauptwohnsitz.

7 Bereinigung anhand der Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

8 Infolge Einführung des Zentralen Melderegisters liegen noch keine Daten zur Bevölkerungsfortschreibung und Wanderung vor. Aus diesem Grund wurden die Bevölkerungsdaten von 2001 verwendet.

9 Bis 1998 inklusive WohnsitzärztInnen, das sind ÄrztInnen bzw. FachärztInnen, die weder eine Ordination noch ein Anstellungsverhältnis haben.

Quelle: Volkszählung ÖSTAT; Bevölkerungszahl 1981; Magistratsabteilung 66; Magistratsabteilung 14 – ADV, Bevölkerungszahlen ab 1982; Magistratsabteilung 62, Bestandsstatistik; Österreichische Ärztekammer; Wiener Gebietskrankenkasse; eigene Berechnungen.

Aufgrund geänderter Erfassungsmethoden zur Bestandsstatistik der Bevölkerung in Wien sind die Ergebnisse zu EinwohnerInnen je Kassenarzt in der oben angeführten Tabelle in ihrem Zeitablauf nur bedingt aussagefähig. Die Zahl der **FachärztInnen** mit Gebietskrankenkaservertrag hat vor allem ab 1994 zugenommen. Sind 1996 auf einen Facharzt mit Kassenvertrag 1.730 EinwohnerInnen gekommen, waren es 1999 1.665 EinwohnerInnen. 2002 versorgte ein Kassenfacharzt/eine Kassenfachärztin durchschnittlich 1.595 EinwohnerInnen. Die Zahl der EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin für **Allgemeinmedizin** mit Vertrag bei der Wiener Gebietskrankenkasse hat sich zwischen 1981 und 1999 von 1.989 EinwohnerInnen im Jahr 1981 auf 1.921 im Jahr 1999 verändert. Im Jahr 2002 wurden durchschnittlich 1.846 EinwohnerInnen von einem/einer Kassenarzt/Kassenärztin für Allgemeinmedizin versorgt.

In den Tabellen 20 und 22 (Österreichische Ärztekammer) bzw. Tabelle 23 und 24 (Ärztekammer für Wien) wird die unterschiedliche Erfassung hinsichtlich der Gesamtanzahl der niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin bzw. niedergelassenen FachärztInnen sichtbar.

Die Angaben der Ärztekammer für Wien beziehen sich auf die Anzahl der Ordinationen niedergelassener Ärz-

tInnen für Allgemeinmedizin bzw. niedergelassener FachärztInnen. Die Österreichische Ärztekammer hingegen weist seit 1999 die Anzahl an ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie FachärztInnen exklusive WohnsitzärztInnen, das sind ÄrztInnen, die weder eine Ordination noch ein Anstellungsverhältnis haben, aus. Sie fallen unter die Vollversicherung nach dem GSVG.

Wiener Gebietskrankenkasse – ÄrztInnendichte pro Bezirk

Ende 2002 gab es in Wien 838 (1999: 837) ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit WGKK-Vertrag. Umgerechnet auf die EinwohnerInnenzahlen bedeutet dies, dass – im statistischen Durchschnitt – jeweils ein Kassenarzt/eine Kassenärztin für die Versorgung von 1.846 EinwohnerInnen zur Verfügung stand.

Tatsächlich ist aber die ärztliche Versorgungsdichte in den einzelnen Wiener Gemeindebezirken stark unterschiedlich. Die Berechnung nach EinwohnerInnen pro Kassenarzt/-ärztin macht dieses Ungleichgewicht deutlich. Am besten mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin versorgt sind die Bezirke 4, 5, 16 und 18 (zwischen 1.531 und 1.687 EinwohnerInnen je Arzt/Ärztin). Ebenso liegen die Bezirke 15, 17, 19 und 21 über dem Durchschnitt.

Tabelle 12.21: Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit Vertrag bei der Wiener Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 2002

Bezirk	niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin			
	insgesamt*	EW pro Arzt/Ärztin**	mit WGKK	EW pro Kassenarzt/-ärztin**
1.	65	268	9	1.937
2.	70	128	47	1.915
3.	79	1.038	43	1.908
4.	48	587	17	1.657
5.	51	959	29	1.687
6.	43	645	15	1.848
7.	55	514	15	1.886
8.	57	387	12	1.838
9.	68	546	19	1.953
10.	101	1.488	81	1.855
11.	51	1.521	38	2.041
12.	72	1.086	42	1.861
13.	83	594	23	2.144
14.	75	1.034	40	1.940
15.	54	1.188	38	1.688
16.	81	1.056	52	1.645
17.	42	1.145	28	1.718
18.	79	562	29	1.531
19.	100	644	37	1.740
20.	52	1.441	39	1.922
21.	90	1.428	73	1.760
22.	79	1.730	65	2.103
23.	77	1.103	47	1.807
insgesamt	1.572	984	838	1.846

* Angaben beruhen auf der Anzahl der Ordinationen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin.

** Berechnung auf der Grundlage der bereinigten Volkszählungsdaten 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

Quelle: Magistratsabteilung 15, Dezernat I, und Ärztekammer für Wien: Gesamtangaben zu niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin; Wiener Gebietskrankenkasse: Angaben zu niedergelassenen FachärztInnen mit WGKK-Vertrag; Magistratsabteilung 14: Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.2001); eigene Berechnungen.

Tabelle 12.22: Niedergelassene FachärztInnen mit Vertrag bei der Wiener Gebietskrankenkasse nach Bezirken, 2002

Bezirk	niedergelassene FachärztInnen*			
	insgesamt**	EW pro FachärztIn***	mit WGKK	EW pro KassenfachärztIn***
1.	245	71	38	459
2.	112	803	48	1.875
3.	164	500	44	1.865
4.	106	266	27	1.043
5.	55	890	29	1.687
6.	112	247	29	956
7.	98	289	20	1.414
8.	186	119	28	788
9.	327	113	39	951
10.	105	1.431	71	2.117
11.	52	1.491	41	1.892
12.	102	766	45	1.737
13.	194	253	41	1.203
14.	123	631	44	1.764
15.	83	773	38	1.688
16.	94	910	46	1.859
17.	95	506	38	1.266
18.	202	220	36	1.233
19.	300	215	44	1.463
20.	58	1.292	42	1.785
21.	104	1.236	65	1.977
22.	122	1.121	68	2.010
23.	92	923	49	1.733
insgesamt	3.131	494	970	1.595

* Exklusive ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

** Angaben beruhen auf der Anzahl der Ordinationen von FachärztInnen.

*** Berechnungsgrundlage: bereinigte Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernat I, und Ärztekammer für Wien: Gesamtangaben zu niedergelassenen FachärztInnen; Wiener Gebietskrankenkasse: Angaben zu niedergelassenen FachärztInnen mit WGKK-Vertrag; Magistratsabteilung 14: Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.2001); eigene Berechnungen.

Betrachtet man die rein zahlenmäßige Verteilung der FachärztInnen (ohne ZahnärztInnen bzw. FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) in den einzelnen Bezirken, so finden sich zwar die meisten FachärztInnen in Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse in den bevölkerungsstärksten Bezirken 10, 21 und 22. Dies ist jedoch nicht generell mit einer optimalen Pro-Kopf-Versorgung der Bevölkerung mit FachärztInnen in diesen Bezirken gleichzusetzen. Berechnet man die zu versorgenden EinwohnerInnen pro Kassenfacharzt/-fachärztin, so sind die Bezirke 1, 8 und 9 am besten versorgt (zwischen 459 und 951 EinwohnerInnen je Facharzt/Fachärztin). Ebenfalls über dem Durchschnitt von 1.595 EinwohnerInnen pro Facharzt/Fachärztin liegen die Bezirke 4, 6, 7, 9, 13, 17, und 18. Der 10., 21. sowie der 22. Bezirk sind hingegen – trotz

dem zahlenmäßigen Überwiegen der FachärztInnen in diesen drei Bezirken – am schlechtesten mit FachärztInnen versorgt (zwischen 1.977 und 2.117 EinwohnerInnen pro Facharzt/Fachärztin).

Im Allgemeinen ist die Versorgungsdichte mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin regional ausgeglichener als die Versorgungsdichte mit FachärztInnen. Die meisten FachärztInnen mit Wiener Gebietskrankenkassenvertrag finden sich in den Bereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Innere Medizin, gefolgt von Augenheilkunde, Kinderheilkunde, Orthopädie und Radiologie.

Die höchste Konzentration an FachärztInnen findet sich naturgemäß in der Innenstadt (1. Bezirk). Umge-

rechnet auf die Zahl der BezirksbewohnerInnen kommen auf eine/n Facharzt/Fachärztin für **Radiologie** im 1. Bezirk 2.490 EinwohnerInnen und im 23. Bezirk 42.454 EinwohnerInnen (Durchschnitt in Wien: rund 18.420 Personen). Durchschnittlich versorgt ein Facharzt/eine Fachärztin für **Innere Medizin** in Wien 13.113 Personen, im 2. Wiener Gemeindebezirk 17.998 EinwohnerInnen. Den 150.291 BewohnerInnen des 10. Bezirks stehen sieben FachärztInnen für **Orthopädie und orthopädische Chirurgie** zur Verfügung, d. h. 21.470 Personen pro Fachart/Fachärztin. Im Vergleich dazu liegt der Durchschnitt in Wien bei 17.385 EinwohnerInnen. Auffallend große Unterschiede gibt es auch

bei den FachärztInnen für **Augenheilkunde**. Für einen Facharzt/eine Fachärztin für **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** liegt der Durchschnitt in Wien bei 12.787 EinwohnerInnen. In den Bezirken 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22 und 23 wird dieser Wert überschritten. Im 1. Bezirk wurden 2002 durchschnittlich 2.490 Frauen von einem Facharzt/einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe betreut. Ein Facharzt/eine Fachärztin für **Kinderheilkunde** versorgte 17.192 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre. Die Bezirke 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14 und 21 lagen über diesem Durchschnitt.

Tabelle 12.23: Niedergelassene FachärztInnen mit WGKK-Vertrag, Wien 2002

Fachrichtungen	Bezirke																							insges.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Augenheilkunde	4	4	4	3	5	3	3	4	3	5	4	4	6	5	3	2	3	3	3	3	3	5	7	5	91
Chirurgie	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	2	2	41
Dermatologie	1	4	4	2	2	3	2	2	3	7	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	5	4	4	77
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7	7	6	5	3	3	2	2	3	9	4	4	4	5	4	6	8	5	6	5	6	7	10	6	121
Innere Medizin	5	5	5	2	4	3	2	3	3	11	5	5	6	6	6	6	4	6	5	6	8	7	5	5	118
Kinderheilkunde	2	4	4	2	2	2	1	2	2	6	4	5	3	3	4	6	3	4	4	5	7	9	6	90	
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3	4	2	1	2	3	1	2	2	6	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	4	4	3	64	
Lungenkrankheiten	0	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2	40	
Neurologie und Psychiatrie	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	3	2	2	2	1	1	3	1	2	2	2	1	30	
Neurochirurgie	0	1	1	1	2	1	1	1	0	4	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	2	2	2	26	
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	3	4	4	3	3	2	3	2	3	7	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	7	6	5	89	
Urologie	1	2	2	2	2	2	0	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	4	3	45	
Pathologie	0	0	1	0	0	1	0	0	5	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	12	
medizinische und chemische Labordiagnostik	3	2	1	1	0	0	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	24	
Physikalische Medizin	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	0	2	1	2	18	
Radiologie	7	4	4	1	2	2	1	4	6	6	3	3	3	5	2	4	3	4	3	3	6	6	2	84	
insgesamt	38	48	44	44	27	29	29	28	39	71	41	45	41	44	38	46	38	36	44	42	65	68	49	970	

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (Stand vom 31.12.2002).

Tabelle 12.24: EinwohnerInnen je niedergelassener Fachärztin/niedergelassenem Facharzt mit WGKK-Vertrag nach Bezirken, Wien 2002¹⁾

Fachrichtungen	Bezirke															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Augenheilkunde	4.358	22.497	20.510	9.391	9.786	9.239	9.429	5.514	12.369	30.058	19.389	19.544	8.217	15.521	21.379	42.764
Chirurgie	17.431	44.994	41.019	28.172	48.928	27.716	28.287	22.057	37.108	75.146	38.778	39.087	24.652	38.802	32.069	85.528
Dermatologie	17.431	22.497	20.510	14.086	24.464	9.239	14.144	11.029	12.369	21.470	19.389	19.544	16.434	25.868	21.379	21.382
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2.490	12.856	13.673	5.634	16.309	9.239	14.144	11.029	12.369	16.699	19.389	19.544	12.326	15.521	16.034	14.255
Innere Medizin	3.486	17.998	16.408	14.086	12.232	9.239	14.144	7.352	12.369	13.663	15.511	15.635	8.217	12.934	10.690	14.255
Kinderheilkunde	8.716	22.497	20.510	14.086	24.464	13.858	28.287	11.029	18.554	25.049	19.389	15.635	16.434	25.868	16.034	14.255
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	5.810	22.497	41.019	28.172	24.464	9.239	28.287	11.029	18.554	25.049	25.852	26.058	24.652	25.868	21.379	28.509
Lungenkrankheiten	0	44.994	27.346	28.172	48.928	27.716	28.287	22.057	37.108	50.097	38.778	39.087	49.304	38.802	32.069	28.509
Neurologie und Psychiatrie	17.431	89.988	82.038	28.172	0	27.716	28.287	0	37.108	0	38.778	26.058	24.652	38.802	64.147	85.528
Neurochirurgie	0	89.988	82.038	28.172	24.464	27.716	28.287	22.057	0	37.573	0	78.174	49.304	0	64.147	85.528
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	5.810	22.497	20.510	9.391	16.309	13.858	9.429	11.029	12.369	21.470	19.389	19.544	16.434	19.401	16.034	21.382
Urologie	17.431	44.994	41.019	14.086	24.464	13.858	0	22.057	12.369	50.097	38.778	39.087	24.652	38.802	32.069	42.764
Pathologie	0	0	82.038	0	0	27.716	0	0	7.422	0	0	78.174	49.304	0	64.147	85.528
medizinische und chemische Labordiagnostik	5.810	44.994	82.038	28.172	0	0	28.287	11.029	12.369	150.291	77.555	78.174	49.304	38.802	64.147	85.528
Physikalische Medizin	0	44.994	0	28.172	0	27.716	0	22.057	0	150.291	77.555	78.174	49.304	0	0	85.528
Radiologie	2.490	22.497	20.510	28.172	24.464	13.858	28.287	5.514	6.185	25.049	25.852	26.058	16.434	15.521	32.069	21.382
insgesamt	459	1.875	1.865	1.043	1.687	956	1.414	788	951	2.117	1.892	1.737	1.203	1.764	1.688	1.859

Tabelle 12.24: (Fortsetzung) EinwohnerInnen je niedergelassener Fachärztin/niedergelassenem Facharzt mit WGKK-Vertrag nach Bezirken, Wien 2002*

Fachrichtungen	Bezirke										insgesamt
	17	18	19	20	21	22	23				
Augenheilkunde	16.060	14.799	21.463	24.985	25.703	19.529	16.982			17.003	
Chirurgie	24.046	22.199	21.463	37.477	32.129	68.352	42.454			37.738	
Dermatologie	12.023	22.199	21.463	18.739	32.129	27.341	21.227			20.095	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6.011	8.880	10.732	14.991	18.360	13.670	14.151			12.787	
Innere Medizin	12.023	7.400	12.878	12.492	16.065	19.529	16.982			13.113	
Kinderheilkunde	16.060	11.100	16.097	14.991	18.360	15.189	14.151			17.192	
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	24.046	22.199	21.463	24.985	32.129	34.176	28.303			24.176	
Lungenkrankheiten	48.091	22.199	32.195	37.477	64.259	22.784	42.454			38.682	
Neurologie und Psychiatrie	48.091	14.799	64.389	37.477	64.259	68.352	84.908			51.576	
Neurochirurgie	48.091	0	32.195	64.389	64.259	68.352	42.454			59.511	
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	12.023	22.199	16.097	18.739	18.360	22.784	16.982			17.385	
Urologie	48.091	44.389	64.389	37.477	32.129	45.568	28.303			34.384	
Pathologie	0	0	32.195	0	128.517	0	0			128.940	
medizinische und chemische Labordiagnostik	48.091	0	0	0	0	136.704	84.908			64.470	
Physikalische Medizin	48.091	0	32.195	0	64.259	136.704	42.454			85.960	
Radiologie	16.060	11.100	21.463	24.985	21.420	22.784	42.454			18.420	
insgesamt	1.266	1.233	1.463	1.785	1.977	2.010	1.733			1.595	

* Bereinigung anhand der Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (Stand vom 31.12.2002); Magistratsabteilung 14: Bevölkerungsevidenz von Wien (Stand 31.12.2001); eigene Berechnungen.

