

III.

EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGY

III. EPIDEMIOLOGIE	89
3.1 SPITALSENTLASSUNGSSTATISTIK	89
3.2 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	92
3.2.1 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN ALLGEMEIN	92
3.2.2 ALLERGIEN: ASTHMA BRONCHIALE	94
3.2.3 DIABETES MELLITUS	96
3.3 INFEKTIONSKRANKHEITEN	100
3.3.1 MELDEPFLICHTIGE INFEKTIONSKRANKHEITEN OHNE TUBERKULOSE, GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND AIDS	100
3.3.2 KINDERKRANKHEITEN (SCHWERPUNKT MASERN)	102
3.3.3 IMPFWESEN	104
3.3.4 TUBERKULOSE	110
3.3.5 AIDS UND HIV-INFEKTIONEN	116
3.3.6 GESCHLECHTSKRANKHEITEN	128
3.3.7 INFLUENZA UND GRIPPALE INFEKTE	136
3.4 KREBS	139
3.4.1 KREBSINZIDENZ	140
3.4.2 MAMMAKARZINOM (BRUSTKREBS)	145
3.4.3 KREBSMORTALITÄT	146
3.5 MENTALE GESUNDHEIT/PSYCHISCHE STÖRUNGEN	152
3.5.1 PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNGEN	153
3.5.2 DEPRESSIONEN	157
3.5.3 SCHIZOPHRENIE	159
3.5.4 MEDIKAMENTENKONSUM	161
3.5.5 PSYCHOTHERAPIEN	166
3.5.6 SUIZID UND SUIZIDVERSUCH	169
3.6 KRANKENSTÄNDE	177
3.6.1 KRANKENSTANDSFÄLLE	177
3.6.2 KRANKENSTANDSDAUER	180
3.7 MORTALITÄT	187
3.7.1 DIE MORTALITÄT IN WIEN IM ZEITLICHEN VERGLEICH	188
3.7.2 TODESURSACHENSTATISTIK	190
3.7.3 DIE MORTALITÄT IN WIEN IM REGIONALEN VERGLEICH	199
3.7.4 DIE MORTALITÄT IN WIEN IM NATIONALEN VERGLEICH	201
3.7.5 DIE MORTALITÄT IN WIEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	202
3.7.6 TODESURSACHEN BEI SÄUGLINGEN	203

3 EPIDEMIOLOGIE

3.1 Spitalsentlassungsstatistik

Zusammenfassung

Zwar kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht wirklich auf die Krankheitslage (Morbidität) in der Bevölkerung geschlossen werden, doch gibt sie Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt werden. So etwa sind die längsten Krankenhausaufenthalte (durchschnittlich 31,6 Tage) bei Krankheiten im Bereich des Kreislaufsystems zu verzeichnen. Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen Neoplasien (Neubildungen), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Summary: Hospital discharge statistics

While the hospital discharge statistics do not permit direct conclusions regarding the morbidity of the population, these data provide information on which diseases required patients to spend a particularly high number of days in hospital. The longest hospital stays (an average of 31.6 days) are caused by circulatory disorders. The most frequent reasons for discharge include neoplasms, followed by circulatory disorders.

Die Diagnosen der aus allen Wiener Spitälern im Berichtsjahr entlassenen Personen werden in den Spitälern von Ärzten in ein international standardisiertes Klassifikationsschema, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird⁴¹, eingeordnet und an das Österreichische Statistische Zentralamt gemeldet. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lag erst die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 1997 vor.

Im Allgemeinen kann von Spitalsentlassungsdaten nicht auf die Krankheitslage (Morbidität) in einer Bevölkerung geschlossen werden. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen ÄrztInnen. Auch das 1997 neu eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung findet seinen Niederschlag in der Statistik (z.B. Rückgang der Aufenthaltsdauer etc.).⁴²

Die Krankenhausentlassungsstatistik gibt jedoch sehr zuverlässig Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt wurden. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems betrug zum Beispiel die durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer 31,6 Tage, wobei bei den weiblichen Patienten – v.a. altersbedingt – eine besonders lange Aufenthaltsdauer (durchschnittlich 44,9 Tage) registriert werden konnte (männliche Patienten: 17,9 Tage).

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählten auch 1997 die Neoplasien (gutartige Geschwülste und Krebserkrankungen), gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems.

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 Krankheiten der Sinnesorgane (v.a. Augen), bei Hypertonie, Krankheiten der Urogenitalorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

⁴¹ In Österreich wird derzeit die in 18 Hauptgruppen unterteilte neunte Version der „International Classification of Diseases“ (ICD-9), KRAZAF-Version verwendet.

⁴² Vgl. Abschnitt VIII (8.1.4.1, LKF).

Tabelle 1: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1997²⁾ nach Geschlecht

Haupt- gruppe ³⁾	ICD-9- Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Geschlecht		Stationäre Patienten insgesamt ⁴⁾
			weiblich	männlich	
I.	001–139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	6.390	7.513	13.903
II.	140–239	Neoplasien	45.679	35.509	81.188
		darunter: 140–208 Bösartige Neubildungen	38.382	32.121	70.503
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	9.390	6.880	16.270
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	2.202	1.900	4.102
V.	290–319	Psychiatrische Krankheiten	19.647	18.905	38.552
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	23.412	17.180	40.592
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	34.680	33.585	68.265
		darunter:			
		401–405 Hypertonie	2.908	1.893	4.801
		410–414 Ischämische Herzkrankheiten	5.462	8.818	14.280
		415–429 Sonstige Herzkrankheiten	10.069	8.212	18.281
		430–438 Cerebrovaskuläre Krankheiten	7.931	6.278	14.209
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	15.320	18.275	33.595
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	18.561	18.355	36.916
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	22.812	12.416	35.228
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation d. Gravidität	28.146	–	28.146
		darunter: 650 Normale Entbindung	10.433	–	10.433
XII.	680–709	Krankheiten d. Haut und d. Unterhautzellgew.	4.127	3.836	7.963
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	25.707	14.455	40.162
XIV.	740–759	Kongenitale Missbildungen	1.604	2.021	3.625
XV.	760–779	Perinatale Affektionen	1.044	1.233	2.277
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	7.036	5.862	12.898
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	17.969	18.408	36.377
XVIII.	V01–V99	Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	924	309	1.233
I – XVIII	001–999, V01–V99	Alle Diagnosen	284.650	216.642	501.292

1) Ohne Pflegeheime.

2) Daten für 1998 noch nicht verfügbar.

3) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF.

4) Einschließlich der außerhalb Wiens wohnenden Personen.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Tabelle 2: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1997²⁾ nach Abgangstatus und Aufenthaltsdauer

Haupt- gruppe ³⁾	ICD-9- Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Abgangstatus ⁴⁾		Aufenth.- dauer (Tage)
			entlassen	gestorben	
I.	001–139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.481	422	10,0
II.	140–239	Neoplasien	78.191	2.997	7,8
		darunter: 140–208 Bösartige Neubildungen	67.579	2.924	7,8
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	15.960	310	13,2
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	3.979	123	8,7
V.	290–319	Psychiatrische Krankheiten	38.289	263	27,1
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	40.281	311	9,3
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	62.785	5.480	31,6
		darunter:			
		401–405 Hypertonie	4.752	49	12,3
		410–414 Ischämische Herzkrankheiten	13.414	866	15,7
		415–429 Sonstige Herzkrankheiten	15.386	2.895	72,2
		430–438 Cerebrovaskuläre Krankheiten	12.998	1.211	25,0
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	32.401	1.194	15,1
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	36.005	911	10,4
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	34.690	538	7,8
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation in Gravidität	28.145	1	5,1
		darunter: 650 Normale Entbindung	10.433	–	5,5
XII.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	7.863	100	9,8
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	40.073	89	10,5
XIV.	740–759	Kongenitale Missbildungen	3.588	37	8,9
XV.	760–779	Perinatale Affektionen	2.236	41	14,4
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	12.423	475	16,1
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	35.833	544	9,1
XVIII.	V01–V99	Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	1.231	2	3,0
I – XVIII	001–999, V01–V99	Alle Diagnosen	487.454	13.838	14,0

1) Ohne Pflegeheime.

2) Daten für 1998 noch nicht verfügbar.

3) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF.

4) Einschließlich der außerhalb Wiens wohnenden Personen.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

3.2 Chronische Erkrankungen

Zusammenfassung

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

Sowohl bei den allergischen Erkrankungen als auch bei Diabetes ist mit einer starken Zunahme in den nächsten Jahren zu rechnen.

Summary: Chronic diseases

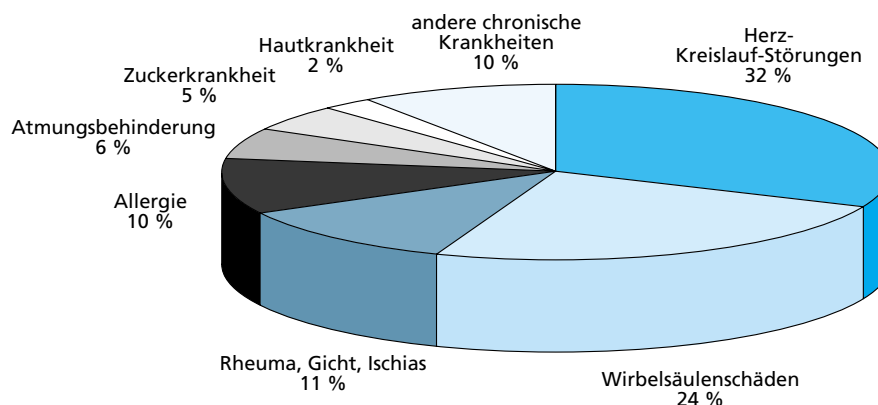
Approximately 27 percent of the Viennese population are chronically ill, i.e. suffer from at least one chronic complaint. Of these, almost one third are affected by cardiovascular diseases (chiefly hypertension and vascular and circulatory disturbances in the legs), roughly one fourth by spine problems. Rheumatism, gout and sciatic conditions as well as allergies are other frequent complaints.

A marked increase of allergies and diabetes may be expected for the coming years.