Visiten

2002 wurden rund 422.500 Visiten (Hausbesuche) von niedergelassenen KassenärztInnen für Allgemeinmedizin (WGKK) und rund 33.000 Visiten von Kassenfach-

ärztInnen (WGKK) durchgeführt. Über den Ärztefunkdienst der Wiener Ärztekammer wurden rund 58.400 Visiten durchgeführt. Im Vergleich zu den Durchschnittswerten der vergangenen drei Jahre bedeutet dies einen Rückgang der Visiten in allen drei Sparten.

Tabelle 12.25: Übersicht über die 2002 in Wien durchgeführten Visiten

Visiten durch ...	Anzahl der Visiten*	
	Ø 1999–2001	2002
... niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (mit WGKK)	450.745	422.465
... niedergelassene FachärztInnen (mit WGKK)	33.139	32.809
... den Ärztefunkdienst der Ärztekammer für Wien	62.636	58.375

* Visiten bei PatientInnen der so genannten kleinen Krankenkassen (BVA, KFA, VA, Gew.SVA) sind hier nicht inkludiert.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (Stand 31.12.2002).

12.5 ZahnärztInnen, FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen

Zusammenfassung

Ende 2002 gab es in Wien 918 niedergelassene ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie 42 DentistInnen. Während die Anzahl der DentistInnen aufgrund der 1975 eingestellten Ausbildung alljährlich deutlich zurückgeht, nimmt die Anzahl der ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde insbesondere seit 1994 deutlich zu. Rund 80 Prozent der niedergelassenen ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen hatten 2002 einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse.

Summary: Dentists, Dental and Oral Health Specialists and Dental Technicians

At the end of 2002, there were 918 established dentists and dental and oral health specialists and 42 dental technicians in Vienna. While the number of dental technicians has been declining rapidly since the training for dental technicians was abolished in 1975, the number of dentists and of dental and oral health specialists has been increasing steadily, especially since 1994. In 2002, approximately 80 percent of the established dentists, dental and oral health specialists and dental technicians had a contract with the Vienna Health Insurance Fund.

Niedergelassene ZahnärztInnen

Tabelle 12.26: Niedergelassene ZahnärztInnen, FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen, Wien 1999–2002

	insgesamt		davon mit WGKK	
	Ø 1999-2001	2002	Ø 1999-2001	2002
ZahnärztInnen und FachärztInnen für ZMK	896	918	735	740
DentistInnen	47	42	34	26
insgesamt	943	960	769	766

Quelle: Österreichische Ärztekammer; Österreichische Dentistenkammer; Wiener Gebietskrankenkasse.

Mit Stand vom 31. Dezember 2002 gab es in Wien insgesamt 918 niedergelassene ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie 42 DentistInnen. Da die Ausbildung zum Dentisten/zur Dentistin mit 31.12.1975 eingestellt wurde, nimmt der Anteil dieser Berufsgruppe naturgemäß kontinuierlich ab. Rund 80 Prozent der niedergelassenen ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen haben einen Vertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse.

Mit dem Ärztegesetz 1998 wurden die so genannten ZahnärztInnen eingeführt. TurnusärztInnen, die zu diesem Zeitpunkt in Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde waren, konnten den Status des Facharztes/der Fachärztin noch erwerben. Aus dem EU-Raum einwandernde Zahnärzte wurden als ZahnärztInnen geführt.

Tabelle 12.27: Niedergelassene ZahnärztInnen und FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und DentistInnen, Wien 2002

Bezirk	ZahnärztInnen und FachärztInnen für ZMK	DentistInnen	insgesamt	auf 10.000 EW*
1.	42	1	43	25
2.	37	1	38	4
3.	43	1	44	5
4.	24	0	24	9
5.	20	3	23	5
6.	21	0	21	8
7.	25	2	27	10
8.	18	2	20	9
9.	41	2	43	12
10.	54	1	55	4
11.	23	1	24	3
12.	39	0	39	5
13.	22	2	40	8
14.	34	2	36	5
15.	29	2	31	5
16.	40	1	41	5
17.	27	2	29	6
18.	27	0	27	6
19.	32	0	32	5
20.	27	1	28	4
21.	45	0	45	4
22.	43	0	43	3
23.	27	2	29	3
insgesamt	740	26	766	5

* Bevölkerungsevidenz bereinigt anhand der Volkszählung 2001; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (Stand 31.12.2002); eigene Berechnungen.

12.6 Apotheken

Zusammenfassung

288 öffentliche Apotheken standen der Wiener Bevölkerung 2002 für die medikamentöse Versorgung zur Verfügung. Es gibt unterschiedliche Versorgungsraten in den einzelnen Stadtteilen. Die innere Stadt nimmt dabei naturgemäß mit Abstand eine Spitzenposition ein.

Summary: Pharmacies

In 2002, there were 288 public pharmacies Vienna. The supply situation varies across the municipal districts; the 1st district (city centre) has the highest number of pharmacies per inhabitant.

Versorgungsgrad

2002 standen in Wien insgesamt 288 öffentliche Apotheken für die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten zur Verfügung. Seit dem Jahr 2000 wurden in Wien insgesamt 11 Apotheken neu eröffnet. Die Verteilung der Apotheken in Wien ist während der letzten Jahre weitgehend unverändert geblieben und zeigt ein gewisses Ungleichgewicht zwischen den einzelnen Stadtgebieten. Während die Apotheken in den inneren Bezirken, besonders im 1. Bezirk (21 Apotheken), dicht situiert sind, finden sich in den peripheren, neu errichteten Bezirksteilen nur relativ wenige Apotheken.

Bis 1998 gestaltete sich die Neuerrichtung einer Apotheke aufgrund der Bestimmungen des Apothekengesetzes als sehr schwierig. In diesem Jahr traten zwei Apothekengesetznovellen in Kraft (BGBl. I Nr. 53/98 und BGBl. I Nr. 120/98), welche die sachlichen Voraussetzungen der Konzessionserteilung betreffen.³⁷⁸

Aufgrund einer Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes wurde neu festgesetzt, dass es für die Erteilung einer neuen Apothekenkonzession nicht mehr erforderlich ist, dass mindestens 5.500 Personen von der zukünftigen Betriebsstätte aus mit Arzneimitteln zu versorgen sind. Dadurch können die Konzessions-

erteilungsverfahren jetzt rascher, unbürokratischer und günstiger für den Antragsteller durchgeführt werden.

In den darauf folgenden Jahren stieg die Anzahl der Anträge für neue Apothekenkonzessionen in Wien deutlich an, ebenso die Anzahl der in Wien eröffneten Apotheken. Diese Tendenz setzte sich hinsichtlich der Neueröffnungen von Apotheken in Wien in den Jahren 2000 bis 2002 fort. Im Jahr 2000 wurden in Wien 7 Apotheken eröffnet. In den Jahren 2001 und 2002 jeweils 2.

Im Durchschnitt hat in Wien eine öffentliche Apotheke 5.372 EinwohnerInnen zu versorgen. Wenngleich es in einigen Bezirken aufgrund der Neueröffnungen der letzten Jahre zu einer Änderung der Versorgungsdichte gekommen ist, sind je nach Bezirk unterschiedliche Versorgungsraten festzustellen: Mit jeweils mehr als 8.000 EinwohnerInnen pro Apotheke weist nur mehr der 13. Bezirk (Hietzing) und der 22. Bezirk (Wien-Donaustadt) eine unterdurchschnittliche Dichte an Apotheken auf. In der Inneren Stadt ist mit 830 EinwohnerInnen pro Apotheke nach wie vor die eindeutig höchste Versorgungsrate festzustellen. Allerdings ist hierbei der größere Einzugsbereich in das Stadtzentrum zu berücksichtigen.

³⁷⁸ Das Apothekengesetz wurde zwischen 2000 und 2002 fünfmal novelliert. Die Novelle BGBl. I Nr. 16/2001 erfolgt als Reaktion auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes G 18/00 und verfolgt das Ziel, sowohl die Interessen der öffentlichen Apotheken als auch der ärztlichen Hausapotheken ausgewogen zu berücksichtigen. Durch die Novelle BGBl. I Nr. 98/2001 erfolgte die Umstellung auf Euro. Eine bedeutsame Änderung kam durch das Verwaltungsreformgesetz 2001, BGBl. I Nr. 65/2002. Durch diese Novelle wurden die wesentlichen Zuständigkeiten (z. B. Erteilung der Konzession für eine neue öffentliche Apotheke) vom Landeshauptmann auf die Ebene der Bezirksverwaltungsbehörde verlagert; der Rechtszug geht nunmehr an den Unabhängigen Verwaltungssenat des Landes (davor an das Gesundheitsressort). In bestimmten Bereichen (z. B. Verlegung einer Apotheke innerhalb ihres Standortes, Genehmigung eines Stellvertreters bei längerer Verhinderung des Konzessionärs) wurden Vollzugszuständigkeiten auch der Österreichischen Apothekerkammer übertragen. Durch die Novelle BGBl. I Nr. 33/2002 erfolgten Klarstellungen hinsichtlich der Arzneimittelabgabe aus Anstaltsapotheken.

In Österreich existieren 51 Krankenhausapotheken, 14 davon in Wiener Krankenanstalten. Somit verfügt etwa ein Viertel der Wiener Krankenanstalten über eine eigene Apotheke.

Tabelle 12.28: Anzahl der Apotheken nach Bezirk, Wien 2002

Bezirk	öffentliche Apotheken	Anstaltsapotheken	EW pro öffentlicher Apotheke*
1.	21	0	830
2.	18	1	4.999
3.	16	2	5.127
4.	8	0	3.522
5.	9	1	5.436
6.	7	1	3.959
7.	9	0	3.143
8.	5	0	4.411
9.	13	1	2.854
10.	22	1	6.831
11.	11	0	7.050
12.	13	0	6.013
13.	6	1	8.217
14.	13	2	5.969
15.	12	1	5.345
16.	15	1	5.702
17.	7	0	6.870
18.	12	0	3.670
19.	11	0	5.854
20.	11	0	6.814
21.	19	1	6.764
22.	17	1	8.041
23.	13	0	6.531
insgesamt	288	14	5.372

* Berechnung auf der Grundlage der anhand der Volkszählung 2001 bereinigten Bevölkerungsevidenz; ohne den Wien zugesprochenen Reklamationsfällen.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/5.

12.7 Wiener Rettungsdienste

Zusammenfassung

Durch die Wiener Rettungsgemeinschaft (Rettung, Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe) wurde 2002 in 178.461 Fällen 151.981 Personen erste Hilfe zuteil. Bei 975 Einsätzen wurde der Rettungshubschrauber eingesetzt.

Aus dem Tätigkeitsbericht ergibt sich, dass die Einsatzfahrten der Wiener Rettungsgemeinschaft zu einem überwiegenden Teil aufgrund von Erkrankungen erfolgen (2002: rund 66 Prozent) und nur der geringere Teil aufgrund von Verletzungen. Insgesamt überwiegen bei den Einsatzursachen die Herzkrankungen bei weitem, gefolgt von Schlaganfällen.

Summary: Ambulance Services in Vienna

In 2002, the members of the Vienna Ambulance Association (municipal ambulance service, Red Cross, Samaritans, and the Johanniter accident aid) administered first aid to 151,981 persons involved in 178,461 incidents. The rescue helicopter was flown 975 times.

According to the activity report, the majority of calls concerned illnesses (2002: approximately 66 per cent) rather than injuries or accidents. The most frequent causes by far were heart diseases, followed by strokes.

Das Wiener Rettungswesen

Das Wiener Rettungswesen ist gekennzeichnet durch ständig steigende Einsatzzahlen. 1999 waren 42 Einsatzfahrzeuge standardmäßig einsatzbereit, 2002 waren es bereits 55.

Von der **Wiener Rettungsgemeinschaft**³⁷⁹ wurden 2002 32.401 Notarztwagen- (NAW-)Einsätze, 26.616 Notarzteinsatzfahrzeuge- (NEF-)Einsätze und 117.675 Rettungstransportfahrzeuge- (RTW-)Einsätze durchgeführt.³⁸⁰ Die Fahrzeuge des Katastrophendienstes (K-Züge 1-6³⁸¹) kamen in 270 Fällen zum Einsatz, der Notarzt-Hubschrauber in 975 Fällen.

Von diesen 178.461 Einsätzen der Wiener Rettungsgemeinschaft wurden 153.702 von der Wiener Rettung geleistet (649 MitarbeiterInnen, davon 68 ÄrztInnen³⁸²). Rotes Kreuz (11.151 Ausfahrten), Arbeiter-Samariter-Bund (9.615 Ausfahrten) und Johanniter-Unfallhilfe (3.993 Ausfahrten) zusammen übernahmen somit rund 14 Prozent der Gesamtausfahrten im Jahr 2002.

Die Rettungsgemeinschaft hat bei 151.981 Personen **erste Hilfe** geleistet (davon 128.812 von der MA 70 – Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien; 10.353 vom Roten Kreuz; 8.986 vom Arbeiter-Samariter-Bund; 3.830 von der Johanniter-Unfallhilfe).

³⁷⁹ Die Wiener Rettungsgemeinschaft besteht aus: Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien (MA 70), Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund und Johanniter-Unfallhilfe.