3.2.1 Chronische Erkrankungen allgemein

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

Grafik 1: Verteilung der chronischen Krankheiten



Quelle: ÖSTAT-Mikrozensus Juni 1995

Fast ein Drittel der chronischen Krankheiten sind auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückzuführen, wobei wiederum mehr als ein Drittel (35 Prozent) auf Bluthochdruck entfallen und ein Viertel (25 Prozent) auf Gefäß- bzw. Durchblutungsstörungen der Beine. 19 Prozent der Herz-Kreislauf-Störungen sind Herzkrankheiten und 17 Prozent werden durch einen zu niedrigen Blutdruck verursacht. 4 Prozent der Erkrankten haben bereits einen Schlaganfall erlitten.

Die zweithäufigste Gruppe der chronischen Krankheiten bilden die Schäden an der Wirbelsäule (24 Prozent aller chronischen Erkrankungen).⁴³

⁴³ Da seit dem Vorjahresbericht keine aktuelleren Daten verfügbar sind, vgl. hierzu Kap. 2.3. im Gesundheitsbericht 1997, S. 53ff.

3.2.2 Allergien: Asthma bronchiale

Zusammenfassung

Etwa 55.500 Wienerinnen und Wiener leiden an einer Allergie, davon etwa 32.200 an Atmungsbeschwerden/Asthma (zunehmende Inzidenzraten). Der größte Anteil dieser Betroffenen ist in den jüngeren Altersgruppen zu finden. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind von Allergien (v.a. Asthma) sehr stark betroffen.

Summary: Allergies: Bronchial asthma

Roughly 55,500 Viennese citizens suffer from allergies; of these, about 32,200 persons are affected by respiratory problems/asthma (incidence rates are increasing). The largest share of these persons belong to the younger age brackets. In particular, children and adolescents suffer heavily from allergies (above all asthma).

Laut Mikrozensus 1995 leiden rund 55.500 Wienerinnen und Wiener an einer Allergie, wobei das weibliche Geschlecht etwas stärker betroffen und der größte Anteil in den jüngeren Altersgruppen zu finden ist (40 Prozent aller Allergiker sind unter 30 Jahre alt). Insbesondere Kinder und Jugendliche sind von Allergien sehr stark betroffen. Etwa 35 Prozent aller Kinder weisen irgendeine Allergie auf, etwa 15 Prozent aller Kinder leiden an Asthma.

Laut Mikrozensus 1995 leiden rund 32.000 Wienerinnen und Wiener (davon sind 7.000 jünger als 30 Jahre, 11.000 zwischen 30 und 59 Jahre und 14.000 über 60 Jahre alt) an Atmungsbehinderung/Asthma.

Tabelle 3: Personen mit Atmungsbehinderung/Asthma nach Geschlecht und Alter, Wien 1995

Altersgruppen	in 1.000		
	weiblich	männlich	zusammen
bis 5 Jahre	1,0	0,7	1,6
6– 9 Jahre	0,0	0,5	0,5
10–14 Jahre	1,1	0,4	1,5
15–19 Jahre	0,0	0,9	0,9
20–29 Jahre	0,5	2,0	2,4
30–39 Jahre	2,3	0,7	3,0
40–49 Jahre	2,1	2,1	4,2
50–59 Jahre	2,1	2,0	4,1
60–69 Jahre	4,5	2,3	6,8
70–79 Jahre	2,8	2,3	5,2
80 Jahre und älter	1,3	0,6	1,9
insgesamt	17,7	14,5	32,2
bis 29 Jahre	2,5	4,4	7,0
30–59 Jahre	6,5	4,8	11,3
60 Jahre und älter	8,6	5,3	13,9

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt – Mikrozensus Juni 1995

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen, welche durch anfallsartige Atemnot, ausgelöst durch Bronchospasmen (Krampf der Bronchialmuskeln), sowie Hustenanfälle charakterisiert wird. Diese Atemnot tritt ein infolge einer variablen und reversiblen Bronchialverengung durch Entzündung und Hyperreaktivität der Atemwege.

Asthma bronchiale betrifft ca. **5–10 Prozent der Bevölkerung**, wobei **zunehmende Inzidenzraten** (insbesondere bei der gemischtförmigen und infektabedingten Variante) zu beobachten sind⁴⁴. Während es bei Kindern und Jugendlichen oft zu spontanen Remissionen kommt, nimmt das Asthma bronchiale bei Erwachsenen meist einen chronischen Verlauf.

Laut Mikrozensus-Erhebung im Juni 1995 leiden in Österreich rund 139.500 Personen, in Wien rund 32.200 Personen an Atmungsbeschwerden/Asthma.⁴⁵

Auslösefaktoren

Asthma bronchiale kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Bei knapp der Hälfte der Betroffenen sind Infektionen der Atemwege die Auslösefaktoren. Ein großer Teil der AsthmatikerInnen (Jugendliche zu etwa 80 Prozent, ältere Menschen weniger) leiden an allergischem Asthma.

Das **allergische** Asthma bronchiale wird spontan ausgelöst durch Einatmung von Allergenen (meist Pollen sowie Hausstaubmilben, Tierhaare und Tierschuppen, Bettfedern und Schimmelpilzsporen), gelegentlich auch durch den Genuss bestimmter Nahrungsmittel, die Einnahme von Medikamenten, den Kontakt mit Insektengiften oder den Hautkontakt mit Allergenen.

Das **infektabedingte** Asthma bronchiale tritt erstmals nach einem bronchopulmonalen Infekt auf, wenn sensible Nervenendigungen durch Viren oder Bakterien direkt gereizt wurden.

Das **gemischtförmige** Asthma bronchiale ist gekennzeichnet durch das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Auslösemechanismen.

Ferner gibt es das **analgetikabedingte** Asthma bronchiale, welches durch die Einnahme von Acetylsalicylsäure (Schmerzmittel) oder andere in den Prostaglandinstoffwechsel eingreifende Antiphlogistika ausgelöst wird.

Das **anstrengungsbedingte** Asthma bronchiale (exercise induced asthma) tritt etwa 5 Minuten nach Beendigung einer körperlichen Belastung auf.

Das **berufsbedingte** Asthma bronchiale wird ausgelöst durch die Einatmung allergisierender, chemisch-irritativ oder toxisch wirkender Substanzen am Arbeitsplatz (z.B. Bäckerasthma, Isocyanate).

Neben dem Asthma bronchiale gibt es auch das **Asthma cardiale (Herzasthma)**, welches durch das (besonders während der Nacht) anfallsartige Auftreten von Atemnot charakterisiert ist.

Das **Erkrankungsrisiko wird erhöht** durch folgende Faktoren:

- Rauchen, verschmutzte Luft, Nebel, Chemikalien am Arbeitsplatz
- Häufige Bronchialentzündungen
- Neigung innerhalb der Familie zu allergischen Erkrankungen
- Kinder: erkranken häufig zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr, wobei das Asthma vielfach mit dem Ende der Pubertät wieder abklingt.

⁴⁴ Siehe dazu auch Kap. „Asthma bronchiale bei Kindern“ von Prim. Univ.-Doz. Dr. H. Zwick, Krankenhaus Lainz.

⁴⁵ Die im Mikrozensus erhobenen Zahlen bezüglich Allergien liegen unter den allgemeinen Schätzungen. Grund dafür dürfte u.a. die zu kleine Stichprobe in der Altersgruppe unter 15 Jahren sein.

3.2.3 Diabetes mellitus

Zusammenfassung

Laut internationalen Berichten und epidemiologischen Studien sind etwa 4 bis 5 Prozent der Bevölkerung in den westlichen Industriestaaten zuckerkrank. Für Wien würde das eine Zahl von etwa 64.000 bis 80.000 Personen bedeuten, wobei jedoch davon auszugehen ist, dass einem großen Teil der betroffenen Personen die Tatsache der Erkrankung nicht bewusst ist (Dunkelziffer). Mit einem weiteren Anstieg der Prävalenz ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu rechnen.

Den Hauptanteil der Diabeteserkrankungen bildet der Altersdiabetes (Typ II, meist ab dem 40. Lebensjahr). Etwa jeder zehnte alte Mensch in Österreich leidet an dieser Krankheit. Die Bedeutung dieser verbreiteten chronischen Krankheit liegt – abgesehen von einer verkürzten Lebenserwartung – vor allem im Auftreten von Spätfolgen im Bereich der Nieren, Augen und Nerven, die bis zur Erblindung, Nierenversagen und Fußamputation führen können.

Als Hauptursache von Diabeteserkrankungen (Typ II) gilt Dauer und Häufigkeit von Übergewicht. Eine wirksame Vorbeugung von Diabetes mellitus Typ II kann daher nur in einer entsprechenden Motivation zu einer gesünderen Lebensführung der Bevölkerung stattfinden.

Summary: Diabetes

According to international reports and epidemiological studies, approximately 4 to 5 percent of the population of Western European industrial countries suffer from diabetes. For Vienna, this would correspond to 64,000 to 80,000 persons, although it must be assumed that a large part of these persons are not aware of their condition (unknown cases). A further marked increase of the prevalence of diabetes may be expected for the coming years.

The major share of diabetic complaints is due to maturity-onset diabetes (type II, usually beginning around 40 years of age). Roughly 1 in 10 elderly Austrian citizens suffers from this disease. Apart from shortening life expectancy, the significance of this most important chronic disease lies above all in late sequelae, which affect the kidneys, eyes and nervous system and may even lead to blindness, renal failure and amputation of the lower limbs.

A main cause of diabetic complaints (type II) lies in long-term and frequent overweight. For this reason, diabetes mellitus (type II) can only be effectively prevented by motivating the population to opt for healthier lifestyles.

Der Diabetes mellitus ist zwar nur eine von vielen chronischen Krankheiten, doch ist an dieser Stelle seine steigende Bedeutung hervorzuheben. Nach WHO-Berichten sind rund 5 Prozent der Bevölkerung in den westlichen Industriestaaten zuckerkrank, aufgrund internationaler epidemiologischer Studien liegt die Prävalenz bei etwa 4 Prozent (davon ca. 10 Prozent Typ I). In Österreich würde dies etwa 320.000 bis 350.000 Personen entsprechen.