³⁸⁰ Angaben entsprechen den durchgeführten Einsätzen inklusive Dienstfahrten.

³⁸¹ Für den Fall eines Großschadensereignisses (Stufe 1 bis 6: Katastrophe) wurden verschiedene Fahrzeuge mit genau umschriebenen Aufgaben eingerichtet und zum so genannten „K-Zug“ (Katastrophen-Zug) zusammengefasst. Das K-Zug-Konzept basiert auf der Idee, anstelle der bei verschiedenen Rettungsstationen bereitgestellten Container selbst fahrende Einheiten mit einem den Bedürfnissen besser gerecht werdenden Angebot rasch verfügbar und individuell einsetzbar zu halten. Die einzelnen Fahrzeuge des K-Zuges (Intensiv-einheit, Nachrüstwagen, Einsatzwagen für Leichtverletzte, Versorgungswagen, Bergfahrzeug, Mobiles Leitstellenfahrzeug, Intensivbetten-Transporter, Kommandowagen und Notstromaggregat) können aber bei besonderem Bedarf auch jederzeit zur Unterstützung anderer Ereignisse eingesetzt werden.

³⁸² Ende 2002 betrug der insgesamt Personalstand der Wiener Rettung 649 MitarbeiterInnen, von denen 34 im Verwaltungsbereich, 100 im Leitungs- und Leitstellenbereich und 8 im Werkstättenbereich, sowie 68 als ÄrztInnen tätig waren. 385 MitarbeiterInnen wurden dem Sanitätspersonal zugerechnet, 54 weitere dem Hilfspersonal.

Ende Dezember 2002 betrug der tägliche **Tourenstand** der Wiener Rettung:

- 9 Notarzteinsatzfahrzeuge im „24-Stunden-Einsatz“
- 5 Notarztwagen im „24-Stunden-Einsatz“
- 1 Notarztthubschrauber
- 24 Rettungstransportfahrzeuge im „24-Stunden-Einsatz“
- 8 Rettungstransportfahrzeuge im „13-Stunden-Einsatz mit drei Personen Personal“
- 6 Katastrophen-Züge 1-6
- 2 Wirtschaftsfahrzeuge
- 1 Glanzing „mit drei Personen Personal“, bei Bedarf definiert als Krankentransportwagen
- 1 Intensivbettentransporter definiert als Krankentransportwagen

Der Tourenstand beim Roten Kreuz (RK) betrug mit Ende Dezember 2002 drei Notarztwagen und zwei Rettungstransportwagen, beim Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) ein Notarztwagen und zwei Rettungstransportwagen, bei der Johanniter-Unfallhilfe (JTK) zwei Rettungstransportwagen und fallweise ein Notarztwagen.

Von der **Bettzentrale** wurden 2002 insgesamt 22.571 PatientInnen in Wiener Spitälern vermittelt, davon wurden 9.363 PatientInnen vom Arbeiter-Samariter-Bund, 3.197 PatientInnen von der Johanniter-Unfallhilfe und 10.011 PatientInnen vom Roten Kreuz befördert. Die MA 70 – Wiener Rettung führt seit 1.1.2000 Krankentransporte nur noch in Sonderfällen durch. Diese werden von der Statistik noch erfasst, die Aufgabe des Krankentransports trat jedoch in den Hintergrund. Es handelt sich dabei um 525 Ausfahrten, die durch die MA 70 – Krankentransporte durchgeführt wurden, 86 davon waren Nachttransporte. Für den überwiegenden Teil dieser PatientInnen war der Abgabeort ein Spital, wobei der Großteil in die Abteilung für

interne Medizin kam (davon 55 Prozent männlich). Am zweithäufigsten wurde die Abteilung Unfallchirurgie (davon 60 Prozent weiblich) sowie die Chirurgie allgemein (60 Prozent männlich) genannt, gefolgt von den psychiatrischen Abteilungen.

Aus dem Tätigkeitsbericht 2002 der Wiener Rettungsgemeinschaft geht hervor, dass der überwiegende Teil der Einsatzfahrten aufgrund von **Erkrankungen** (2002: rund 66 Prozent) und nur etwa ein Viertel aufgrund von **Verletzungen** stattfand. **Herzerkrankungen** hatten dabei insgesamt den größten Anteil: 32.456 Einsatzfahrten wegen Herzerkrankungen (davon waren rund 60 Prozent Frauen) und 1.288 Einsatzfahrten wegen Herzinfarkten (davon waren rund 64 Prozent Männer), gefolgt von Einsatzfahrten wegen **Schlaganfällen** (5.461). Auch die Anzahl der Einsätze aufgrund von starkem **Alkoholeinfluss** war sehr hoch (bei mehr als drei Viertel davon handelte es sich um Männer) – und zwar zehnmal so hoch wie die Einsatzhäufigkeit aufgrund von Drogenwirkungen (5.311 versus 525 Fälle).

525-mal musste eine **Reanimation** durchgeführt werden. Da im Zuge einer Systemumstellung im Jahr 2001 andere Auswahlkriterien definiert wurden, kam es 1999 zu einem starken Rückgang der Vergleichszahlen bei den Reanimationen (rund 3.000). Sehr hoch ist auch die Einsatzhäufigkeit infolge **Medikamentenmissbrauches** (894). 427 Einsätze fanden aufgrund von Suizidversuchen statt bzw. 171 nach erfolgtem **Suizid**. In mehr als 1.670 Fällen wurden Psychosen als Einsatzgrund angegeben.³⁸³ In 1.872 Fällen war der Einsatzgrund die **Geburt eines Kindes**.

Die Anzahl der **UnfallpatientInnen** betrug 2002 rund 37.600, wobei die Verkehrsunfälle mit rund 6.000 den größten Anteil der zugeordneten Unfallursachen bildeten.

³⁸³ Vgl. Kap. V – Psychische Gesundheit.

Tabelle 12.29: Tätigkeiten der „Rettungsgemeinschaft 144“, 2002

Einsatzgrund	Anzahl der PatientInnen		
	männlich	weiblich	insgesamt
PatientInnen insgesamt	69.039	82.942	151.981
Verletzte	20.069	17.534	37.603
Erkrankte	42.925	56.903	99.828
sonstige	6.045	8.505	14.550
ausgewählte EinsatzpatientInnen*			
Herzinfarkte	818	470	1.288
Herzerkrankungen	13.286	19.710	32.456
Reanimationen	332	193	525
Polytrauma	91	38	129
Schlaganfall (TIA)	2.218	3.243	5.461
Infektionen	119	79	198
Hitze**	22	22	44
Glätte**	5	6	11
Verbrennungen**	96	70	166
Geburten	7	1.865	1.872
Entbindungen***	57	107	164
Selbstmordversuch	194	233	427
Selbstmord	106	65	171
Drogen	342	183	525
Medikamente	372	522	894
Alkohol	4.101	1.210	5.311
Psychosen	829	849	1.678
Bewusstlose	1.182	1.097	2.279
UnfallpatientInnen	20.069	17.534	37.603
Verkehrsunfall	3.424	2.639	6.063
Sportunfall	1.049	401	1.450
Betriebsunfall	2.228	805	3.033
Arbeitswelt	–	–	–
häusliche Arbeit	813	1.713	2.526
Schulunfall	680	383	1.063
sonstige	11.875	11.593	23.468
Tote	1.604	1.559	3.163

* Seit 2001 ist Mord aus der Statistik herausgenommen worden, da bei Eintreffen der Rettung NotärztInnen bzw. SanitäterInnen keinen Kausalzusammenhang mit einem Verbrechen feststellen können. Diese Aufgabe obliegt der Exekutive.

** Da die Einsatzfahrten wegen Hitze, Glätte bzw. Verbrennungen für das Jahr 2002 zum Zeitpunkt der Recherchen von der zuständigen Behörde nicht ausgewertet werden konnten, sind die Daten mit Stand Ende 2001 angeführt.

*** Unter Entbindung wird die tatsächliche Geburt eines Kindes in der Wohnung oder auf dem Transport verstanden. In der Statistik wird ein Neugeborenes als männliches bzw. weibliches Kind erfasst.

Quelle: Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Beförderungsdienst der Stadt Wien.

12.8 Exkurs: Beurteilung der Gesundheitsversorgung³⁸⁴

Mag. Monika CSITKOVICS, Gesundheitsberichterstattung Wien

Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich bei der Wiener Bevölkerung eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Rund drei Viertel der Wienerinnen und Wiener betrachten sowohl das gesamte Gesundheitswesen als auch die Versorgung mit Krankenhäusern als sehr gut oder gut. Die Bewertung der Versorgung mit SeniorInnen- und Pflegeheimen liegt zwar unter jener der Krankenanstalten, dennoch ist die Mehrheit der Wienerinnen und Wiener damit zufrieden und beurteilten diese zu 62 Prozent mit sehr gut oder gut.

Auch berichteten fast alle Personen, die mit dem Gesundheitsamt oder verschiedenen Gesundheits- und Sozialzentren Kontakt hatten, gute Erfahrungen mit diesen Einrichtungen. Allerdings wurden hier vor allem von MigrantInnen gewisse Vorbehalte geäußert.

Einen zusätzlichen Bedarf an Krankenhäusern, praktischen ÄrztInnen und Apotheken sieht nur eine Minderheit der Bevölkerung (jeweils 8, 6 und 4 Prozent). Auf Bezirksebene wünschen sich vor allem die EinwohnerInnen des 11. Bezirks ein Krankenhaus (21 Prozent).

Summary: Satisfaction with the Public Health Care Institutions

In general, the Viennese population reported a very high level of satisfaction with the public health care institutions.

Approximately three quarters of the Viennese population view both the public health care system as a whole and the number and availability of hospitals as good or excellent. The rating for the number and availability of homes for the aged and nursing homes is slightly lower than for the hospitals, but nevertheless the majority of Viennese are satisfied, 62 percent view the situation as good or excellent.

Of those who had had dealings with the Vienna Health Authority or the different health and social offices, almost all reported good experiences. These rates, however, were lower among immigrants.

Only a small minority of the population feels the need for more hospitals, general practitioners, and pharmacies (8, 6 and 4 percent, respectively). When looking at the individual districts, the inhabitants of the 11th municipal district would particularly wish for a hospital (21 percent).

12.8.1 Bekanntheit, Nutzung und Beurteilung der Wiener Gesundheitseinrichtungen

Im Rahmen der Erhebung „Leben und Lebensqualität in Wien“ (2003) wurden die Befragten gebeten, das Wiener **Gesundheitswesen** anhand einer Schulnoten-Skala zu beurteilen. Auch in dieser Studie bestätigte sich, dass Wien nach wie vor ein sehr hohes Ansehen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung seiner BewohnerInnen hat. Fast drei Viertel der Befragten bewerteten das städtische Gesundheitswesen mit den Noten eins oder zwei (Note 1: 24 Prozent, Note 2: 47 Prozent); etwa ein Fünftel

gab die Note drei (19 Prozent). Nur 6 Prozent beurteilten das Wiener Gesundheitswesen mit der Note vier oder fünf (Note 4: 5 Prozent, Note 5: 1 Prozent). Der Mittelwert dieser Bewertung beträgt dabei 2,1.

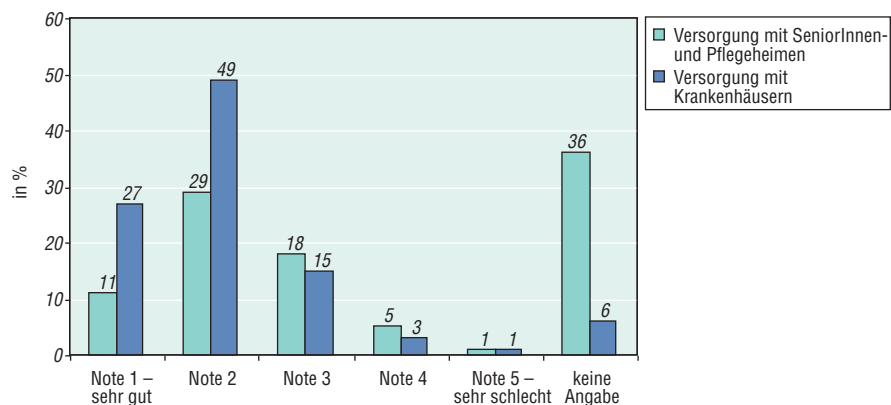
Ähnlich breiter Konsens besteht darüber, dass Wien eine gute **Krankenhausinfrastruktur** aufweist: Drei Viertel der Befragten beurteilten diese als sehr gut oder gut, 15 Prozent als mittelmäßig und nur 4 Prozent als schlecht oder sehr schlecht (*siehe Grafik 12.1*). Der Mittelwert für die Bewertung der Versorgung mit Krankenhäusern beträgt 1,9.

³⁸⁴ IFES (2003), Leben und Lebensqualität in Wien.

Ein etwas abweichendes Bild ergibt jedoch die Analyse der Zufriedenheit mit der Versorgung mit **SeniorInnen- und Pflegeheimen**. Da mehr als ein Drittel – scheinbar mangels Erfahrung mit diesen Einrichtungen – keine diesbezüglichen Angaben gemacht hat, verringern sich die Prozentwerte bei den einzelnen Beurteilungen (sehr gut/gut: 40 Prozent, mittelmäßig: 18 Prozent, schlecht/sehr schlecht: 6 Prozent). Werden nur diejenigen Personen, die eine Bewertung vornah-

men, berücksichtigt, kommt man zu folgendem Ergebnis: 62 Prozent der Wienerinnen und Wiener sind mit der Versorgung mit Einrichtungen für ältere Menschen zufrieden, 28 Prozent bewerten diese als mittelmäßig und 8 Prozent finden sie als nicht ausreichend. Es ergibt sich dabei ein Mittelwert von 2,3. Damit ist die Zufriedenheit mit der Versorgung mit SeniorInnen- und Pflegeheimen etwas geringer als jene mit der Krankenhausinfrastruktur.

Grafik 12.2: Beurteilung der Versorgung Wiens mit SeniorInnen- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern, Wien 2003, in Prozent



Quelle: IFES, *Leben und Lebensqualität in Wien, 2003*.

Bei allen genannten Bereichen überwiegt bei jenen Wienerinnen und Wienern, die innerhalb der letzten Jahre Veränderungen feststellten, der Eindruck, dass die **Entwicklung** in eine positive Richtung gegangen ist: Eine Verbesserung des Gesundheitswesens konstatierte etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27 Prozent), eine positive Entwicklung der Krankenanstalteninfrastruktur nahm rund ein Fünftel wahr (21 Prozent), und die Versorgung mit PensionistInnen- und Pflegeheimen sehen ebenfalls fast ein Viertel (24 Prozent) als verbessert. Die entsprechenden Negativbewertungen sind hingegen deutlich geringer: Den Eindruck einer Verschlechterung des Gesundheitswesens hatten 19 Prozent, einer Verschlechterung der Krankenhausinfrastruktur 11 Prozent und einer Verschlechterung der Versorgung mit SeniorInnen- und Pflegeheimen 7 Prozent.