Laut Voraussage der WHO wird die Zahl der Kranken bis zum Jahr 2025 in den Industriestaaten um 45 Prozent steigen, in den ärmeren Ländern wird sich diese Zahl der Kranken verdreifachen. Bereits im Jahr 2010 könnte die Zuckerkrankheit zu den häufigsten Todesursachen zählen, warnte die Weltgesundheitsorganisation. Schon heute sterben jährlich etwa 2,8 Millionen Menschen an den Folgen dieser Krankheit, also in etwa so viele wie an Tuberkulose. Derzeit leiden nach WHO-Angaben ungefähr 135 Millionen Menschen an Diabetes.

Für Österreich (bzw. Wien) gibt es derzeit keine verlässlichen Angaben über die Verteilung des Diabetes in der Bevölkerung; es wird von etwa 350.000 Erkrankten ausgegangen. Der Mikrozensus-Er-

hebung aus dem Jahr 1995 zufolge leiden in Wien rund 2 Prozent der Bevölkerung (d.s. rund 32.000 Personen) an Diabetes.⁴⁶ Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Dunkelziffer aufgrund der langen vordiagnostischen Zeiten (im Schnitt wird Diabetes mellitus vom Typ II erst nach 5 bis 7 Jahren diagnostiziert) sehr hoch ist. Auch angesichts der für Österreich erhobenen Zahlen betreffend Übergewicht und Bewegungsmangel kann man nicht davon ausgehen, dass hier zu Lande weniger Erkrankungen an Diabetes vorliegen als in anderen westlichen Industriestaaten. Die Erhebung der Diabetes-Prävalenz⁴⁷ in der Bevölkerung wäre jedenfalls eine dringende Maßnahme, welche nicht nur für den Bereich der Gesundheitsvorsorge von Bedeutung wäre.

Bei einem erheblichen Teil der an Diabetes bereits erkrankten Personen wird die Behandlung erst sehr spät, meist aufgrund eines Zufallsbefundes oder bereits eingetretener Erkrankungsfolgen aufgenommen. V.a. beim Typ II (Altersdiabetes) sind zu diesem Zeitpunkt oft schon vaskuläre Schäden wie Arteriosklerose, diabetischer Fuß, Hirnschlag, Erblindung, Nieren- und Nervenschäden etc. eingetreten oder sind zumindest nicht mehr zu verhindern. Die durchschnittliche Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung beträgt dann nur noch sechs bis zehn Jahre – und zwar sehr teure Jahre.

Es ginge daher – als Maßnahme der Gesundheitspolitik – zunächst einmal darum, der Bevölkerung bewusst zu machen, dass ab dem 40. Lebensjahr (und insbesondere bei übergewichtigen Personen mit bewegungsarmem Lebensstil) die Möglichkeit einer Erkrankung an Diabetes mellitus gegeben ist und daher eine jährliche Kontrolle (zumindest auf Harnzucker) geboten wäre. Zusätzlich sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen derart geändert werden, dass Normalgewicht durch den Erlass von Sozialversicherungsprämien oder Ähnlichem belohnt wird. Nur durch einen derartigen Anreiz könnte die Motivation zur Vorbeugung von Diabetes mellitus Typ II ausreichend sichergestellt werden.

Diabetes Typ I und II

Den Hauptanteil der Diabetes-Erkrankungen (90 Prozent) bildet der Altersdiabetes (Typ II), der meist erst ab dem 40. Lebensjahr auftritt und mit zunehmendem Alter häufiger wird. **Etwa jeder zehnte alte Mensch in Österreich leidet an dieser Krankheit.**

Für die Zukunft ist mit einer weiteren Zunahme von Typ-II-DiabetikerInnen zu rechnen – zum Teil aufgrund der längeren Lebenserwartung, zum Teil auch aufgrund der ungesunden Lebensführung (lange Jahre Übergewicht, falsche Ernährung und Bewegungsmangel). Besonders ältere Frauen mit Übergewicht zählen zu dieser größten Risikogruppe. Auch die Zahl der Typ-II-DiabetikerInnen, welche einer Insulinbehandlung bedürfen, wird steigen. Ein wesentlicher Anstieg der Neuerkrankungen an Typ-I-Diabetes (Erkrankung meist vor dem 30. Lebensjahr) ist dagegen nicht zu erwarten.

Die Versorgung von Typ-I-DiabetikerInnen erfolgt überwiegend in Spezialabteilungen, während Typ-II-DiabetikerInnen vorwiegend vom niedergelassenen Arzt/Ärztin versorgt werden – zumindest bis zum Auftreten von Spätfolgen. Eine ambulante Umstellung auf eine Insulintherapie hängt zum einen von den regionalen Möglichkeiten, zum andern vom Ausmaß der Motivation des Patienten/der Patientin ab.

Spätfolgen und verlorene potenzielle Lebensjahre

Statistisch gesehen bestimmen Dauer und Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht in der Bevölkerung die Epidemiologie des Typ-II-Diabetes. Wenngleich die Sterberate des Diabetes mellitus infolge akuter Stoffwechselentgleisungen aufgrund immer besserer Behandlungsmethoden zurückgeht (das diabetische Koma ist z.B. heute bereits ein seltenes Ereignis), so zählt diese Krankheit doch nicht nur zu den bedeutendsten chronischen Krankheiten mit Spätfolgen im Bereich der Nieren, Au-

⁴⁶ Die Mikrozensus-Erhebung 1995 wies österreichweit 117.000 von Zuckerkrankheit betroffene Personen aus.

⁴⁷ Wenngleich die Erhebung der Häufigkeit von Typ-II-Erkrankungen aufgrund der relativ langen vordiagnostischen Zeiten (5–7 Jahre) nicht wirklich exakt sein kann, würde schon allein aufgrund des prognostizierten Anstiegs von Diabetes-Erkrankungen und der damit verbundenen Spätfolgen eine wissenschaftliche Studie doch einen wichtigen Beitrag auch im Bereich der Gesundheitsvorsorge leisten.

gen und Nerven, die bis zu Erblindung, Nierenversagen und Fußamputation führen können, sondern auch zu den häufigen Todesursachen. Die Ursache dafür sind vorzeitige arteriosklerotische Veränderungen an den Blutgefäßen, ein erhöhtes Infarkt- und Schlaganfallrisiko sowie Niereninsuffizienz.⁴⁸

Im direkten Vergleich mit Nicht-DiabetikerInnen gleichen Alters und Geschlechts haben Typ-II-DiabetikerInnen

- 2x häufiger Bluthochdruck
- 2x häufiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- 30x häufiger Amputationen
- 4–10x häufiger Schlaganfälle
- 2–6x häufiger PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheiten)
- 5x häufiger Nierenversagen
- und: sie sterben 2–3x häufiger.

Das Ausmaß der Spätfolgen ist dabei regional sehr unterschiedlich. Es hängt von der Güte der Stoffwechselkontrolle und damit vom jeweiligen Gesundheitssystem ab.⁴⁹ Erwiesen ist jedoch, dass nach 20 Erkrankungsjahren bei etwa 50 Prozent der PatientInnen eine oder mehrere Spätfolgen klinisch nachweisbar sind.

Nicht unerheblich ist in diesem Zusammenhang natürlich auch der Aspekt der verlorenen potenziellen Lebensjahre. So muss beim Typ-I-Diabetiker mit einer nicht unerheblichen Verkürzung der Lebenserwartung in Abhängigkeit von der Güte der Langzeitblutglukosekontrolle gerechnet werden. Dagegen wird der Krankheitsverlauf beim Typ-II-Diabetes vor allem durch arteriosklerotische Veränderungen bestimmt, in deren Folge Herz-Kreislauf-Erkrankungen (v.a. Herzinfarkt und Schlaganfall) auftreten. Auch beim Typ-II-Diabetiker ist daher mit einer Verkürzung der Lebenserwartung um 5 Jahre und mehr zu rechnen.

Datenlage zur Diabetesinzidenz

Angesichts dieser gewichtigen Folgen und der Verbreitung des Diabetes II ist zu bedauern, dass Österreich zu einem der wenigen Länder zählt, welches noch immer über keine konkreten Daten zur Verteilung des Diabetes in der Bevölkerung verfügt. Eine einigermaßen genaue und vollständige zahlenmäßige Erfassung der Betroffenen wäre darüber hinaus auch die Voraussetzung für weitere Maßnahmen zur Schaffung bzw. Förderung eines entsprechenden Diätbewusstseins in der Bevölkerung.

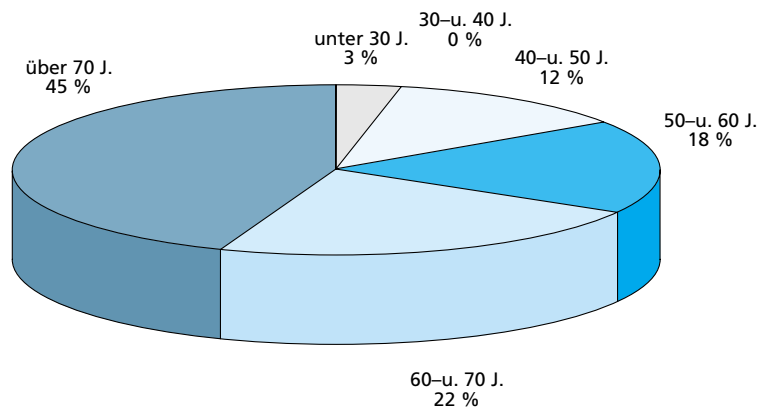
Die einzig verfügbaren Daten zur Diabetesinzidenz beruhen auf dem Mikrozensus aus dem Jahr 1995 sowie (indirekt) auf der Todesursachenstatistik. Aus den Ergebnissen des Zensus ist ersichtlich, dass etwa 1,8 Prozent der Befragten von einer Diabeteserkrankung berichten⁵⁰, wobei die Inzidenzrate beim weiblichen Geschlecht etwas höher liegt als beim männlichen (1,9 % : 1,7 %).

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach **Altersgruppen** zeigt erwartungsgemäß einen deutlichen Anstieg der Diabetesprävalenz (v.a. Typ II) mit zunehmendem Alter. Dies bedeutet, dass ca. 20 bis 30 Prozent der Verstorbenen Diabetes und damit verbundene Erkrankungen im Rahmen der Multimorbidität aufweisen.

⁴⁸ Nähere Angaben zur Häufigkeit von diabetischen Spätkomplikationen siehe bei Derfler, K; Waldhäusl, W. u.a.: Diabetes Care in Rural Area: Clinical and Metabolic Evaluation. In: Diabetes Care, Vol. 9, No. 5, Sept.–Oct.1986.

⁴⁹ Die in der Diskussion über das Ausmaß von Spätfolgen meist verwendeten Zahlen aus den USA sind für Europa wegen der unterschiedlichen Versicherungslage der BürgerInnen nicht aussagekräftig. Derzeit fehlen jedoch (leider) noch verlässliche Daten.

⁵⁰ Es muss davon ausgegangen werden, dass einem Teil der Befragten die Tatsache der Erkrankung nicht bewusst ist.

Grafik 2: Verteilung der an Diabetes mellitus Erkrankten nach Alter

Quelle: ÖSTAT-Mikrozensus 1995

Die Auswertung nach dem Grad der **abgeschlossenen Schulbildung** zeigt ein deutliches Überwiegen der Diabetesprävalenz bei den weniger gebildeten Personengruppen, wobei der Maturaabschluss eine deutliche Grenze bildet⁵¹. Den niedrigsten Anteil von Zuckerkranken weisen hingegen Personen mit einem Hochschulstudium auf. Augenfällig ist die Analogie der Abhängigkeit von Übergewicht und Fettleibigkeit vom jeweiligen Bildungsstand.

Als Teil des Arbeitskreises „**Wiener Diabeteskonzept**“ wurde 1995 das **DiabCare Office Vienna** – Verein für Qualitätssicherung bei Diabetesbehandlungen – ins Leben gerufen. Es ist in das europäische „DiabCare Quality Network“ eingebunden.⁵²

Diabetes-Info-Bus

Einen wichtigen Schritt zur Information und Erfassung von DiabetikerInnen stellt eine Kampagne auf Initiative der Österreichischen Diabetes-Gesellschaft dar. Es geht dabei um

- Aufklärung (Was ist Typ-II-Diabetes?)
- Information (Neue Erkenntnisse der Medizin)
- Motivation (Diabetes lässt sich kontrollieren)
- und die Botschaft, dass Diabetes und gute Lebensqualität miteinander vereinbar sind.

In einem technisch aufwändigen, topmodernen Diabetes-Info-Bus werden InteressentInnen gescreent (Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Gewicht) und informiert. Sollten Werte außerhalb der Norm liegen, werden die Betroffenen zum Arztbesuch motiviert. Im Bus gibt es *keine* Diagnose und *keine* Therapieberatung – das ist die Kompetenz des Arztes. Das Projekt wird auch von einer breiten Medien-Kampagne unterstützt.

⁵¹ Vgl. Grafik 6 im Vorjahresbericht S. 62.

⁵² Mehr dazu siehe Vorjahresbericht S. 63.

3.3 Infektionskrankheiten

3.3.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

Während der letzten beiden Jahre ist eine Zunahme der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festzustellen. Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden 1998 in Wien 2.984 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (d.s. 186 Personen auf 100.000 EW). Den weitaus größten Teil (72 %) nahmen wie immer die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ein (v.a. Salmonellen-Infektionen). Auch Scharlach ist nach wie vor eine recht häufig auftretende Krankheit (500 Fälle). Der im Vorjahr verzeichnete starke Anstieg von Hepatitis-Infektionen „normalisierte“ sich 1998 wieder und liegt nun bei 247 Fällen.

Summary: Infectious diseases

During the past two years, notifiable infectious diseases have increased. Excluding tuberculosis, sexually transmitted diseases and AIDS, a total of 2,984 cases of infectious diseases were recorded in Vienna in 1998 (i.e. 186 persons per 100,000 inhabitants). As in the past, bacterial food poisonings (in particular Salmonella infections) accounted for the largest share by far (72 %). Scarlet fever, too, is still a relatively frequent bacterial infection (500 cases). The marked increase of hepatitis infections recorded last year "returned to normal" in 1998, attaining 247 cases.

Nachdem zu Beginn der Neunzigerjahre die Zahl der gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) kurzfristig angestiegen ist, wurde während einiger der darauf folgenden Jahre ein Abwärtstrend beobachtet. Seit 1996 ist jedoch wiederum eine Zunahme festzustellen.

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

Von den fast 3.000 im Jahr 1998 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** (und hier wiederum die Salmonellen-Infektionen) bei weitem den größten Teil ein (2.153 Fälle = 72 Prozent aller Infektionen, davon etwas mehr als die Hälfte Salmonella). Eine Campylobacter-Infektion wurde bei 955 Personen diagnostiziert, an bakterieller Ruhr erkrankten 67 Personen.

Auch **Scharlach** ist nach wie vor eine relativ häufige bakterielle Infektionskrankheit, welche vor allem Kinder betrifft (Häufigkeitsmaximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr). 1998 wurden in Wien 500 Fälle von Scharlach registriert.

Bei den viralen Infektionen wurden 247 **Hepatitis**-Erkrankungen (davon endete eine tödlich) verzeichnet. Damit sank die Zahl der an infektiöser Hepatitis Erkrankten nach dem enormen Anstieg im Vorjahr (v.a. Hepatitis A) wiederum deutlich. 1998 wurde kein Fall von **FSME** gemeldet.

Weiters wurden – ähnlich wie im Vorjahr – 32 Fälle von **Meningitis** (davon 7 mit tödlichem Ausgang!) sowie 26 Fälle von **Malaria** gemeldet. Auch 6 Fälle von **Amöbenruhr** konnten nachgewiesen werden.

Infolge einer **Jakob-Creutzfeld-Erkrankung** verstarben im Berichtsjahr 3 Personen. Todesfälle infolge dieser Prionen-Infektion sind seit 1. April 1996 meldepflichtig; bisher gibt es insgesamt fünf nachgewiesene Todesfälle.

Seit 1962 ist keine in Wien erworbene Erkrankung an übertragbarer **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) aufgetreten, was wohl einen Erfolg der konsequent durchgeführten Impfkation darstellt.

Tabelle 4: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten)

Infektionskrankheiten	Erkrankungen		Sterbefälle	
	Ø 1995–1997	1998	Ø 1995–1997	1998
Bakterielle Infektionen	340	500	0	0
Scharlach				
Diphtherie	0	0	0	0
Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	1.734	2.153	2	0
davon: Salmonella-Infektionen	1.024	1.078	2	0
Campylobacter-Infektionen	627	955	0	0
Yersinia-Infektionen	36	52	0	0
Shigellen-Infektionen ¹⁾ (Bakt. Ruhr)	69	67	0	0
andere Infektionen	1	1	0	0
Lepra	0	0	0	0
Typhus abdominalis	4	3	0	0
Paratyphus	2	2	0	0
Cholera	0	1	0	0
Tularaemie (Hasenpest)	3	2	0	0
Keuchhusten	16	11	0	0
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	1	0	0	0
Leptospiren-Erkrankungen	0	0	0	0
Virale Infektionen				
Encephalitiden ²⁾	4	0	0	0
Poliomyelitis (übertragb. Kinderlähmung)	0	0	0	0
Hepatitis infectiosa ³⁾	312	247	5	1
Übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁴⁾	23	32	3	7
Chlamydien				
Psittakose (Papageienkrankheit)	1	1	0	0
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	0	0	0	0
Protozoenerkrankungen				
Malaria	31	26	0	0
Amöbenruhr	14	6	0	0
Wurmerkrankungen				
Trichinose	0	0	0	0
Prionen-Infektion				
Jakob-Creutzfeld-Erkrankung ⁵⁾	0	0	1 ⁶⁾	3
insgesamt	2.483	2.984	10	11

1) 55 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

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

3) Davon 130 Hepatitis A, 71 Hepatitis B, 45 Hepatitis C, 0 Hepatitis E, 1 Hepatitis ohne nähere Angabe.

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

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

6) 1996: 2 Sterbefälle infolge einer Jakob-Creutzfeld-Erkrankung; 1997: kein Sterbefall.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/2

3.3.2 Kinderkrankheiten (Schwerpunkt Masern)

Dr. med. Wolfgang Hladik, MSc

EISO, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA

Zusammenfassung

Impfungen gegen klassische Kinderkrankheiten – wie Masern, Röteln, Mumps, Polio und Diphtherie – bewirkten einen massiven Rückgang der Erkrankungs- und Sterbezahlen in den letzten Jahrzehnten. Die Masern gehören in Österreich nicht zu den meldepflichtigen Erkrankungen, die Zahl der jährlich Erkrankten ist daher nicht bekannt. Vor allem in größeren Städten, wie z.B. Wien, kann sich das Masern-Virus besonders gut ausbreiten und halten, gleichzeitig ist auch die Kontrolle am schwersten.

Präventiv wären hier Impfraten von mindestens 95 Prozent, ein gut funktionierendes Meldesystem sowie eine rasche Kontrolle von lokalen Masern-Epidemien anzustreben.

Summary: Measles

Inoculations against classic childhood diseases – such as measles, rubella, mumps, polio and diphtheria – have led to a massive reduction in the morbidity and mortality figures over the past decades. In Austria, measles are not a notifiable disease; the number of cases per year is hence unknown. The measles virus easily spreads, survives and at the same time is most difficult to contain in big cities such as Vienna.

By way of prevention, inoculation rates of at least 95 percent, a well-functioning notification system and the rapid containment of local measles epidemics are the objectives.

Kinderkrankheiten verdanken ihren Namen der hohen Ansteckbarkeit und Erkrankungshäufigkeit im Kindesalter. Vor dem Einsetzen des modernen Impfzeitalters erreichte man kaum das Erwachsenenalter, ohne durch Erkrankung oder stille Feiung gegen diese Infektionskrankheiten immun geworden zu sein. Impfungen und verbesserte Hygiene drängten diese Erkrankungen zurück – mit der Konsequenz, dass Ungeimpfte eventuell erst als Jugendliche oder als Erwachsene mit diesen Infektionserregern Kontakt haben und altersbedingt oft schwerer erkranken.