Im Jahr vor der Befragung³⁸⁵ kontaktierten 16 Prozent der Wienerinnen und Wiener das **Gesundheitsamt**, Frauen (17 Prozent) etwas häufiger als Männer (15 Prozent). Überdurchschnittlich oft nahmen MigrantInnen dessen Leistungen in Anspruch: etwas mehr als ein Drittel (34 Prozent) der in der Türkei sowie nahezu ein Viertel (24 Prozent) der im ehemaligen Jugoslawien geborenen Zuwanderer suchten im letzten Jahr das Gesundheitsamt auf (zum Vergleich: 14 Prozent in Österreich Geborene).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten mit Kontakten zum Gesundheitsamt machte dabei eher gute Erfahrungen (84 Prozent), 13 Prozent eher weniger gute. Diese hohe Zufriedenheit zeigt sich in fast allen Bevölkerungsgruppen. Am ehesten haben junge Frauen und MigrantInnen aus der Türkei gewisse Vorbehalte. Sie

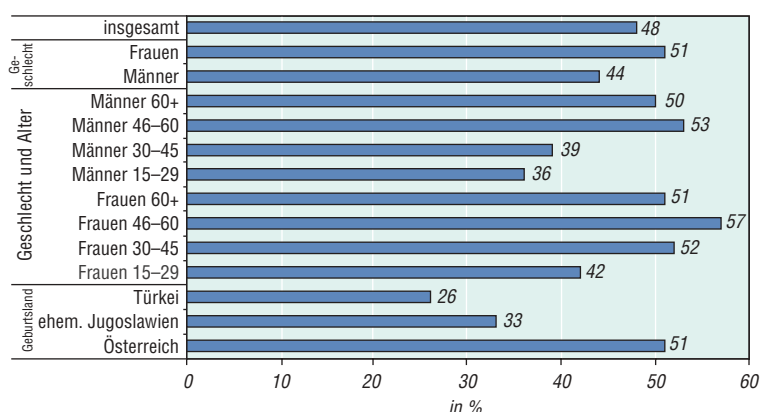
³⁸⁵ IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien*.

berichten zu 24 bzw. 23 Prozent von weniger guten Erfahrungen.

Die Gesundheits- und Sozialzentren (GSZ) im Bezirk sind fast der Hälfte der WienerInnen bekannt, Frauen etwas häufiger als Männern. Vor allem die jüngeren Frauen haben gegenüber gleichaltrigen Männern einen Wissensvorsprung. Bei den älteren Befragten gibt es

kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Deutlich unter dem Durchschnitt ist der Bekanntheitsgrad dieser Einrichtung bei MigrantInnen. Dies trifft vor allem auf die in der Türkei Geborenen zu: sie wissen nur zu rund einem Viertel über Gesundheits- und Sozialzentren Bescheid. Bei den aus dem ehemaligen Jugoslawien Zugewanderten beläuft sich der entsprechende Anteil auf ein Drittel.

Grafik 12.3: Bekanntheitsgrad der Wiener Gesundheits- und Sozialzentren, Wien 2003, in Prozent

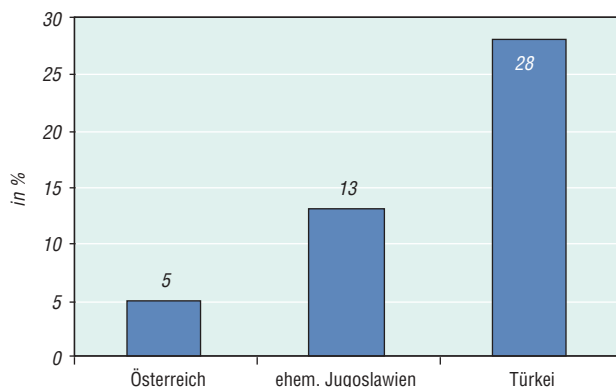


Quelle: IFES, *Leben und Lebensqualität in Wien, 2003*.

Insgesamt gaben 8 Prozent der Wienerinnen und Wiener an, dass sie die Gesundheits- und Sozialzentren schon einmal in Anspruch genommen haben. Von jenen, die sie schon genutzt haben, machten nach eige-

nen Angaben 91 Prozent eher gute, 6 Prozent eher schlechte Erfahrungen. Besonders oft äußerten sich MigrantInnen negativ, wobei TürkInnen am häufigsten von schlechten Erfahrungen berichten (28 Prozent).

Grafik 12.4: Unzufriedenheit mit Gesundheits- und Sozialzentren nach Geburtsland, Wien 2003, in Prozent



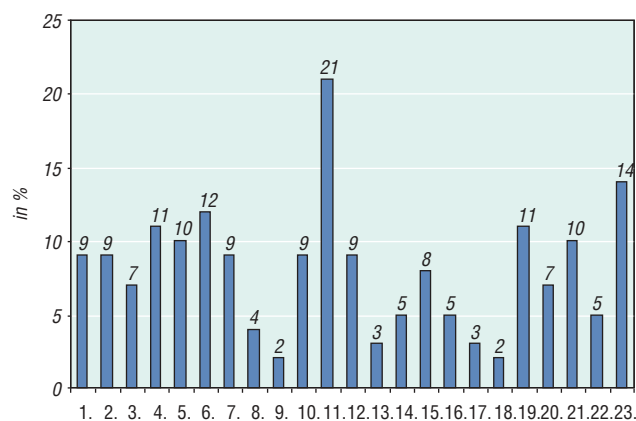
Quelle: IFES, *Leben und Lebensqualität in Wien, 2003*.

12.8.2 Beurteilung des Bedarfs an Gesundheitseinrichtungen

Die Versorgung mit Krankenhäusern, praktischen ÄrztInnen und Apotheken ist in Wien weitgehend flächendeckend gegeben.³⁸⁶ Diese flächendeckende Versorgung deckt sich im Großen und Ganzen auch mit der Beurteilung der Wiener Bevölkerung. Nur eine Minderheit sieht einen zusätzlichen Bedarf in leicht erreichbarer Nähe. Die entsprechenden Werte betragen in Hinblick auf ein Krankenhaus 8 Prozent, auf eine Apotheke 6 Prozent und auf die Niederlassung eines Arztes/einer Ärztin lediglich 4 Prozent.

Auch zwischen den einzelnen **Stadtgebieten** ist die Einschätzung eines zusätzlichen Bedarfs nicht allzu groß. Sowohl in den innerstädtischen Bezirken als auch in den locker bebauten Stadtgebieten sowie in den Randwohnanlagen halten so gut wie alle das medizinische Versorgungsnetz in der Wohnumgebung für ausreichend. Ein Krankenhaus wünschen sich am ehesten die BewohnerInnen des 11. Bezirks (zu 21 Prozent) und die BewohnerInnen am Südrand Wiens (16 Prozent). Hinsichtlich eines praktischen Arztes variiert der gewünschte zusätzliche Bedarf auf Bezirksebene zwischen 1 und 7 Prozent, in Bezug auf eine Apotheke liegen die entsprechenden Werte nur geringfügig darüber (zwischen 1 und 11 Prozent).

Grafik 12.5: Einschätzung des Bedarfs eines zusätzlichen Krankenhauses in der Wohnnähe nach Bezirken, Wien 2003, in Prozent



Quelle: IFES, *Leben und Lebensqualität in Wien, 2003*.

³⁸⁶ Siehe Kapitel weiter oben in diesem Abschnitt.

**XIII.
GESUNDHEITSAUSGABEN
IN WIEN**

***PUBLIC HEALTH
EXPENDITURE
IN VIENNA***

INHALT

13 GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN	459
13.1 EINLEITUNG	460
13.2 FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN	461
13.2.1 Ausgaben der privaten Haushalte	461
13.2.2 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung	461
13.2.3 Ausgaben der Stadt Wien	461
13.2.4 Gesundheitsausgaben und Mittelaufbringung	463
13.3 VERWENDUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN	464
13.3.1 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	466
13.3.2 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, pro Kopf	466
13.3.3 Entwicklung der Gesundheitsausgaben	467
13.4 WIEN IM BUNDESLÄNDERVERGLEICH	469
13.4.1 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung	469
13.4.2 Ausgaben der privaten Haushalte	469

13 GESUNDHEITSAUSGABEN IN WIEN

Mag. Maria M. HOFMARCHER-HOLZHACKER, MPH; Dr. Monika RIEDEL; Mag. Gerald RÖHRLING
 Institut für Höhere Studien, Wien

Zusammenfassung

Das Wohlstandsniveau eines Landes bzw. einer Region ist bestimmend für die Höhe der Gesundheitsausgaben. Infolge der höheren **Pro-Kopf-Wirtschaftsleistung** in Wien gegenüber Österreich (plus 38,5 Prozent), liegen auch die **Gesundheitsausgaben pro Kopf** in Wien mit plus 46,6 Prozent deutlich über dem entsprechenden Vergleichswert für Österreich. Im Jahr 2002 betragen die nominalen **Gesundheitsausgaben in Wien** rund 5,5 Mrd. Euro, was einer Bruttoregionalprodukt-Quote von 9,5 Prozent entspricht. Somit sind die Gesundheitsausgaben relativ zur Wirtschaftsleistung in Wien um 0,5 Prozentpunkte höher als im gesamten Bundesgebiet. Etwa 27 Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung wird in Wien erzeugt, wo 28 Prozent der Gesundheitsausgaben verbraucht werden.

Hauptfinanzier der Wiener Gesundheitsausgaben ist mit 2,3 Mrd. Euro die soziale **Krankenversicherung**, ihr Finanzierungsanteil entspricht rund 42 Prozent und liegt damit unter dem österreichischen Wert (49 Prozent). Der Anteil der **Privathaushalte** konnte nur geschätzt werden. Der aus **Steuergeldern** finanzierte Teil der Gesundheitsausgaben in Wien (29,7 Prozent) liegt jedoch deutlich über dem Österreich-Wert (18,7 Prozent).

Die **Ausgaben für stationäre Versorgung** pro WienerIn liegen um beinahe 70 Prozent über dem Pro-Kopf-Vergleichswert für Österreich, bzw. sind sie doppelt so hoch wie in Österreich exklusive Wien. Bei Berücksichtigung von GastpatientInnen verringert sich allerdings dieser Abstand auf 28 Prozent über dem Österreichwert.

Über die Zeit betrachtet haben sich die Gesundheitsausgaben in den Bundesländern in allen Leistungsbereichen an Wien angenähert.

Summary: Public Health Expenditure in Vienna

*The public health expenditure of a country or a region is determined by its prosperity. Because Vienna has a higher **GDP per capita** than the Austrian average (plus 38.5 percent), the **public health expenditure per capita** is also significantly higher (plus 46.6 percent) than for Austria overall. In 2002, the nominal **public health expenditure in Vienna** amounted to approximately 5.5 billion Euros, corresponding to a gross regional product rate of 9.5 percent. This means that in relation to the economic output, the public health expenditure is also slightly above the Austrian average (by 0.5 percent). Approximately 27 percent of the entire Austrian GDP is generated in Vienna, and Vienna spends 28 percent of the entire Austria public health expenditure.*

*The main funding for the Viennese public health expenditure comes from the social **health insurance fund** (2.3 billion Euros). Its contribution makes up 42 percent of the total expenditure and is thus below the Austrian average of 49 percent. The contribution of **private households** can only be estimated. However, the **funding from taxes** is significantly higher in Vienna than in Austria overall (29.7 versus 18.7 percent).*

*The **expenditure for inpatient care** per capita in Vienna is nearly 70 percent above the Austrian average, and twice as high as for the rest of Austria. If non-resident patients are taken out of the figure, however, the expenditure in Vienna is only 28 percent higher than in Austria overall.*

Viewed over time, the public health expenditure in the other Austrian provinces has approached those of Vienna in all areas of public health care.

13.1 Einleitung

Das Institut für Höhere Studien (IHS) wurde von der Stadt Wien, Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement zur Durchführung dieses Projektes beauftragt. Die für die folgenden Analysen erforderlichen Daten wurden den Rechnungsabschlüssen für Wien, Statistik Austria, dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Gebietskrankenkasse Wien bzw. dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entnommen und mit eigenen Schätzungen ergänzt. Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Abschnitte, wobei sich der erste mit der Finanzierung, der zweite mit der Mittelverwendung der Wiener Gesundheitsausgaben befasst. Der dritte Abschnitt rundet mit der Erstellung eines Bundesländervergleiches für ausgewählte Kennzahlen den Bericht ab.

Ausgangslage

In Wien ist das Kapazitätsangebot, also die Strukturqualität auf allen Versorgungsebenen einschließlich dem spitzenmedizinischen Leistungsangebot (Großgeräteausstattung, Transplantationen), höher als in Österreich. So verfügt Wien nicht nur über eine höhere Dichte an berufstätigen ÄrztInnen (72 Prozent mehr berufstätige ÄrztInnen pro Kopf als in Österreich³⁶⁶), sondern auch über eine höhere Bettendichte sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch in der Langzeitversorgung. Bei nur geringfügig höheren Belagsdauern ist auch die Aufnahmequote in Wien höher als im Bundesdurchschnitt, was zum Teil durch die Mitversorgungsfunktion für das Umland bedingt ist.

Obwohl für die in den 90er Jahren österreichweit steigende Publikationsintensität im Bereich Life Science keine regionale Aufteilung verfügbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass WissenschaftlerInnen in Wien hierzu einen erheblichen Beitrag geleistet haben. Fast zwei Drittel der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen, die über die Gesundheitsausgaben des Bundes finanziert werden, sind in Wien tätig, deren Medizinische Fakultät mehr als die Hälfte der in Österreich in Medizin inskribierten StudentInnen ausbildet. Mit dem vergleichsweise höheren Kapazitäts- und Leistungsangebot in Wien, das in einer Vielzahl von Gesundheitsberichten bereits dokumentiert ist, gehen freilich auch höhere Kosten einher. Mit der vorliegenden Studie soll nun eine Informationslücke geschlossen werden, indem die Finanzierungs- und Ausgabenstruktur der Gesundheitsversorgung Wiens im österreichischen Kontext dargestellt wird.

Ziele

Die Untersuchung verfolgt zwei Ziele. Zum einen wird die Struktur der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträgern, zum anderen die Verwendungsseite der Gesundheitsausgaben nach den wichtigsten Leistungsbereichen dargestellt. Alle relevanten Kennzahlen für Wien werden im Österreichvergleich und, falls es die Datenlage erlaubt, über die Zeit analysiert.

³⁶⁶ Ohne ZahnärztInnen, TurnusärztInnen und ÄrztInnen in Ausbildung.