Impfungen gegen klassische Kinderkrankheiten wie Masern, Röteln, Mumps, Polio und Diphtherie bewirkten einen massiven Rückgang der spezifischen Erkrankungs- und Sterbezahlen. Dieser Erfolg führte allerdings auch zu einem teilweisen Umdenken der Bevölkerung über die Bedeutung dieser Infektionskrankheiten. Dies betrifft insbesondere die Masern, deren potenzielle Gefährlichkeit von vielen Eltern nicht mehr erkannt wird.

Die USA etwa, die seit vielen Jahren ein sehr genaues Meldesystem für Kinderkrankheiten führen, mussten vor der Zulassung der Masern-Impfung Anfang der Sechzigerjahre etwa 400.000 Masern-Fälle jährlich registrieren, während die tatsächliche Zahl wohl bei 3,5 Millionen lag. Die hohe Ansteckungsrate der Masern führt nämlich bei völliger Abwesenheit der Impfung dazu, dass in kurzer Zeit ein ganzer Geburtsjahrgang durch das Virus erreicht wird.

Großteils vergessen ist mittlerweile, dass selbst in Industriestaaten 1 bis 2 Todesfälle auf 1.000 Masern-Erkrankungen kommen. Masern-Erkrankungen führen außerdem oft zu Komplikationen wie Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen, Durchfall oder Enzephalitis. In der Schwangerschaft können Masern vorzeitige Wehen oder Totgeburten verursachen. Die gefürchtete Spätkomplikation der Masern, die subakute, sklerosierende Panenzephalitis, tritt zwar nur sehr selten auf, dennoch mussten in Österreich im ersten Halbjahr 1999 bereits zwei Fälle dieser immer tödlich verlaufenden

Erkrankung verzeichnet werden. Schätzungen der WHO zufolge sterben weltweit bis zu 1 Million Kinder jährlich an Masern.

Die WHO-Mitgliedsstaaten der Europa-Region bekennen sich zu dem Ziel, die Masern bis zum Jahr 2007 europaweit zu eliminieren. Derzeit ist die Verbreitung der Masern in Europa noch äußerst unterschiedlich. Während skandinavische Länder oder Großbritannien ein sehr erfolgreiches Impfwesen aufbauten und die Masern damit teilweise bereits eliminiert sind, ist diese Erkrankung in Ländern wie Italien, Deutschland und auch Österreich nach wie vor endemisch und alltäglich.

In **Österreich** gehören die Masern nicht zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Die Zahl der jährlich Erkrankten ist daher nicht bekannt. Einzig das Institut für Virologie, Universität Wien, führt ein freiwilliges Meldesystem, das etwa 8 Prozent der österreichischen Bevölkerung erfasst. Für 1998 wurden hier 50 Fälle gemeldet, davon 15 mit Komplikationen. Von diesen wiederum waren drei geimpft, 12 ungeimpft. Eine Hochrechnung auf das ganze Bundesgebiet scheint aufgrund dieser kleinen Zahl unzulässig, ebenso liegen keine gesonderten Zahlen für Wien vor. (Zum Vergleich: Die USA verzeichneten in diesem Zeitraum ganze 89 Fälle.)

Aufgrund seiner Epidemiologie kann sich das Masern-Virus auf Dauer nur in größeren Städten wie Wien und Graz halten, um von dort aus immer wieder ländlichere Gebiete heimzusuchen. Wien ist aufgrund seiner Größe das wichtigste Reservoir (neben Masern-Importen aus dem Ausland), gleichzeitig ist die Kontrolle hier am schwersten. Erfolgreiche Impfstrategien beinhalten die rechtzeitige Gabe der ersten Impfung im 15. Lebensmonat, das Sicherstellen der zweiten MMR-Impfung für alle Kinder im 7. Lebensjahr und die Meldepflicht für Masern-Erkrankungen. Erst das Zusammenspiel von hohen Impfraten von 95 Prozent und mehr, einem gut funktionierenden Meldesystem sowie der raschen Kontrolle von lokalen Masern-Epidemien wird eine erfolgreiche Eliminierung dieses Virus ermöglichen.

3.3.3 Impfwesen

Zusammenfassung

Die seit 1. Jänner 1998 beginnende Umsetzung des neuen Impfkonzepthes zielt auf eine Erhöhung der Durchimpfungsraten bei allen allgemein empfohlenen Impfungen für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr.

Es handelt sich hierbei um die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Polio, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B.

Die Impfungen selbst sind öffentlich und kostenlos. Durch die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen soll die Impfbereitschaft der Eltern für Kinder im Vorschulalter erhöht werden. Wichtige Einflussfaktoren auf das Impfverhalten sind das Vertrauen in den Kinderarzt, die Tatsache, ob das Kind in einen Kindergarten geht oder nicht sowie die Frage der Kosten (Erhöhung der Durchimpfungsrate durch Gratis-Impfungen).

Summary: Inoculation system

The implementation of the new inoculation concept initiated as per 1 January 1998 aims at increasing the inoculation rates for the entire population concerning all recommended inoculations for children and adolescents aged under 15 years.

This relates to the inoculations – recommended by the Supreme Sanitary Council – against diphtheria, lockjaw, pertussis, haemophilus influenzae b, polio, measles, mumps, rubella and hepatitis B.

Inoculations are public and free of charge. Involving freelance physicians in the concept is to increase the parents' willingness to have their preschool children inoculated. The inoculation behaviour is strongly influenced by the degree of trust in the paediatrician, by whether or not a child attends kindergarten and by the cost involved (free inoculation increases inoculation rates).

3.3.3.1 Das neue Impfkonzzept

*Stadtphysika Dr. Christine Bruns (MA 15),
Leiterin des Ref. II/2 – Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen*

Mit 1. Jänner 1998 begann die Umsetzung des Impfkonzepthes der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Ziel dieses Impfkonzepthes ist die Erhöhung der Durchimpfung bei allen allgemein empfohlenen Impfungen für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr entsprechend den Impfpfehlungen des Obersten Sanitätsrates.

Impfplan

erstellt nach den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates vom 21. März 1997
(erweitert mit 16. April 1999)

Lebensalter	Impfungen
ab 3. Monat	3 Teilimpfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Haemophilus influenzae b und Poliomyelitis (Kinderlähmung)
ab 3. Monat	2 Teilimpfungen gegen Hepatitis B
ab 14. Monat	1. Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR)
15.–18. Monat	Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Haemophilus influenzae b und Poliomyelitis (Kinderlähmung)
im 2. Jahr	Auffrischungsimpfung gegen Hepatitis B
7. Jahr (SchulanfängerInnen)	Auffrischungsimpfung gegen Kinderlähmung (Schluckimpfung)
	Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie-Tetanus mit einem Impfstoff, bei dem der Diphtherie-Anteil niedriger dosiert ist (dT-Impfstoff)
	2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR)
12. Jahr	Grundimmunisierung/Auffrischung gegen Hepatitis B
	Röteln-Impfung für Mädchen bzw. Nachholen der MMR-Impfung bei Mädchen
13. Jahr	Auffrischungsimpfung gegen Kinderlähmung (Schluckimpfung)
14.–15. Jahr	Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie-Tetanus mit einem Impfstoff, bei dem der Diphtherie-Anteil niedriger dosiert ist (dT-Impfstoff)

In dieses Impfkonzept einbezogen sind demnach folgende Impfstoffe:

- Kombiniertes Impfstoff gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Haemophilus influenzae b,
- Impfstoff gegen Hepatitis B,
- kombiniertes Impfstoff gegen Masern-Mumps-Röteln,
- kombiniertes Impfstoff gegen Diphtherie-Tetanus.

Das Ziel einer höheren Durchimpfungsrate bei allen allgemein empfohlenen Impfungen soll durch die Möglichkeit der kostenlosen Impfung für alle Kinder bis zum 15. Lebensjahr im Sinne einer **öffentlichen Impfung** erreicht werden. Unter öffentlicher Impfung versteht man solche Impfungen, bei denen sowohl der Impfstoff als auch die Impfung selbst (Aufklärung, Untersuchung und Verabreichung) für den Impfling bzw. den Sorgeberechtigten kostenlos ist.

Die **Finanzierung und Organisation** erfolgt dabei folgendermaßen: Die Kosten für den Impfstoff tragen zu 2/3 der Bund und zu je 1/6 die Länder und die Sozialversicherungen. Die Organisation liegt im Bereich der Länder. Ebenso haben die Länder die Kosten für die Organisation und die weitere Impfstoff-Distribution zu tragen sowie eventuelle Impfhonorare zu bezahlen.

Schon bevor das Impfkonzept der Bundesministerin bekannt war, hat die Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen Überlegungen angestellt, wie eine Steigerung der Durchimpfung zustande kommen könnte. Das Ergebnis war, dass für das Vorschulalter neben den öffentlichen Impfstellen (Bezirksgesundheitsämter, Elternberatungsstellen) die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen unbedingt erforderlich ist. Dieser Gedanke wurde weiterentwickelt und mit Oktober 1998 als **„Wiener Impfkonzept“** umgesetzt.

Die Umsetzung des Impfkongzeptes der Bundesministerin sowie des Wiener Impfkongzeptes erfolgte dabei in mehreren Schritten:

- Bis März 1998 bestand das Angebot der kostenlosen Impfungen nur in öffentlichen Impfstellen für Kinder bis zum 15. Lebensjahr. Ab März 1998 erfolgte nun eine Erweiterung des Impfprogrammes auf die Hepatitis-B-Impfung für Kinder ab dem 3. Lebensmonat.
- Ab März 1998 Einbeziehung der Gesundheitszentren für Kinder der Wiener Gebietskrankenkasse und der Kinderambulanz des Hanusch-Krankenhauses für Kinder bis zum 15. Lebensjahr.
- Seit Oktober 1998 Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen (FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin) für die Impfungen von Kindern im Vorschulalter.
- Die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen im Schulalter werden in den Schulen und in den Bezirksgesundheitsämtern kostenlos angeboten.

Die Organisation bei den niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt folgendermaßen:

Der Impfstoff wird vom Depositeur über die öffentlichen Apotheken an die ärztliche Ordination oder die Eltern abgegeben. Die Distribution wird von der Stadt Wien bezahlt.

Beim niedergelassenen Arzt liegen Impfgutscheine auf, die vom Sorgeberechtigten ausgefüllt werden. Vom Arzt/von der Ärztin wird die Impfung sowie das Impfdatum eingetragen. Dieser Impfgutschein dient der Honorarverrechnung des Arztes mit der Stadt Wien und soll in absehbarer Zeit als Grundlage für eine personenbezogene zentrale Impferfassungsdatei dienen.

Im April/Mai 1999 wird das Impfprogramm um einen kombinierten Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Haemophilus-Polio-Salk-Impfstoff erweitert werden.

Inwieweit und in welchem Ausmaß durch die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen in das Impfprogramm für Vorschulkinder eine Steigerung der Durchimpfung erreicht werden kann, kann erst frühestens nach Ablauf eines kompletten Impfyahres berechnet werden.

Tabelle 5: Durchgeführte Impfungen bei Kindern (ohne Schulen), Wien 1998

Impfstelle	DPTHiB	Hepatitis B	MMR
Bezirksgesundheitsämter (inkl. Abend-Impfstellen)	2.325	5.930	1.334
Elternberatungsstellen	21.995	13.076	5.564
insgesamt an öffentlichen Impfstellen	24.320	19.006	6.898
Gesundheitszentren der WGKK und Kinderambulanz Hanusch-Krankenhaus	1.480	1.095	585
insgesamt	25.800	20.101	7.483
davon durchgeführt Oktober bis Dezember 1998:			
Bezirksgesundheitsämter (inkl. Abend-Impfstellen)	286	1.228	223
Elternberatungsstellen	3.733	3.103	1.019
insgesamt an öffentlichen Impfstellen	4.019	4.331	1.242
Niedergelassene ÄrztInnen	9.646	4.477	2.504
Gesundheitszentren der WGKK und Kinderambulanz Hanusch-Krankenhaus	612	490	184
insgesamt	14.277	9.298	3.930

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/2

Außerhalb des Wiener Impfkongzeptes wurden in den Bezirksgesundheitsämtern, Elternberatungsstellen und Abend-Impfstellen folgende Impfungen durchgeführt:

Tabelle 6: Außerhalb des Wiener Impfkongzeptes durchgeführte Impfungen, 1998

Impfstelle	DPT	DT	Hib	Röteln
Bezirksgesundheitsämter (inkl. Abend-Impfstellen)	27	286	88	210
Elternberatungsstellen	541	527	599	-
insgesamt an öffentlichen Impfstellen	568	813	687	210

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/2

Über 72.000 Impfungen wurden in Schulen (städtische und private Volksschulen, allgemein Bildende Höhere Schulen, Berufsschulen der Stadt Wien) durchgeführt:

Tabelle 7: In Schulen¹⁾ durchgeführte Impfungen, 1998

Impfung	Schulstufe	Anzahl
Masern-Mumps-Röteln	1. Schulstufe, Mädchen 7. Schulstufe	15.522
Diphtherie-Tetanus	1. und 8. Schulstufe, Berufsschulen	23.205
Hepatitis B (erst ab Herbst 1998)	6. Schulstufe (nur Hauptschulen)	7.935
Polio oral, Aktion 1998/99	1. und 8. Schulstufe, Berufsschulen	25.380
insgesamt		72.042

1) Städtische und private Volks- und Hauptschulen, allgemein Bildende Höhere Schulen (AHS), Berufsschulen der Stadt Wien.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/2

3.3.3.2 Einflussfaktoren auf das Impfverhalten der Eltern von Vorschulkindern

Studie des „Institute for Social Research and Analysis“ (SORA), durchgeführt im Auftrag von der MA 15 – Gesundheitswesen

Ziel dieser Studie war die Erhebung der Durchimpfungsraten von Vorschulkindern vor Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen, um eine spätere Evaluierung des neuen Impfkongzeptes zu ermöglichen. Zielgruppe waren die Eltern der Vorschulkinder. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind im Folgenden kurz zusammengefasst:

Allgemeine Durchimpfungsraten bei Kindern bis zum sechsten Lebensjahr

1. Am höchsten sind die Durchimpfungsraten bei **Diphtherie und Tetanus**: 89 Prozent der Kinder sind bis zum 6. Lebensjahr durchgeimpft. Gegen **Masern und Mumps** sind 83 Prozent der Kinder geimpft.
2. Bei **Röteln und Polio** liegen die Durchimpfungsraten bei 77 Prozent.
3. Verschwindend gering sind die Impfraten bei der **Hepatitis**. Nur 13 Prozent der Kinder sind gegen Hepatitis A oder B geimpft.
4. Mit 45 Prozent ist die Durchimpfungsrate bei **Pertussis (Keuchhusten)** ebenfalls gering. Vor allem wird die Auffrischungsimpfung in vielen Fällen nicht gegeben, obwohl sie seit 1994 empfo-

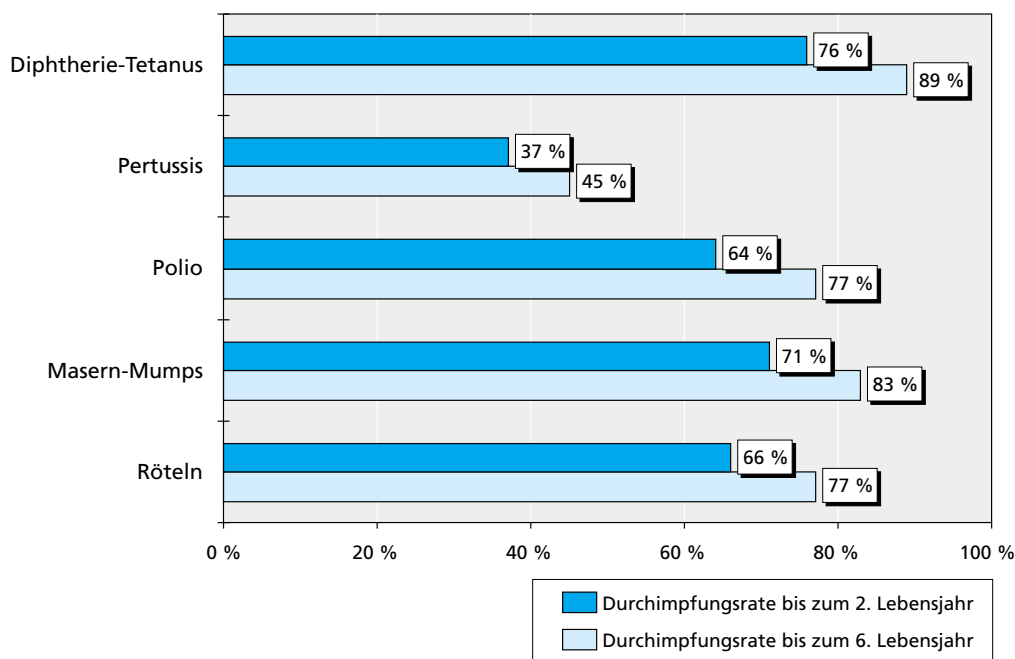
len wird. Denn 82 Prozent der Kinder haben bis zum 6. Lebensjahr drei Impfungen, aber nur 45 Prozent vier Impfungen erhalten.

5. Rund ein Viertel der Kinder ist nicht gegen **Haemophilus influenzae b** geimpft.

Neben diesen vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen wurde auch die in Österreich nicht empfohlene **FSME-Impfung** in die Studie miteinbezogen:

6. Von den Kindern, die knapp vor dem Schuleintritt stehen, ist ein Viertel (24 Prozent) noch nicht gegen die von Zecken übertragbare Hirnhautentzündung geimpft. Weitere 24 Prozent der Kinder haben zwei FSME-Impfungen und 45 Prozent bereits drei Impfungen bekommen.

Grafik 3: Durchimpfungsraten bei Vorschulkindern



Quelle: SORA

Die unterschiedlichen Durchimpfungsraten hängen nicht ausschließlich vom Lebensalter der Kinder ab, in dem sie geimpft werden. Ebenso lassen sie sich nur zum Teil damit erklären, dass manche Impfungen erst vor kurzer Zeit vom Obersten Sanitätsrat empfohlen worden sind. (Das gilt z.B. für Hepatitis B und Haemophilus influenzae b.) Offensichtlich gibt es daher unterschiedliche Verhaltensweisen der Eltern – je nach Einschätzung der Krankheitsrisiken und der Impfrisiken.

Einflussfaktor Vertrauen in den Kinderarzt

Gerade bei der **Masern-Impfung** zeigt sich der hohe Stellenwert des Einflussfaktors „Vertrauen in den Kinderarzt“. Die Masern-Durchimpfungsrate liegt bei einer optimalen Beziehung der Eltern zum Kinderarzt oder zur Kinderärztin bei 86 Prozent, aber nur mehr bei 65 oder 50 Prozent, wenn dieses Vertrauensverhältnis nicht gegeben ist.

Beachtlich ist, dass das Vertrauen in die Kinderärzte in Wien sehr hoch ist. Vier Fünftel der Befragten bekundeten ein sehr großes Vertrauen und nur wenige Eltern vertrauen ihrem Kinderarzt/ihrer Kinderärztin überhaupt nicht. Übrigens lassen drei Viertel der Befragten ihre Kinder beim Kinderarzt impfen.

Einflussfaktor Kindergarten

Die Tatsache, dass das Kind in den Kindergarten geht oder nicht, wirkt sich am stärksten bei der **Keuchhusten-Impfung** aus. Jene Eltern, deren Kinder keinen Kindergarten besuchen, lassen ihre Kinder im Schnitt wesentlich seltener impfen (30 Prozent anstatt 53 Prozent Durchimpfung bis zum sechsten Lebensjahr). Auch bezüglich der **Polio-Impfung** besteht ein deutlicher Unterschied zwischen jenen Kindern, die in den Kindergarten gehen, und jenen, die zu Hause betreut werden (86 Prozent statt 66 Prozent Durchimpfung bis zum sechsten Lebensjahr).

Entscheidungsfaktor Kosten – Wiener Gratis-Impfprogramm erhöht Durchimpfungsrate

Auch der Kostenfaktor spielt bei der Entscheidung, sein Kind impfen zu lassen oder nicht, eine Rolle. Für 44 Prozent der Befragten ist eine Impfung für 600 Schilling erschwinglich, dagegen halten 56 Prozent diese Kosten für kaum oder gar nicht leistbar.