13.2 Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die im Jänner 2004 veröffentlichten gesamtösterreichischen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2002 wurden von der Statistik Austria in der Höhe von 16,8 Mrd. Euro ausgewiesen. Dies entsprach einer BIP-Quote von 7,7 Prozent. IHS HealthEcon Schätzungen zufolge sind diese Gesundheitsausgaben um rund drei Milliarden Euro unterschätzt. Unter Einbeziehung der Ausgaben der Länder für die Fondskrankenanstalten erreichten die Gesundheitsausgaben das Niveau von 19,6 Mrd. Euro, was einer BIP-Quote der Gesundheitsausgaben von 9,0 Prozent entspricht. Von den geschätzten 19,6 Mrd. Euro finanziert die soziale Krankenversicherung 9,6 Mrd. Euro, bzw. etwas mehr als 49 Prozent. Private Haushalte tragen zur Finanzierung mehr als 6,3 Mrd. Euro bei, was anteilmäßig etwa 32 Prozent³⁶⁷ entspricht.³⁶⁸

Um eine vergleichbare Finanzierungsträgerrechnung für Wien zu erstellen, wurden folgende Aggregate und Datengrundlagen herangezogen:

13.2.1 Ausgaben der privaten Haushalte

Für Österreich werden die privaten Gesundheitsausgaben von Statistik Austria im Zuge der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung berechnet. Da derartige Ergebnisse auf regionaler Ebene nicht verfügbar sind, wurden die Ausgaben der privaten Haushalte für Wien unter der Annahme geschätzt, dass sich die privaten Ausgaben des gesamten Bundesgebietes zum Bruttoinlandsprodukt gleich verhalten wie die Ausgaben der privaten Haushalte in Wien zur entsprechenden regio-

nenen Wirtschaftsleistung (Bruttoregionalprodukt – BRP).³⁶⁹

13.2.2 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung

Hauptfinanzierungsträger ist die Wiener Gebietskrankenkasse, welche die Beitragseinnahmen von rund 85 Prozent der Wiener Versicherten lukriert. Dahinter rangiert die Beamtenversicherungsanstalt mit knapp über 10 Prozent der Versicherten an zweiter Stelle. Die Aufwendungen und Erträge der Wiener Gebietskrankenkasse wurden den internen Rechnungsabschlüssen entnommen. Die Beitragseinnahmen der anderen Versicherungsträger, welche auf regionaler Ebene nicht verfügbar sind, wurden analog zu ihrem Versichertenanteil geschätzt. Dabei wurde unterstellt, dass 15 Prozent der gesamten Beitragseinnahmen von den „kleinen Kassen“ aufgebracht werden.

13.2.3 Ausgaben der Stadt Wien

Grundlage für die Erfassung der Gesundheitsausgaben der Stadt Wien für das Jahr 2002 ist der Rechnungsabschluss der Bundeshauptstadt. Die Berücksichtigung der einzelnen Positionen richtet sich hauptsächlich nach dem von Statistik Austria publizierten „COFOG-Schlüssel“³⁷⁰ für Gesundheit. Tabelle 1 zeigt die Nettoausgaben³⁷¹ der Haushaltsgruppen Gesundheit (Gruppe 5), soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung (Gruppe 4) und Dienstleistungen (Gruppe 8).

³⁶⁷ Von diesen 32 Prozent werden 17 Prozent über direkte Zahlungen der privaten Haushalte aufgebracht und 11 Prozent über direkte Selbstbehalte (vgl. HOFMARCHER, M.M.; RÖHRLING, G. 2003)

³⁶⁸ HOFMARCHER, M. et al. (2004).

³⁶⁹ Eine weitere Schätzung der Ausgaben der privaten Haushalte für Wien, basierend auf der Konsumerhebung 1999/2000 führte aus zweierlei Gründen zu einer starken Unterschätzung der Ausgaben: Einerseits erfasst die Konsumerhebung keine in Anstalten lebenden Personen und somit insbesondere nicht den Hauptanteil der chronisch Kranken, deren private Gesundheitsausgaben einen nicht vernachlässigbaren Anteil ausmachen. Andererseits können die Ergebnisse aus den Jahren 1999/2000 nicht als Näherung für das Jahr 2002 herangezogen werden, da für Österreich bekannt ist, dass die privaten Ausgaben für Gesundheit in den letzten Jahren stark gestiegen sind. Da beide Unschärfen für alle Bundesländer gelten, muss dies einen Ländervergleich der privaten Ausgaben nicht berühren (vgl. Kapitel 3).

³⁷⁰ COFOG=Classification of the Functions of Government; Statistik Austria 2002.

³⁷¹ Die Nettoausgaben ergeben sich aus der Differenz zwischen den im Rechnungsabschluss verbuchten Einnahmen und Ausgaben.

Tabelle 13.1: Ausgabenrelevante Positionen des Rechnungsabschluss der Stadt Wien, 2002

Positionsbeschreibung	Positionsnummer	Netto-Ausgaben in €
Gruppe 4: Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung		
Allgemeine Sozialhilfe (MA12 – BA4)	4110/1/728	56.822.165
Stationäre Pflege (MA 47 – BA 39)	4211	119.708.858
Gruppe 5: Gesundheit		
Gesundheitswesen (MA15-BA14)	5001	49.900.354
Gesundheitsplanung (BGF-BA14)	5003	1.704.463
Landessanitätsdirektion (MAL-BA14)	5005	52.316
Familienberatung (MA11-BA4)	5110	241.763
Jugendzahnkliniken (MA15-BA14)	5150	1.489.435
Institut für Umweltmedizin der Stadt Wien (MA15-BA14)	5191	1.427.768
Physikalisch-technische Prüfanstalt für Radiologie und Elektromedizin (MA15-BA14)	5192	-173.025
Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst (MA70-BA14)	5300	27.265.242
Zuschüsse an den Wiener Krankenanstaltenverbund (MA5-BA2)	5551	673.010.000
Krankenanstalten anderer Rechtsträger (MA5-BA2)	5600/5610	44.802.697
Krankenanstaltenfonds (WIKRAF) (MA5-BA2)	5900	213.848.265
Gruppe 8: Dienstleistungen		
Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV-BA14)	8591	306.240.000
insgesamt		1.496.340.300

Quelle: Rechnungsabschluss der Stadt Wien für das Jahr 2002; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Die Nettoausgaben der Stadt Wien für Gesundheit beliefen sich 2002 somit auf rund 1,5 Mrd. Euro. Davon wurden knapp 214 Mio. Euro direkt an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WIKRAF) überwiesen. Dieser wurde insbesondere zur Finanzierung von Wiener Krankenanstalten als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet.

Ein Vergleich der Finanzierungsrechnung der Wiener Gesundheitsausgaben mit Daten vor 2001 ist nicht möglich, da durch die Auslagerung der Krankenanstalten einige Ausgabenpositionen im Budget der Stadt Wien in dieser Art nicht mehr berücksichtigt werden.

Krankenanstaltenfinanzierung in Wien

Nach der Ausgliederung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) werden die Nettzuschüsse bzw. Abgeltungen der Stadt Wien an diesen in Gruppe 8 (Dienstleistungen) verrechnet (vgl. Tabelle 13.1). Insgesamt betragen diese Zuschüsse im Jahr 2002 979,3 Mio. Euro. Die einnahmenseitige Dotierung aus diesem Ansatz erfolgt durch die Überweisung der Zuschüsse aus dem allgemeinen Haushalt (Gruppe 5: Gesundheit, Zuschüsse an den Wiener Krankenanstaltenverbund) von rund 673 Mio. Euro (siehe Tabelle 13.1).

Tabelle 13.2: Finanzierung der Wiener Krankenanstalten

	in Mio. €	Anteile in Prozent
Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfond (WIKRAF)	831	32,2
Leistungsabteilungen für ambulante Versorgung	58	2,3
Leistungsabteilungen für stationäre Versorgung	740	28,7
Investitionskostenzuschüsse	32	1,2
Stadt Wien	1.149	44,6
Betriebskostenzuschüsse	534	20,7
Investitionskostenzuschüsse	126	4,9
Abteilungen für die Kosten zentraler Dienststellen und Organe der Stadt Wien	122	4,7
Abteilungen für die Inanspruchnahme einzelner Magistratsabteilungen	11	0,4
andere Zuschüsse	187	7,2
Pflegeentgeltverrechnung MA 47 einschließlich Ersätze für Sozialhilfeempfänger MA 12	170	6,6
Bund	176	6,8
Klinischer Mehraufwand	53	2,0
Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz	124	4,8
Sonstige Erträge	422	16,4
Gesamt	2.579	100,0
Memorandum		
Endkosten Fondkrankenanstalten in Wien (inkl. kalkulatorischer Zusatzkosten)	2.506	

Quelle: Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses der Teilunternehmung Wiener Städtische Krankenanstalten und Pflegeheime des Wiener Krankenanstaltenverbundes, BMGF, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Rund ein Drittel des Budgets des Wiener Krankenanstaltenverbundes wird durch den WIKRAF finanziert. Es handelt sich dabei, neben Investitionskostenzuschüssen und der Vergütung von ambulanten Leistungen, insbesondere um die Vergütung von stationären Leistungen (740 Mio. Euro, vgl. Tabelle 13.2). Die erbrachte Leistung in der stationären Versorgung wird nach dem LKF-Modell abgegolten, wobei die Gesamtsumme der Punkte aller in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen zu den gesamten Geldmitteln des WIKRAF (gewichtet mit dem jeweiligen Personal- und Bettenauslastungskoeffizienten) in Beziehung gesetzt wird.³⁷²

13.2.4 Gesundheitsausgaben und Mittelaufbringung

In der Literatur gilt als weitgehend gesichert, dass das Wohlstandsniveau eines Landes bzw. einer Region die Höhe der Gesundheitsausgaben bestimmt.³⁷³ Sowohl die Wirtschaftsleistung als auch die Gesundheitsausga-

ben pro Kopf rangieren in Wien mit plus 38,5 Prozent bzw. 46,6 Prozent³⁷⁴ deutlich über dem entsprechenden Vergleichswert für Österreich (vgl. Tabelle 13.3). In absoluten Zahlen betragen die Gesundheitsausgaben in Wien im Jahre 2002 rund 5,5 Mrd. Euro, was einer Bruttoregionalprodukt-Quote von 9,5 Prozent entspricht. Somit sind die Gesundheitsausgaben relativ zur Wirtschaftsleistung in Wien um 0,5 Prozentpunkte höher als auf dem gesamten Bundesgebiet bzw. 0,7 Prozentpunkte höher als in den restlichen Bundesländern ohne Wien. Der Beitrag, den Wien am gesamten Bruttoinlandsprodukt bzw. an den gesamten Gesundheitsausgaben leistet, liegt in beiden Fällen über der 25 Prozent-Marke, wobei Wien bei den Gesundheitsausgaben anteilmäßig eine noch stärkere Rolle spielt.

Hauptfinanzier der Wiener Gesundheitsausgaben ist mit 2,3 Mrd. Euro die soziale Krankenversicherung; ihr Finanzierungsanteil entspricht rund 42 Prozent und ist damit deutlich niedriger als im Österreich-Durchschnitt. Der Anteil, den die privaten Haushalte finan-

³⁷² HOFMARCHER, M. et al. (2004).

³⁷³ NEWHOUSE (1977), GERDTHAM, JÖNSSON (2000).

³⁷⁴ IHS-HealthEcon Schätzung.

zieren, liegt in Wien mit 28,8 Prozent unter dem korrespondierenden Anteil für Österreich. Dies könnte daran liegen, dass die privaten Gesundheitsausgaben für Wien geschätzt werden mussten und die „wahren“ Ausgaben möglicherweise über den ausgewiesenen Werten liegen. Auffallend ist auch, dass der aus Steuergeldern finanzierte Teil der Gesundheitsausgaben in Wien um rund 10 Prozentpunkte über dem Österreich-Wert liegt.

Ein Hauptgrund hierfür dürfte in der umfassenden stationären Versorgung in Wien liegen. Hier schlägt sich nicht nur das Angebot kostspieliger Spitzenmedizin nieder, sondern die im Vergleich höheren Ausgaben

werden wahrscheinlich auch dadurch bewirkt, dass die stationären Einrichtungen Wiens das Umland mitversorgen. Die im Österreichischen Krankenanstaltenplan 1994 ausgewiesene Patientenstromanalyse weist darauf hin, dass in Wien im Bereich der Spitzenversorgung pro 100 PatientInnen aus Wien 32 PatientInnen aus den Bundesländern behandelt werden.³⁷⁵

Schlussendlich führt der überproportionale steuerfinanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben in Wien dazu, dass die Finanzierungsanteile der Sozialversicherung und der privaten Haushalte in Wien geringer sind als im Österreichdurchschnitt.

Tabelle 13.3: Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung in Wien, Österreich ohne Wien und Österreich insgesamt, 2002

Gesundheitsausgaben und Finanzierung	Wien (IHS)	Österreich ohne Wien (IHS)	Österreich (IHS)	Österreich (Statistik Austria)
Bruttoinlands(-regional)produkt, nominell, Mio. Euro	58.253	160.080	218.333	218.333
Gesundheitsausgaben, nominell, Mio. Euro	5.535	14.075	19.610	16.806
Bruttoinlands(-regional)produkt, pro Kopf, nominell, Euro	37.461	24.619	27.112	27.112
Gesundheitsausgaben, pro Kopf, nominell, Euro	3.569	2.165	2.435	2.087
Gesundheitsausgaben, in Prozent des BIP bzw. des BRP	9,5	8,8	9,0	7,7
Bruttoregionalprodukt in Prozent des BIP Österreichs	26,7	73,3	100,0	–
Gesundheitsausgaben in Prozent der GA Österreichs	28,2	71,8	100,0	–
Finanzierung der gesamten Gesundheitsausgaben				
nominell, Mio. Euro				
Soziale Krankenversicherung	2.296	7.346	9.643	–
private Haushalte	1.596	4.707	6.303	–
Staat	1.643	2.021	3.664	–
in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben				
Soziale Krankenversicherung	41,5	52,2	49,2	–
private Haushalte	28,8	33,4	32,1	–
Staat (Stadt Wien)	29,7	14,4	18,7	–

Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

13.3 Verwendung der Gesundheitsausgaben

Die wichtigsten Komponenten der Gesundheitsausgaben sind die drei Leistungsbereiche medizinische Güter, ambulante Versorgung und stationäre Versorgung.

Tabelle 13.4 zeigt die detaillierte Zusammensetzung innerhalb dieser Komponenten bzw. die der verbleibenden sonstigen Ausgaben.

³⁷⁵ ÖKAP 1994.