Betrachtet man diese Fragestellung nach Regionen/Bezirken, so zeigt sich, dass die Eltern der Regionen Innen-Ost (2. und 20. Bezirk) und Ost (21. und 22. Bezirk) sich eine Impfung in der Höhe von 600 Schilling am wenigsten leisten können/wollen, während die Eltern in der Region Nord (18. und 19. Bezirk) diesbezüglich am wenigsten Schwierigkeiten haben.

Der Kostenfaktor ist auch der Hauptgrund, warum Eltern ihre Kinder in den Impfstellen der MA 15 oder den Elternberatungsstellen impfen lassen.

Hauptergebnisse der Studie

Eltern zögern in erster Linie dann, ihre Kinder impfen zu lassen, wenn sie von Impfschäden gehört haben oder ihre allgemeine Abwägung zwischen Impfungen und Krankheiten zu Ungunsten der Impfungen ausfällt. Solche Befürchtungen sind nicht als verfehlte Risiko-Abschätzungen zu verstehen, denen mit wissenschaftlich gestützter Aufklärung alleine beizukommen wäre, sondern eher als generalisierte Angst.

Haben die Eltern in ihrem Bekanntenkreis von dauerhaften Impfschäden gehört (wie dies bei etwa einem Sechstel der Befragten der Fall war), so wirkt sich diese Tatsache bei jeder Impfung negativ auf die Durchimpfungsrate aus. Am stärksten kann dieser Zusammenhang bei den Schutzimpfungen gegen die Kinderkrankheiten Masern und Mumps beobachtet werden. Hier ist die Durchimpfungsrate um 13 bis 16 Prozent niedriger, wenn von Bekannten die Angst vor Impfschäden mobilisiert wurde.

Wenn Eltern den Verdacht haben, dass manche Impfungen gefährlicher sind als die Krankheiten selbst (7 Prozent stimmen dieser Aussage voll zu, weitere 17 Prozent stimmen ihr doch eher zu), so wirkt sich dies am stärksten auf die Polio-Impfung aus. Umgekehrt führen nur im Falle von Polio Krankheitsängste auch zu einer erhöhten Impfbereitschaft. Wenn die Eltern bleibende Schäden bei Polio für möglich halten, wirkt sich das – wenn auch schwach – positiv auf die Polio-Impfrate (plus 3 Prozent) aus.

Bis zu einem Drittel der Befragten gibt an, die Gefahr bleibender Schäden nicht einschätzen zu können, bis zu 18 Prozent haben keine Vorstellung über die tatsächliche Ansteckungsgefahr der Krankheiten.

3.3.4 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von den 714 an aktiver Tuberkulose Erkrankten litten Ende 1998 knapp die Hälfte an offener Tuberkulose. 1998 wurden 434 Neuerkrankungen registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Rückgang bedeutet. Die größten Risikogruppen stellen AusländerInnen (v.a. auch Kinder), Alkoholiker und Obdachlose dar.

Bei den Todesfällen ist zwar seit Anfang der Achtzigerjahre ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, doch kann seit 1996 wieder ein leichter Anstieg bzw. eine Stagnation beobachtet werden. 1998 starben 25 Personen infolge einer Tuberkulose-Erkrankung. Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass mittlerweile deutlich weniger Obduktionen durchgeführt werden, die diese Erkrankung feststellen würden.

Summary: Tuberculosis

Currently, about 1,500 persons suffering from tuberculosis live in Vienna. All in all, tuberculosis tends to affect men more than women. Of the 714 patients suffering from active tuberculosis, roughly half were affected by open tuberculosis as per the end of 1998. The annual rate of new infections in 1998 was 434, accounting for a marked reduction as compared to the previous years. The largest risk group is composed of foreigners (in particular children), alcoholics and homeless people.

With respect to mortalities, a considerable reduction was noted since the early 1980s, although a slight increase and/or stagnating mortality rates were recorded since 1996. In 1998, 25 persons died from tuberculosis. However, it should be added that the number of autopsies confirming this diagnosis has markedly decreased.

Nach jüngsten Schätzungen ist etwa ein Drittel der Weltbevölkerung (1,7 Mrd.) mit dem Tuberkulose-Bakterium infiziert, die Zahl der aktiv Erkrankten wird auf 15 Millionen Menschen geschätzt. Zwar hat die Tbc in Mitteleuropa durch potente Mehrfachtherapien ihren ursprünglich lebensbedrohlichen Charakter verloren, doch kommt es nun wiederum – durch verstärkte Migrationsbewegungen aufgrund von Kriegen und wirtschaftlichen Zusammenbrüchen, vor allem aus Ost- und Südeuropa – zu einer vermehrten Ausbreitung der Tuberkulose in den Ländern der EU.

Vor allem für die weibliche Bevölkerung der ärmeren Länder stellt die Tuberkulose die höchste Infektionsgefahr dar: Über 900 Millionen Frauen und Mädchen sind derzeit weltweit mit TB infiziert, eine Million wird voraussichtlich daran sterben und 2,5 Millionen werden in diesem Jahr an dieser Infektion erkranken. 9 Prozent aller Todesfälle von Frauen zwischen 15 und 44 Jahren sind auf diese ansteckende Infektionskrankheit zurückzuführen (zum Vergleich: Todesfälle aufgrund von Kriegen betragen rund 4 Prozent, aufgrund von HIV-Infektionen rund 3 Prozent und aufgrund von Herzkrankheiten ebenfalls 3 Prozent). Vor allem Frauen im Reproduktionsalter sind besonders infektionsgefährdet – und zwar sowohl hinsichtlich Tuberkulose als auch hinsichtlich der HIV-Infektion.

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

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

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

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose, der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 1998 gegenüber 1997 um 3,3 Prozent gestiegen. Ebenso stieg der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose um 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Der Anteil der Gastarbeiter, seit 1991 der Anteil der Ausländer allgemein (Flüchtlinge), ist seit 1987 bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen sehr wechselnd: 1987 betrug der Ausländeranteil an allen Tuberkuloseerkrankungen rund 18 Prozent, schwankte in den darauf folgenden Jahren bis 1993 zwischen 15 und 35 Prozent und erreichte 1994 mit fast 39 Prozent den absoluten Höhepunkt. 1998 betrug der Ausländeranteil 32,5 Prozent bei allen Tuberkuloseformen, wobei die Erkrankungen an extrapulmonalen Formen mit 34,6 Prozent (Lymphknoten-Tbc mit 51,9 Prozent) auffallend hoch waren.

Der erfreuliche Wandel der Kindertuberkulose (bis 1988 stark rückläufig) änderte sich 1989 und wies bis 1995 wieder steigende Tendenzen auf. Seither ist jedoch wiederum ein Rückgang der Kindertuberkulose zu verzeichnen. 1998 erkrankten 12 Kinder (davon 1 österreichisches) an offener, ansteckender Tuberkulose. Es ist auffällig, dass 8 dieser 12 erkrankten Kinder Ausländer sind, die aber überwiegend in Österreich geboren wurden.

Derzeit leben in **Wien** rund **1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen**, die einer besonderen Betreuung sowie der Behandlung und Überwachung bei Lungenfachärzten und der Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen noch immer die an Tuberkulose erkrankten Alkoholiker, die Insassen von Obdachlosenheimen, Obdachlose im Allgemeinen und Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, sowie die Gastarbeiter und Zuwanderer dar.

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

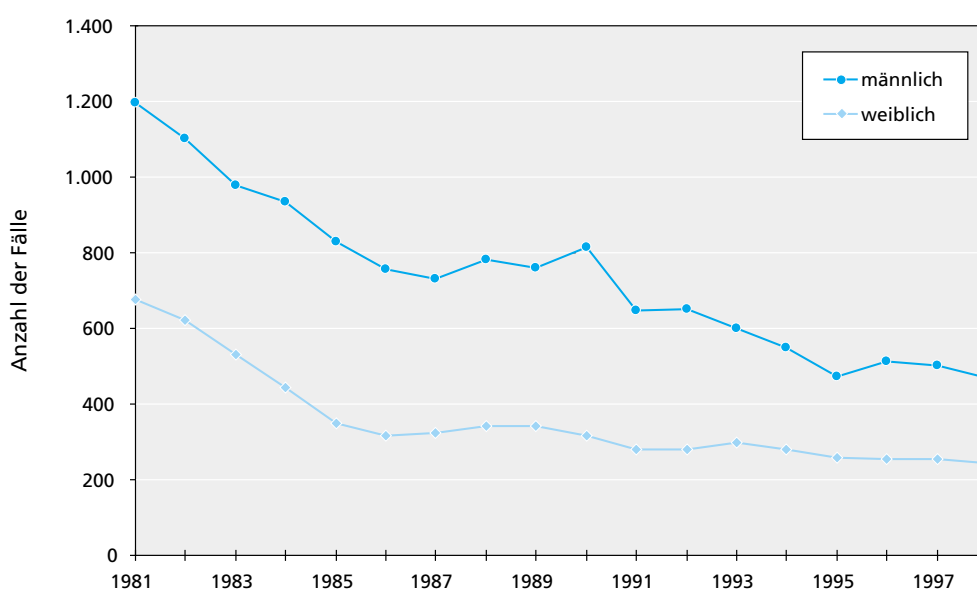
Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb innerhalb der letzten 16 Jahre mit Ausnahme des Jahres 1990 annähernd konstant. 1998 betrug die rohe, nicht altersstandardisierte, jährliche Neuerkrankungsrate in Wien 27,0 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen, was einen deutlichen Rückgang gegenüber dem Vorjahr bzw. den bisherigen Tiefststand bedeutet. Die hohe Inzidenzrate im Jahr 1990 wird auf HIV-assoziierte Tbc-Fälle sowie Migrations-Tbc zurückgeführt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, 1981–1998

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

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/3

Grafik 4: Aktive Tuberkulose nach Geschlecht, 1981–1998

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/3

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr **Männer** als Frauen betroffen (derzeit leiden etwa doppelt so viele Männer als Frauen an dieser Krankheit). Trotz einer in etwa gleich bleibenden Inzidenzrate kam es im Verlauf der letzten Jahre insbesondere bei Männern zu einer rückläufigen Zahl von Erkrankungen an aktiver Tuberkulose. Eine Erklärung dafür sind die immer effektiveren Behandlungsmethoden, die zur Verkürzung der Krankheitsdauer führen und so die Prävalenz (den Bestand) verkleinern. Gegen Ende des Jahres 1998 litten in Wien 714 Personen an aktiver Tuberkulose (d.s. 44,4 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen), davon zwei Drittel Männer (*Grafik 9*).