Tabelle 13.4: Gliederung und Quellen der Ausgabenkomponenten

Leistungsart	Quelle Wien	Quelle Österreich
Ausgaben für medizinische Güter <i>Ausgaben für Heilmittel (Arzneien)</i> Ausgaben der Krankenversicherung private Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse	WGKK+Schätzung Schätzung	HVSV Statistik Austria
Ausgaben für Heilbehelfe und Hilfsmittel Ausgaben der Krankenversicherung private Ausgaben für therapeutische und andere medizinische Erzeugnisse	WGKK+Schätzung Schätzung	HVSV Statistik Austria
Ausgaben für ambulante Leistungen Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen** Ausgaben der Krankenversicherung private Ausgaben für ärztliche Dienstleistungen	WGKK+Schätzung Schätzung	HVSV Statistik Austria
Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz Ausgaben der Krankenversicherung private Ausgaben für zahnärztliche Dienstleistungen	WGKK+Schätzung Schätzung	HVSV Statistik Austria
Ausgaben für stationäre Versorgung Ausgaben für Fonds-Krankenanstalten – Endkosten private Ausgaben für stationäre Gesundheitsdienstleistungen (Kur- und Heilbäder)	BMGF Schätzung	BMGF Statistik Austria
Ausgaben für sonstige Leistungen <i>Ausgaben der Krankenversicherung</i> (u. a. Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand, Krankengeld, Mutterschaftsleistungen, medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung, Fahrtspesen und Transportkosten, Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung) sonstige Ausgaben des Staates bzw. der Stadt Wien	WGKK+Schätzung RA Wien*	HVSV Statistik Austria + eigene Schätzungen

* Berücksichtigte Positionen: Gesundheitswesen, Gesundheitsplanung, Landessanitätsdirektion, Familienberatung, Jugendzahnkliniken, Institut für Umweltmedizin, Physikalisch-technische Prüfanstalt, Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst, Allgemeine Sozialhilfe, Stationäre Pflege (vgl. Tabelle 13.1).

** ohne Ausgaben für Spitalsambulanzen.

Erläuterungen: WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse, HVSV = Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, BMGF = Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, RA = Rechnungsabschluss, Schätzannahme für die privaten Ausgaben: Das Verhältnis der privaten Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen zu den gesamten privaten Ausgaben ist in Österreich und Wien identisch. Schätzannahme für die Ausgaben der anderen Kassen: Kopfquote Österreich = Kopfquote Wien.

Quelle: IHS HealthEcon 2004.

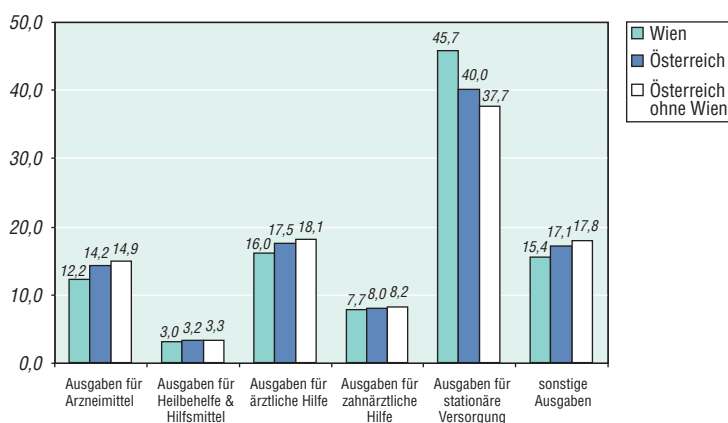
13.3.1 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Der Hauptanteil der Gesundheitsausgaben fließt in den Bereich der stationären Versorgung (vgl. Grafik 13.1). In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben liegt Wien in diesem Segment mit 45,7 Prozent deutlich (5,7 Prozentpunkte) über dem bundesweiten Vergleichswert. Dementsprechend liegen die Anteile in den anderen Bereichen in Wien unter jenen von Österreich. Ein möglicher Grund für die hohen stationären Ausgaben ist die gute Versorgungsdichte,³⁷⁶ die wiederum durch die Mitversorgungsfunktion für das Umland bestimmt

sein kann. Neben der Universitätsklinik gibt es in Wien eine Reihe weiterer stationärer Einrichtungen, die kostenintensive Spitzenmedizin bieten.

Die Ausgaben für ambulante Leistungen rangieren anteilmäßig in Wien und auch bundesweit an zweiter Stelle, wobei der Anteil in Wien mit 23,7 Prozent unter jenem von Österreich (25,5 Prozent) liegt. Etwas mehr als zwei Drittel der ambulanten Ausgaben werden für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (ohne Ausgaben für Spitalsambulanzen) ausgegeben, der verbleibende Rest sind Ausgaben für zahnärztliche Dienstleistungen. Rund 12 Prozent der gesamten Wiener Gesundheitsausgaben werden für Arzneimittel verwendet.

Grafik 13.1: Ausgaben nach Leistungsbereichen 2002, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben



Anmerkung für Wien: WGKK, Schätzungen der Ausgaben für B-KUVG, GSVG und BSVG, ohne KFA

Quelle: HVSV, WGKK, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

13.3.2 Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen, pro Kopf

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben differenziert nach den einzelnen Leistungsbereichen (vgl. Grafik 13.2). In jeder einzelnen Ausgabenkomponente wird in Wien pro Kopf mehr ausgegeben als auf Bundesebene. So liegen die Ausgaben für stationäre Versorgung pro WienerIn mit 1.630 Euro um beinahe 70 Prozent über dem Pro-Kopf-Vergleichswert für Österreich (973 Euro). Anders betrach-

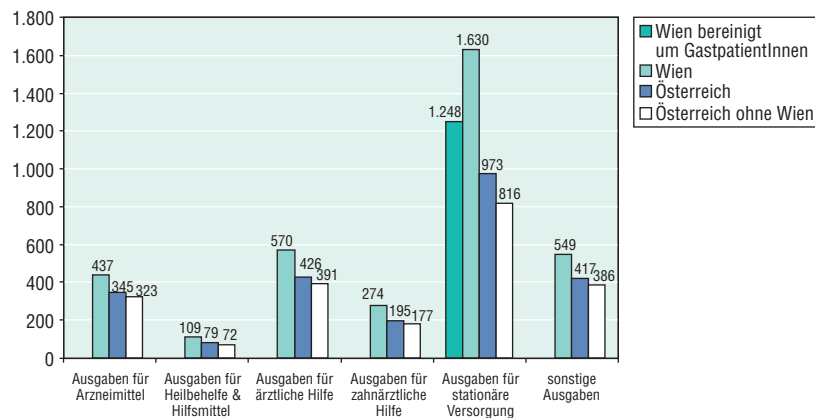
tet, werden pro WienerIn in etwa gleich viele Euro pro Jahr für stationäre Versorgung ausgegeben wie pro ÖsterreicherIn für die Summe aus stationärer, ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern zeigt sich, dass in Wien die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich doppelt so hoch sind. Bei einer Bereinigung der stationären Ausgaben um jenen Anteil, der für GastpatientInnen aufgewendet wird, reduzieren sich die Pro-Kopf-Ausgaben auf 1.248 Euro. Dieser Wert liegt 28 Prozent über dem gesamtösterreichischen Vergleichswert.³⁷⁷

³⁷⁶ Die Akutbettendichte liegt in Wien mit 8,4 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen um mehr als 20 Prozent über dem österreichischen Vergleichswert von 6,9 Betten (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002, Statistik Austria).

Aber auch in den Segmenten (zahn-)ärztliche Hilfe sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel sind die Pro-Kopf-Ausgaben in Wien rund ein Drittel höher als für das gesamte Bundesgebiet. Der geringste Unterschied zeigt sich

bei den Arzneimittelausgaben, wobei mit 437 Euro im Jahr 2002 in Wien auch um 27 Prozent mehr ausgegeben wurde als in ganz Österreich bzw. um 35 Prozent mehr als in Restösterreich.

Grafik 13.2: Ausgaben nach Leistungsbereichen 2002, pro Kopf in Euro



Quelle: HVSV, Statistik Austria, WGKK, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

13.3.3 Entwicklung der Gesundheitsausgaben

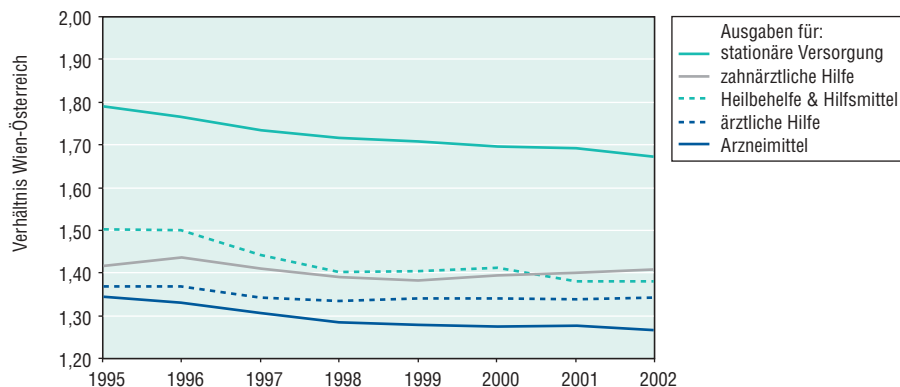
Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Wien und in Österreich wird in den folgenden beiden Grafiken dargestellt. Um die relative Position Wiens zu veranschaulichen, bilden wir das Verhältnis der Pro-Kopf-Ausgaben pro Leistungsbereich für Wien und Österreich (Grafik 13.3). Damit können wir beobachten, ob sich über die Zeit die Ausgabendynamik annähert. Grafik 13.4 zeigt das Wachstum der Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen im Zeitraum 1995 bis 2002.

Die Pro-Kopf-Ausgaben in Wien haben relativ zu Österreich in allen Leistungsbereichen in der Zeitperiode 1995–2002 abgenommen (vgl. Grafik 13.3). Deutlich

verringerte sich der Abstand bei den Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung (–11 Prozentpunkte), geht aber von einem sehr hohen Niveau aus. Im Hinblick auf die Arzneimittelausgaben zeigt sich ein ähnlich starkes Aufholen in den Bundesländern: der Wiener Vorsprung bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Heilbehelfe und Hilfsmittel verringert sich im Beobachtungsraum sogar um 12 Prozentpunkte. Es kann hierbei von einer gewissen Konvergenz der Ausgaben gesprochen werden. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben für (zahn-)ärztliche Hilfe blieb das Verhältnis nahezu konstant. Dies mag darauf hinweisen, dass die vertragsärztliche Versorgung mit Haus- und ZahnärztInnen traditionell ausgewogener organisiert ist als die stationäre Versorgung, dessen Planung spätestens seit 1997 ausschließlich von Bund und Ländern vorgenommen wird.

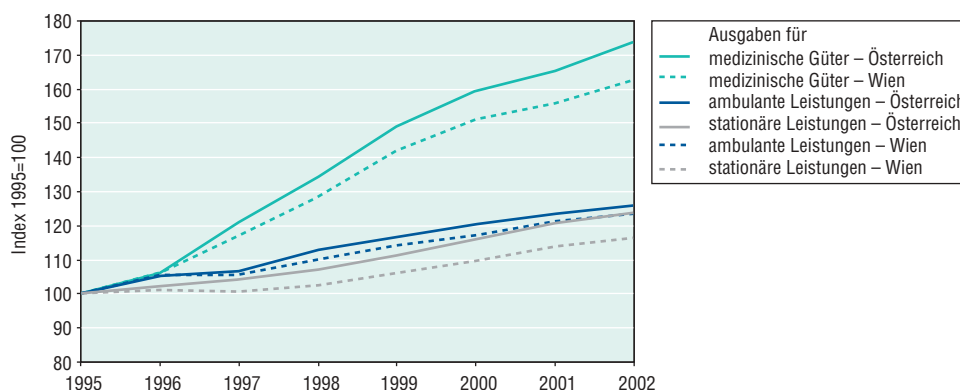
³⁷⁷ Im Jahr 2002 betrug der Anteil der Abrechnungspunkte (diese spiegeln die Leistungen der Fondkrankenanstalten wider) der abrechnungsrelevanten PatientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien 76,5 Prozent (vgl. WIKRAF Tätigkeitsbericht 2002).

Grafik 13.3: Entwicklung des Verhältnisses der Pro-Kopf-Ausgaben Wien-Österreich, 1995–2002 in den einzelnen Leistungsbereichen



Quelle: HVSV, Statistik Austria, WGKK, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Grafik 13.4: Entwicklung der Pro-Kopf Ausgaben in Wien und Österreich



Quelle: HVSV, Statistik Austria, WGKK, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Die Ausgaben der drei Hauptleistungsbereiche stiegen in Wien zwischen 1995 und 2002 um 24 Prozent bzw. in Österreich um 32 Prozent. Den größten Anstieg verzeichneten in der Beobachtungsperiode die Ausgaben für medizinische Güter inklusive Arzneimittel (vgl. Grafik 13.4). In Wien wuchsen sie um mehr als 60 Prozent, in Österreich sogar um mehr als 70 Prozent. Wie bei den Arzneimittelausgaben fällt das Wachstum in den anderen beiden Leistungsbereichen in Wien moderater aus als in Gesamtösterreich. Die Ausgaben für

ambulante Leistungen wuchsen in Wien zwischen 1995 und 2002 um rund 23 Prozent, wobei aber auffällt, dass in dieser Ausgabengruppe Wien nur knapp unter dem Indexwert für Österreich von 26 Prozent liegt. Die Ausgaben der stationären Versorgung wuchsen auf hohem Niveau unterdurchschnittlich: Während sie in Österreich um 24 Prozent stiegen, betrug das Wachstum in Wien 16 Prozent und lag damit deutlich unter jenem für den ambulanten Bereich (23 Prozent).

13.4 Wien im Bundesländervergleich

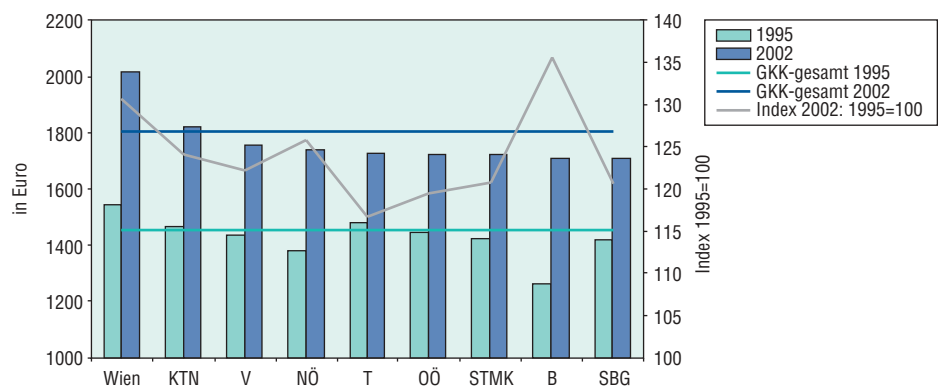
In diesem Abschnitt stellen wir die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung und die Ausgaben der privaten Haushalte gemäß Konsumerhebung vergleichend gegenüber. Die Gesundheitsausgaben der Länder im Vergleich müssen unberücksichtigt bleiben, zumal dies den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde.

13.4.1 Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung

Der Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben aller neun österreichischen Gebietskrankenkassen zeigt, dass sich Wien im Jahre 2002 deutlich von den anderen Bundeslän-

dern absetzt (vgl. Grafik 13.5). Die Pro-Kopf-Ausgaben Wiens liegen 2002 mit 2.016 Euro um rund 11 Prozent über dem zweitplatzierten Bundesland (Kärnten) und knapp 40 Prozent über dem Referenzwert für Österreich. Unter den verbleibenden Kassen existiert nur eine geringe Spannweite, die Kopfquoten liegen alle zwischen 1.709 und 1.756 Euro. Im Jahr 1995 war der Unterschied Wiens zu den anderen Kassen noch nicht so stark ausgeprägt. Zwar verzeichnete Wien auch 1995 schon die höchste Quote, jedoch folgten die anderen Kassen, mit Ausnahme der burgenländischen, recht knapp dahinter.

Grafik 13.5: Entwicklung der Ausgaben pro Kopf (alle direkt Versicherten), nur Gebietskrankenkassen



Quelle: HVSV, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Mit einer Steigerung von über 30 Prozent wuchsen die Pro-Kopf-Ausgaben in Wien trotz des hohen Ausgangsniveaus in der betrachteten Zeitperiode weniger stark als jene im Burgenland, aber noch immer am zweitstärksten. Damit liegt Wien auch deutlich über dem durchschnittlichen Wachstum der Ausgaben pro Kopf von 24 Prozent.

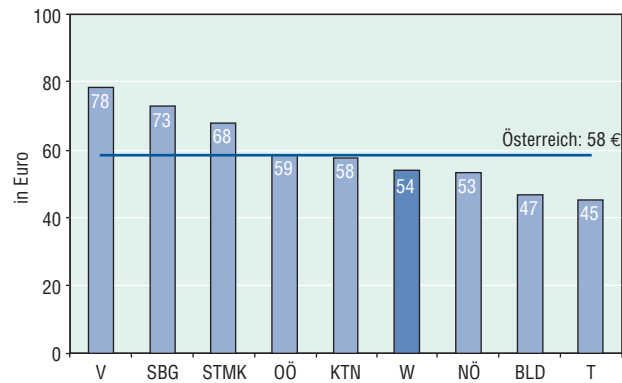
13.4.2 Ausgaben der privaten Haushalte

Die Daten der Konsumerhebung konnten zwar nicht zur Schätzung der gesamten privaten Ausgaben von

Wien herangezogen werden (siehe oben), jedoch können sie verwendet werden, um einen Eindruck zu gewinnen, wie die durchschnittlichen privaten Haushaltsausgaben für Gesundheit regional variieren.

Die Verbrauchsausgaben für Gesundheit umfassen private Ausgaben für Medikamente und medizinische Produkte, Arztleistungen (u. a. Ausgaben für praktische ÄrztInnen und ZahnärztInnen, Labor- und Pflegedienste sowie Ausgaben für die Krankenscheingebühr) und Spitalsleistungen.

Grafik 13.6: Monatliche Haushaltsausgaben privater Haushalte für Gesundheit im Bundesländervergleich, in Euro



Quelle: Statistik Austria: Konsumerhebung 1999/2000; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Es zeigt sich, dass die durchschnittlichen monatlichen Haushaltsausgaben für Gesundheit in Wien mit 54 Euro knapp unter dem gesamt-österreichischen Wert von 58 Euro liegen (vgl. Grafik 13.6). In Prozent der gesamten Haushaltsausgaben sind dies für Wien 2,2 Prozent und in Österreich 2,4 Prozent. Sowohl anteilmäßig an den gesamten Haushaltsausgaben (3,0 Prozent) als auch bei den Absolutwerten (78 Euro) gibt ein Vorarlberger Haushalt durchschnittlich am meisten für Gesundheit aus.

Die Pro-Kopf-Ausgaben der sozialen Krankenversicherung sind mit den Konsumausgaben der privaten Haushalte gemäß Konsumerhebung leicht negativ as-

soziiert, was darauf hindeuten kann, dass je „großzügiger“ die Kassen sind, die privaten Ausgaben um so geringer sind. Höhere Kassenausgaben sind allerdings nicht zwingend von der „Großzügigkeit“ abhängig, sondern können vielmehr von der Versichertenstruktur einschließlich durch den Anteil der älteren und/oder kränkeren Personen in einer Versichertengemeinschaft bestimmt sein. Gepaart mit der überdurchschnittlich guten Versorgungsdichte an ambulanten und stationären Einrichtungen können die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Kopfquoten in Wien demnach auch von den Unterschieden in der soziodemographischen Struktur der Versicherten bestimmt sein.

**LITERATUR UND
QUELLENANGABEN**

***BIBLIOGRAPHY AND
LIST OF SOURCES***

LITERATUR UND QUELLENANGABEN

- Aids Hilfe Wien, <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen (Hrsg.) (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark 2003 (Autorin: GRASSER, G.), Bad Gleichenberg.
- AROLT, V. et al. (1995), Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten – Prävalenz und Behandlungsbedarf, in: *Nervenarzt*, 66, S. 670–677.
- AROLT, V. (2000), Psychiatrische Erkrankungen, in: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, München, Jena.
- AROMAA, A.; KOSKINEN, S.; HUTTUNEN, J. (Hrsg.) (1999), *Health in Finland*, Helsinki.
- AUER, M. (2005), Entwicklung eines Tabakpräventionsprogrammes für die Steiermark. Teil II: Entwicklung von Zielen und eines Evaluierungskonzepts für eine Tabakpräventionsstrategie in der Steiermark. Diplomarbeit an der Fachhochschule Joanneum GmbH, Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg.
- BACHINGER, E. (2002), Health Reporting on Specific Groups of Vienna's Population. In: Robert Koch Institut, Proceedings of the International Conference on The German Health Reporting System and Current Approaches in Europe, Berlin, November 2001, p. 75–76; 126–132.
- BACHINGER, E. (2004), Consensus and Complacency. The Failure of Tobacco Control in Austria. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- BACHINGER, E. (2005), Tabakpolitik – (k)ein Aktionsfeld für ÄrztInnen? Präsentation an der Tagung zum Weltnichtrauchertag „Health Professionals and Tobacco Control“ der VAEB, 31. Mai 2005, Graz.
- BEEHARY, G.; WHITEFORD, H.; CHAMBERS, D.; BAIN-GANA, F. (2002), Outlining the Scope of Public Sector Involvement in Mental Health, HNP Discussion Paper, The World Bank, Health Nutrition and Population.
- BELLIZZI, M.C.; DIETZ, W.H. (1999), Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. In: *American Journal of Clinical Nutrition* 70: 173–175.
- BENECKE, A.; VOGEL, H. (2003), Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16. Robert Koch-Institut, Berlin.
- BLOMMFIELD, K. et al. (1999), Alcohol Consumption and Alcohol Problems among Women in European Countries, Project Final Report, Institute for Medical Informatics, Biostatistics & Epidemiology, FU Berlin.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005), Entwurf einer Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Erhebung der Inhaltsstoffe von in Österreich in Verkehr gebrachten Tabakerzeugnissen (Tabakinhaltstoffverordnung), Wien. (Einschließlich Erläuterungen.)
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 (Autorinnen: WIMMER-PUCHINGER, B.; BALDASZTI, E.), Wien.
- BMSSG – Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2000), Seniorenbericht 2000, Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich (2000), Wien.
- Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V./Zentralstelle für Suchtprävention (Hrsg.) (2004), *Rauchfrei! Brandenburg. Eine Initiative der Landessuchtkonferenz*, Potsdam. <www.blseV.de>
- BULLINGER, M.; KIRCHBERGER, I. (1998), Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion, Göttingen. Bundesamt für Gesundheit: <<http://www.bag.admin.ch/infekt/krank/legio/d/index.htm>>.
- CALDWELL, C.B.; GOTTESMAN, I.I. (1990), Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide, in: *Schizophrenia Bulletin*, 16, p. 571–589.
- California Environmental Protection Agency (1997), Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: final report. Sacramento, CA: California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2001), Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services <<http://www.cdc.gov/tobacco>>.
- COLE, T.J.; BELLIZZI, M.C.; FLEGAL, K.M.; DIETZ, W.H. (2000), Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: *British Medical Journal* 320: 1240.
- CONEN, D.; KUSTER, M. (1988), Geschlechts- und symptom-spezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 3. Jg. (33), S. 167–172.
- CSITKOVICS, M. (in Druck), Der erste Männergesundheitsbericht kommt aus Wien. Buchbeitrag in deutscher Publikation.

- CURRIE, C.; ROBERTS, Ch.; MORGAN, A.; SMITH, R., SETTERTOBULTE, W.; SAMDAL, O. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. Copenhagen.
- DEARLOVE, J.V.; BIALOUS, S.A.; GLANTZ, S.A. (2002), Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. In: *Tobacco Control*, Jun 2002;11(2), p. 94–104.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft. (2003), Leitlinienkonferenz der DAG am 18.10.2003 (Stand 10/03). <<http://www.aga.de/Leitlinien/leitlinien.html>>
- Deutsche Ärzte Zeitung (18.7.2005), Sachsen will Nikotinkonsum weiter eindämmen.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. (2002), Leitlinien der DGFKJ. München.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2002), Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakpolitik in Deutschland, Heidelberg.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (1997), Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland, Berlin, Heidelberg, New York.
- DIETZ, W.H. (1998), Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. In: *Pediatrics* 101 (Suppl.), 518–525.
- DÜR, W.; MRAVLAK, K. (2003), Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2002, Wien.
- DÜR, W.; FÜRTH, K.; FELLNER, K.; GOTTWALD, R.; GRIEBLER, R.; INDRA, K. et al. (2004), Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen in der Steiermark. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- EISENBACH-STANGL, I. (2000), Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien, in: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheitsbericht 2000, Wien.
- EISENBACH-STANGL, I., Austria, in: BLOCKER Jr., J. S.; FAHEY, D. M.; TYRELL, I. R. (eds.) (2003), Alcohol and Temperance in Modern History: An International Encyclopedia, ABC-Clio, St. Barbara, p. 79–82.
- EISENBACH-STANGL, I. (2003), Drogen und Un-Sicherheit, in: STANGL, W.; HANAK, G. (Hrsg.), Innere Sicherheiten, Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie '02, Nomos, Baden-Baden.
- ELMADFA, I. (2000), in: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheitsbericht 2000, S. 248–253.
- ERNST, A.; FÜLLER, I. (1988), Schlucken und schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können, Kiepenheuer und Witsch, Köln.
- Eurobarometer 58.2 (2003), The mental health status of the European population, written by The European Opinion Research Group (EORG).
- European Association for the Study of Obesity (2002), Guidelines for the management of obesity in adults. European project for Primary Care. <www.ioft.org/oonet/easo>
- European Commission (2003), Smoking and the Environment: Actions and Attitudes. Special Eurobarometer 183, Wave 58.2 – European Opinion Research Group EEIG, fieldwork autumn 2002. Download unter <http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb582_smoking_env_en.pdf>
- European Respiratory Society and European Lung Foundation (2003): European Lung White Book. Brussels.
- FELDERER, B.; HOFMARCHER, M.M.; LIETZ, Ch.; RIEDEL, M. (2002), Ärztedichte im urbanen Umfeld. Studie im Auftrag der Ärztekammer für Wien. Projektbericht. Institut für Höhere Studien, Wien.
- FISCHER, J.; MÖLLER, B.; PONGATSCH, M.; REICHARDT, B.; STITZ, M.; SOKOL, M. (2003), Versorgungsforschung im Rahmen der österreichischen Sozialversicherungsträger: Compliance und Therapiekontinuität bei Antidepressiva, in: BENCIC, W. (Hrsg.), Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften, Band 23, Linz.
- Gallup-Umfrage zu Rauchverboten (2004), publiziert in der Zeitschrift *News*, Nr. 41/04, S. 45.
- GERDTHAM, U.; JÖNSSON, B. (2000), International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. In: CULYER, A.J.; NEWHOUSE, J.P. (Eds.), Handbook of Health Economics, Vol 1, Elsevier Science B.V.
- Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart.
- Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung (2003), Ludwig Boltzmann Institut für Umweltpneumologie und Fonds Gesundes Österreich und Market Mind.
- GLAESKE, G. (2003), Arzneimittelversorgungsforschung: Basis für mehr Transparenz, Qualität und Patientenschutz – Verwaltungsdaten der OÖGKK zu Antidepressiva, in: BENCIC, W. (Hrsg.), Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23, Linz.
- GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) (2003), <www.goldcopd.com>.

- GOSSOP, M.; STEWART, M.S.; LEHMAN, P.; EDWARDS, C.; WILSON, A.; SEGAR, G. (1998), Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies, in: *British Journal of Psychiatry*, 173, p. 166–171.
- GRÜNING, T.; GILMORE, A.B.; MCKEE, M., Tobacco Industry Influence on Science and Scientists in Germany. *American Journal of Public Health*. (Submitted for publication.).
- HAIDINGER, G. et al. (1992), Die Entwicklung der Zahl von Alzheimer-Erkrankungen in Österreich bis zum Jahr 2050, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, 104 (20), S. 631–635.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (eigene Berechnungen, persönliche Information).
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Handbücher der Jahre 1995–2003.
- HBSC Survey, siehe DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003) und DÜR, W. et al. (2004).
- HENNEKENS, C.H.; BURING, J.E. (1987), *Epidemiology in Medicine*. Boston/Toronto.
- HIRSCHHORN, N. (2000), Shameful science, four decades of the German tobacco industry's hidden research on smoking and health. *Tob Control*. June 2000; 9 (2): 242–8.
- HIV/AIDS Surveillance in Europe (2000), European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.
- HOFMANN, A.; ROCCA, W. A.; AMADUCCI, L. (1991), A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe, The European Findings, in: GOTTFIRES, C.; LEVY, G.R.; CLINCKE, G.; TRITSMANS, L. (Hrsg.), *Diagnostic and therapeutic assessments in Alzheimer's Disease*, Wrightson Biomedical Publishing Ltd.
- HOFMARCHER, M.M.; RÖHRLING, G. (2003), Cost sharing in EU health care systems, Austria. Study commissioned by the EC and the London School of Economics, LSE Health, July 2003.
- HOFMARCHER, M.M.; RÖHRLING, G.; RIEDEL, M. (2003), Gesundheitszustand in der EU, Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva, in: *Health System Watch*, Beilage zur *Fachzeitschrift Soziale Sicherheit*, IV/Winter.
- HOFMARCHER, M.M.; KRAUS, M.; RIEDEL, M. (2004), Finanzierungsmodus der Fondskrankenanstalten nach Bundesländern, Mimeo Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon, Wien 2004.
- HOFMARCHER, M.M.; RIEDEL, M.; RÖHRLING, G. (2004), Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung? Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?, *Health System Watch I/ Frühjahr* 2004.
- HURRELMANN, K. & MURZA, G. (1996), Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In: MURZA, G. & HURRELMANN, K., *Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung*, Weinheim/München.
- IFES (2002), Suchtmittel-Studie im Auftrag des Fonds Soziales Wien, Bevölkerungsbefragung Wien, Oktober/November 2001, Wien.
- IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien*, Wien.
- International Obesity Task Force (1998), *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation in obesity*, Genf, 3.–5. Juni 1998. WHO, Genf.
- JHA, P. & CHALOUPKA, F.J. (Eds.) (2000), *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press. – Oxford, New York.
- JUNKER, E. (1998), Vom Pestarzt zum Landessanitätsdirektor. 450 Jahre öffentlicher Gesundheitsdienst in Wien. Schriftenreihe Gesund in Wien, Wien.
- JUNKER, E. (2000), Vom Amulett zur Vorsorgemedizin. Der Kampf gegen Seuchen in Wien im Wandel der Zeiten. Schriftenreihe Gesund in Wien, Wien.
- Kantonales Labor Aargau, Amt für Lebensmittelkontrolle, Chemie und Biosicherheit: <http://www.ag.ch/kantonslabor/de/pub/verbraucher_info/badewasser/legionellen.htm#1>.
- KATSCHNIG, H.; LADINSER, E.; SCHERER, M.; SONNECK, G.; WANCATA, J. (2001), Österreichischer Psychiatriebericht, Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Wien.
- KELLERHOF, M. (1998a), Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: *Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung*, Düsseldorf.
- KELLERHOF, M. (1998b), Berichtstypen. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: *Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung*, Düsseldorf.
- KESSLER, R.C.; MC GONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.U.; KENDLER, K.S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, in: *Archives of General Psychiatry*, 51, p. 8–19.
- KIEFER, I.; RATHMANNER, T. (2003), Essen Frauen gesünder?, in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 3–4.

- KOLIP, P. (1998), Frauen und Männer. In: SCHWARTZ, F.W.; BADURA, B. et al. (Hrsg.), Das Public-Health-Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München.
- KOLLER, M. (2005), Development of a Tobacco Control Program for Styria. Part I: Assessment of Needs and Preconditions for a Tobacco Control Program for Styria including a Review and Recommendations on Effective Measures. Diplomarbeit an der Fachhochschule Joanneum GmbH, Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg.
- KPMG Alpen-Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft (2004), Bericht zur Prüfung des Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2003 der Teilunternehmung Wiener Städtische Krankenanstalten und Pflegeheime des Wiener Krankenanstaltenverbundes.
- KRESS, B.; MANZ, R. (1999), Wie wirksam ist Ernährungserziehung bei Kindern? In: *Prävention*, 22. Jahrgang.
- KROMEYER-HAUSCHILD, K.; WABITSCH, M.; KUNZE, D. et al. (2001), Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- KUH, D. & BEN-SHLOMO, Y. (Hrsg.) (1997), A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, Oxford.
- KUNTSCHKE, E. (2002), Wird Cannabis von 15-Jährigen in der Schweiz wie eine legale Substanz konsumiert?, in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 4.
- LEGLER, J.M. et al. (1998), The role of prostate-specific antigen (PSA) testing patterns in the recent prostate cancer incidence decline in the United States. – *Cancer Causes and Control* 1998; 9 (5): 519–527.
- LEON, D. & BEN-SHLOMO, Y. (1997), Preadult influences on cardiovascular disease and cancer. In: KUH & BEN-SHLOMO (Hrsg.) (1997), 45–77.
- LUDWIG, U. (2005), Geheime Gesandte. *Zeitschrift Spiegel*, Nr. 23 vom 6.6.2005, S. 156–158.
- Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien. Diverse Berechnungen sowie Bearbeitung der Daten von Statistik Austria.
- Market Mind (2003), siehe „Gesundheitsförderung ...“.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. (1999), Social Determinants of Health, Oxford University Press, Oxford.
- MAST, M.; KÖRTZINGER, I.; MÜLLER, M.J. (1998), Ernährungsverhalten und Ernährungszustand 5- bis 7-jähriger Kinder in Kiel. In: *Akt. Ernähr-Med* 23: 282–288.
- Medicine-Worldwide, <<http://www.m-ww.de/krankheiten/infektionskrankheiten/>>.
- Mental Health in Austria (2003), Selected Annotated Statistics from the Austrian Mental Health Reports 2001 and 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
- MIELCK, A. (2000), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Verlag Hans Huber, Bern.
- Mitteilungen der Sanitätsverwaltung (2000), Offizielles Organ für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich, 101. Jahrgang/Heft 4, April 2000.
- MÜLLER, M.J.; KÖRTZINGER, I.; MAST, M. et al. (1997), Adipositas-Prävention bei Kindern und Jugendlichen. In: *Prävention* 4, 20. Jahrgang
- MUST, A. (1996), Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. In: *American Journal of Nutrition*, 63: 445–447
- National Institutes of Health (1998), Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda.
- NEWHOUSE, J.P. (1977), Medical care expenditure: A cross-national survey. *Journal of Human Resources* 1977; 12: 115–125.
- NOACK, H. (1990), Gesundheitsinformation für gesunde Städte: Voraussetzung lokaler Gesundheitsberichterstattung. In: THIELE, W. et al.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin.
- OLTERSDORF, U.; KIPP, P.; BÖS, K.J.; WOLL, A.; RIEMER, H. (2002), Das Projekt „Gesundes Karlsruhe – gesunde Kinder in der Stadt. In: *Zeitschrift f. Gesundheitswiss*, 10. Jg.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Österreichischer Krankenanstalten Plan 1994.
- OSWALD, W. D.; RÖDEL, G. (1995), Gedächtnistraining. Ein Programm für Seniorengruppen, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- PETO, R.; LOPEZ, A.D. et al (2000), The future worldwide health effects of current smoking patterns. In: KOOP, C.E.; PEARSON, C.E.; SCHWARZ, M.R. (Hrsg.), *Global Health in the 21st Century*, New York.
- PETO, R.; LOPEZ, A.D.; BOREHAM, J.; THUN, M. (2003), Mortality from smoking in developed countries 1950–2000 (2nd edition: data updated 15 July 2003). <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/MN_AP_4010.pdf; <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/FINALP1.pdf>>.
- POCHOBRADSKY, E.; HABL, C.; SCHLEICHER, B. (2002), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.

- PÜRINGER, U. (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB) (2004), Risikofaktor Rauchen. Innovationsprojekt Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention. (AutorInnen: KNOPP, A.; SPRENGER, M.; ERTL, B.; STARL, T.), Graz.
- RADOMSKY, E.D.; HAAS, G.L.; MANN, J.J.; SWEENEY, J.A. (1999), Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders, in: *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), p. 1590–1595.
- RASHLIESEL, J.; SCOTT, K.; DIXON, L. (1999), Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research, in: *Psychiatric Services*, 50 (11), p. 1427–1434.
- Rechnungsabschluss der Bundeshauptstadt Wien für das Jahr 2002, Wien 2003.
- REPACE, J. L. (1999), Directed air flow ventilation: Does it acceptably control second hand smoke in restaurants: Black dog ETS project analysis.: Repace Associates, Inc., August 1999.
- REPACE, J.L. (2000), Can Ventilation Control Second-hand Smoke in the Hospitality Industry? <<http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/FedOHSHEts.pdf>>
- Robert Koch Institut (2002), How to Report on Specific Sections of the Population? (Workshop F). Proceedings of the International Conference on The German Health Reporting System and Current Approaches in Europe, Berlin, p. 75–79.
- ROLLAND-CACHERA, M.F.; BELLISTLE, F. (1986), No correlation between adiposity and food intake: why are working class children fatter? In: *American Journal of Clinical Nutrition*, 44: 779–787.
- SANDVIK, L.; MOWINCKEL, P.; ABDELNOOR, M.; ERIKSEN, G.; ERIKSEN, J., The impact of smoking on duration of chronic disease until death.
- SCHMIDTKE, A. et al. (1996), Epidemiologie von Suizid- und Suizidversuch, in: *Nervenheilkunde*, 15, S. 496–506.
- SIMPSON, D. (2005), Austria: small but deadly. In: *Tobacco Control* 2005; 14, p. 3–4.
- SOBAL, J.; STUNKARD, A. (1989), Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. In: *Psychological Bulletin*, 105: 260–275.
- Sozialministerium Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2000), Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Sozialministerium Baden-Württemberg und Ministerium für Ernährung und ländlichen Raum in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2002), Kinderernährung in Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Stadt Wien (Hrsg.) (1999), Gesundheitsbericht für Wien 1998 (Autorin: BACHINGER, E.), Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2002), Gesundheitsbericht Wien 2002 (Autorin: BACHINGER, E.), Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien (Autorin: BACHINGER, E.). Bericht B1/2003, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2003), Broschüre zur Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich (Autorin: BACHINGER, E.), Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2004), Chronische Krankheiten in Wien (Autorinnen: URBAS, E.; KLIMONT, J.; BACHINGER, E.). Bericht B2/2004, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.; NEUHOLD, C). Studie S1/2001, Wien.
- Stadt Wien, Datensatz und Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 (eigene Berechnungen).
- Stadt Wien (Hrsg.) (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien (Autorin: URBAS, E.). Studie S2/2002, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2003), Lebensstile in Wien (AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.; NEUHOLD, Ch.). Studie S3/2001, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2004), Psychische Gesundheit in Wien – subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren (Autorin: URBAS, E.). Studie S4/2004, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999 (Autorinnen: SCHMEISER-RIEDER A.; KIEFER, I.), Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (1998), Fact sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, Arbeitsbericht August 1998, Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (1990), Historischer Atlas von Wien (4. Lieferung), Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2002), Historischer Atlas von Wien (8. Lieferung), Wien.
- Stadt Wien (MA 66, Hrsg.) (2003), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2002a), Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999 (Autorin: URBAS, E.), Wien.
- Statistik Austria, Datensatz zum Mikrozensus 1991.

- Statistik Austria (Hrsg.) (2002b), Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997 (Autorinnen: URBAS, E.; KLIMONT, J.), Wien.
- Statistik Austria (2002), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 (Autorin: KLIMONT, J.), Wien.
- Statistik Austria (2004), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002 (AutorInnen: HACKL, M.; BAYER, P.), Wien.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, Wien.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2004), Statistisches Jahrbuch Österreichs, Wien.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2004), Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich (Autorin: HACKL, M.), Wien.
- Statistik Austria (2003), Bevölkerungsvorausschätzung 2002–2050.
- Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Vorzeitige Zurverfügungstellung der Krebsinzidenz für 2002 und der Mortalitätsstatistik für 2004 sowie Sonderauswertungen und diverse zusätzliche Berechnungen.
- Statistik Austria, diverse Statistiken (Bevölkerungsstatistik, Spitalsentlassungsstatistik, Krebsregister, Mortalitätsstatistik, Bevölkerungsregister).
- Statistik Austria, Ergebnisse der Volkszählungen, Bevölkerungsregister.
- Statistik Austria, Statistische Nachrichten 10/2001, Monatliche Verbrauchsausgaben privater Haushalte – Regionalergebnisse, Konsumerhebung 1999/2000.
- The International Prostate Screening Trial Evaluation Group, Rationale for Randomized Trials of Prostate Cancer Screening (Review). – *European Journal of Cancer* 1999; 35 (2): 262–271.
- TRINKER, M.; DOMEJ, W.; GABRIEL, A.; HÜTTL, E.; ZAUHAR, G.; KREJS, G.J. (1997), Rauchverhalten steirischer Ärzte – Ergebnisse einer Fragebogenaktion 1995. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 147 (15), S. 362–364.
- Turnbull, J. (2000), Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 12: 1705–1706.
- UHLIR, C. (2005), „Klein, aber tödlich“. In: *Ärzte Krone* 8/05, S. 81–83.
- UNAIDS, <<http://www.unaids.org>>.
- US-Department of Health and Human Services (2000), Treating Tobacco Use and Dependence, June 2000.
- VERBRUGGE, L.M. (1998), The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J. Hlth. Soc. Behav.* 1989, S. 282–304. Zit. in: SCHWARTZ, F.W.; BADURA, B. et al. (Hrsg.), Das Public-Health-Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München.
- WANCATA, J. (2002), Die Epidemiologie der Demenzen, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 152, S. 52–56.
- WEBER, I. (1998). Gesundheitspolitische Relevanz ausgewählter Gesundheitsberichte der Länder. In: STREICH, W. et al., *Berichterstattung im Gesundheitswesen*, Weinheim/München.
- WETTSTEIN, A. (1991), *Senile Demenz*, Bern.
- WHO (1996): *The Global Burden of Disease*.
- WHO (2000), Fact Sheet No. 104, April 2000.
- WHO (2000), Report of a WHO Consultation on Obesity, Obesity: Preventing and managing a global epidemic. WHO, Genf
- WHO (2001), *Mental Health, New Understanding, New Hope*, Geneva.
- WHO (2001a), *Strengthening mental health promotion*, Geneva.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2002). *Europäische Anti-Tabak-Strategie*. Kopenhagen. <<http://www.euro.who.int/document/e77976g.pdf>> (European Strategy for Tobacco Control, ESTC).
- WHO (2003), *Cytology screening*: <<http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/>>.
- WHO (2003), *Screening for breastcancer*: <<http://www.who.int/cancer/detection/breast-cancer/en/>>.
- WIDHALM, K.; DIETRICH, S. (2004). Prevalence of overweight and obesity in Viennese school children 10–15 years of age. *Forschungsbericht der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Ernährungsmedizin*, Wien. (Im Druck.)
- WIEGELE, B.; HOFFER, H.; HINTERHÖLZL, G. (1999), *Validationsforschung. Endbericht im Auftrag des BMAGS*, Wien.
- Wiener Gebietskrankenkasse: *Jahrbücher 1995–2002*.
- Workshop Gesundheitsausgaben: Berechnungen von Statistik Austria, Statistik Austria 2002.
- ZIMMERMAN, M.; MC DERMUT, W.; MATTIA, J.I. (2000), Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder, in: *American Journal of Psychiatry*, 157, p. 1337–1340.

AKTUELLE PUBLIKATIONEN DER WIENER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG
RECENT PUBLICATIONS OF VIENNA HEALTH REPORTING

Jährlich erscheinender allgemeiner Gesundheitsbericht, zuletzt:
Annual health report, most recent:

Gesundheitsbericht Wien 2002
Vienna Health Report 2002

Verschiedene Schwerpunktberichte und Studien
Different focal studies and reports

S1/2001 Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey
Vienna Health and Social Survey

S2/2002 Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien
Microcensus 1999 – Results on Health in Vienna

S3/2003 Lebensstile in Wien
Lifestyles in Vienna

B1/2003 Lebenserwartung und Mortalität in Wien
Life Expectancy and Mortality

B2/2004 Chronische Krankheiten in Wien
Chronic diseases in Vienna

S4/2004 Psychische Gesundheit in Wien – subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren
Mental Health in Vienna – self-reported problems and psychosocial factors

Zielgruppenspezifische Berichte
Reports on specific target groups

Wiener Männergesundheitsbericht 1999
Vienna Men's Health Report 1999

Wiener Kindergesundheitsbericht 2000
Vienna Children's Health Report 2000

Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002
Vienna Youth Health Report 2002

Mehrsprachige Broschüren
Multilingual publications

Deutsch: Gesundheit in Wien
Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich

English: *Health in Vienna*
Life Expectancy and Mortality in Vienna and Austria – An International Comparison

Français: *Espérance de vie et mortalité à Vienne et en Autriche – Comparaison internationale*

Italiano: *Speranza di vita e mortalità a Vienna e in Austria – Confronto internazionale*

Zum Bestellen und Herunterladen unter / *order or download:*
www.wien.at/who/berichte/index.htm