Von den 714 an aktiver Tuberkulose Erkrankten litten Ende 1998 (wie in den Vorjahren) knapp die Hälfte (325 Personen bzw. 45,5 Prozent) an offener Tuberkulose (davon wiederum über zwei Drittel Männer).

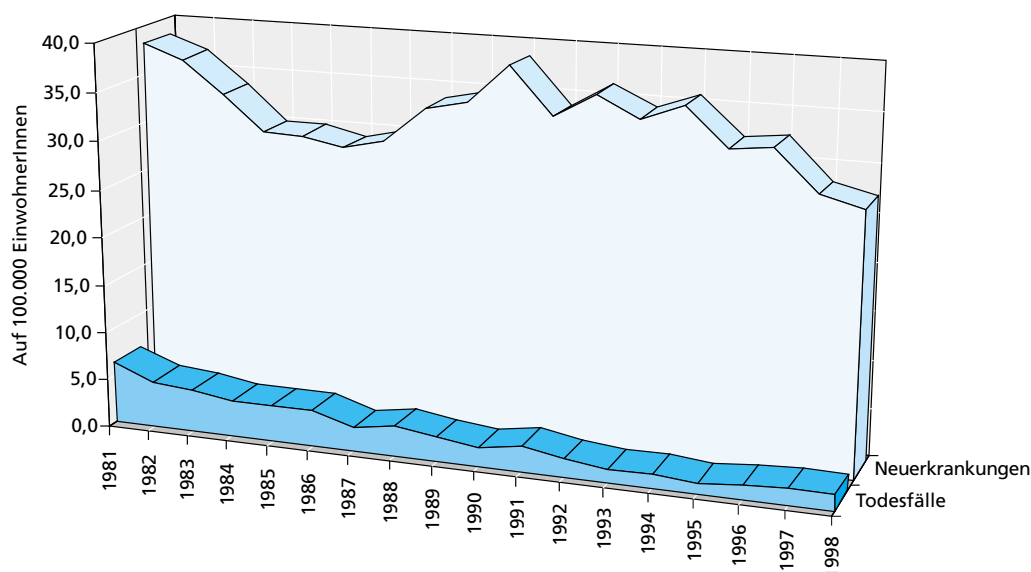
Tabelle 9: Personen mit aktiver Tuberkulose, 1981–1998

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

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/3

Die Anzahl der an Tuberkulose **verstorbenen Personen** in Wien ist zwar seit Anfang der Achtzigerjahre deutlich rückläufig, doch muss 1996 und 1997 wieder ein leichter Anstieg der Todesfälle infolge dieser Infektionskrankheit verzeichnet werden. Verstarben Anfang der Achtzigerjahre pro 100.000 EinwohnerInnen noch 5 bis 6 Personen an Tuberkulose, war es 1995 erstmals nur eine Person pro 100.000 EinwohnerInnen (insgesamt 17 Personen). 1996 war jedoch mit 24 Todesfällen wiederum ein leichter Anstieg zu verzeichnen, ebenso 1997 (27 Personen).

Grafik 5: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, 1981–1998

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat II/3), eigene Berechnungen

1998 starben 25 Personen an den Folgen der Tuberkulose (d.s. knapp 1,6 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen), wobei insbesondere beim männlichen Geschlecht ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 10). Für Wien heißt das also, dass derzeit etwa 1 bis 2 Personen je 100.000 EinwohnerInnen an dieser Krankheit sterben. Als Ursache für den Anstieg der Mortalität wird die Zunahme antibiotikaresistenter Bakterienstämme gesehen.

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

Im Jahre 1900 starben 1.399 Kinder an Tuberkulose. 1930 waren es immerhin noch 168 Kinder und seit dem Jahre 1970 ist in Wien kein Kind mehr an Tuberkulose verstorben.

Tabelle 10: Todesfälle an Tuberkulose¹⁾, 1981–1998

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

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

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

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

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien arbeiten sehr effizient und 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.

Die Ausländertuberkulose hat besonders in Wien nicht an Bedeutung verloren. Die Zahl der an Tuberkulose erkrankten AusländerInnen bildet mit 32,5 Prozent einen großen Anteil an den Neuerkrankungen. Der starke Anstieg in den letzten Jahren ist unter anderem auch durch die zunehmende Zahl der erkrankten ausländischen Kinder bedingt: 8 von 12 erkrankten Kindern waren AusländerInnen.

Alkoholiker und „Sandler“ (6.988 Obdachlose wurden 1998 von den Stellen des Tuberkulosereferates untersucht) sowie die Zuwanderer und Gastarbeiter aus dem Osten, aber auch die noch immer in Österreich lebenden Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien und der UdSSR stellen nach wie vor die größte Risikogruppe an Tuberkulose dar. Zu diesen Personengruppen kommen die Zuzüge aus afrikanischen und asiatischen sowie südamerikanischen Ländern.

3.3.5 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

In Österreich wurden bis Ende des Jahres 1998 insgesamt 1.887 Erkrankungen an AIDS registriert (davon verstorben: 1.183). Die Anzahl der HIV-Infizierten beläuft sich auf ca. 12.000 bis 16.000, etwa die Hälfte davon (ca. 8.000 Personen) lebt in Wien.

Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen in Österreich dazu. Von den Infizierten sind rund ein Drittel heterosexuell und nicht drogengebrauchend (davon 2/3 Frauen) und etwas weniger als ein Drittel homosexuell. Die dritte große Gruppe betrifft i.v.-Drogenabhängige.

Während bei der Gesamtzahl der Neuinfektionen durch Ersatzdrogenprogramme, Spritzentausch, aktive Präventivtätigkeit und Einsatz der Kombinationstherapie im Vergleich zum Jahr 1993 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist, so ist bei Heterosexuellen, und hier insbesondere bei Frauen, in den letzten Jahren ein massiver Anstieg (sowohl bei den Neuinfektionen als auch bei den Erkrankungen) zu vermerken.

1998 sind in Österreich 92, in Wien 28 Personen an AIDS erkrankt, was eine leichte Senkung der Erkrankungsrate im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet. In Wien, dem Bundesland mit der höchsten AIDS-Rate, leben zurzeit etwa 940 Kranke.

In dem am 1. Dezember 1997 in Wien eröffneten Aids Hilfe Haus – einer in Europa einmaligen Einrichtung – wurden neue Projekte (wie das Tageszentrum und das Präventionszentrum) erfolgreich in die Praxis umgesetzt.

Summary: AIDS & HIV

As per the end of 1998, a total of 1,887 AIDS cases were reported in Austria (of which 1,183 have already died). The number of HIV-infected persons in Austria is approximately 12,000 to 16,000, of which roughly half (about 8,000 persons) live in Vienna.

Some two thirds of all infections concern men, one third are contracted by women. There are approximately 1 to 2 new infections in Austria every day. Roughly one third of the infected persons are heterosexual and non-drug users (of which 2/3 are women), while a little under one third are homosexual. The third important group concerns drug addicts using intravenous needles.

While drug replacement schemes, one-way syringes, active prevention campaigns and the application of combined therapy have entailed a marked drop in new infections since 1993, a massive increase was recorded in recent years with heterosexuals, and in particular women (regarding both new infections and outbreaks of the disease).

In 1998, 92 persons in Austria contracted AIDS (28 persons in Vienna), which stands for a slight reduction of the infection rate compared to previous years. Currently, about 940 persons suffering from AIDS live in Vienna, the province with the highest infection rate.

The Aids Hilfe Haus, a facility inaugurated on 1 December 1997 and unique on a European scale, successfully implemented new projects (such as the daycare centre and the prevention centre).

AIDS ist eine der wenigen sich epidemisch ausbreitenden, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten, die zum heutigen Zeitpunkt – trotz guter Erfolge der Kombinationstherapie – noch unheilbar ist. Was jedoch diese Krankheit von anderen schweren Erkrankungen primär unterscheidet, sind vor allem Faktoren wie die Gefahr der sozialen Isolation (Verlust des Arbeitsplatzes, des Freundeskreises, eventuell sogar des Partners/der Partnerin oder der Familie) sowie die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ächtung des/der Betroffenen als sexuell ausschweifend und abnormal oder als drogensüchtig.

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

Der Anstieg an HIV-Infektionen ist weiterhin enorm, wenngleich die weltweite Anzahl von HIV-Infektionen und AIDS-Kranken nur geschätzt werden kann. Nach Angaben der WHO waren Ende 1998 bereits mehr als 33 Millionen Menschen HIV-infiziert oder bereits an AIDS erkrankt, das sind 10 Prozent mehr als noch ein Jahr zuvor.

Tabelle 11: HIV/AIDS-Epidemie, weltweite Verbreitung

1998 neu mit HIV Infizierte	insgesamt	5,8 Mio.
davon:	Erwachsene Frauen Kinder <15 J.	5,2 Mio. 2,1 Mio. 590.000
Anzahl der Menschen, die mit HIV/AIDS lebt	insgesamt	33,4 Mio.
davon:	Erwachsene Frauen Kinder <15 J.	32,2 Mio. 13,8 Mio. 1,2 Mio.
AIDS-Todesfälle 1998	insgesamt	2,5 Mio.
davon:	Erwachsene Frauen Kinder <15 J.	2,0 Mio. 900.000 510.000
AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie	insgesamt	13,9 Mio.
davon:	Erwachsene Frauen Kinder <15 J.	10,7 Mio. 4,7 Mio. 3,2 Mio.

Quelle: UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, AIDS epidemic update: December 1998

Mehr als 95 Prozent aller HIV-Infizierten leben in den so genannten Entwicklungsländern (ebenso sind in diesen Gebieten 95 Prozent aller AIDS-Todesfälle zu verzeichnen). Zum größten Teil handelt es sich um **junge Erwachsene**, mitten in ihrer produktiven und reproduktiven Phase. Neben dem großen persönlichen Leid für die Betroffenen und deren Angehörige hat dies auch zahlreiche soziale und ökonomische Folgen (z.B. Anstieg der Waisen, überlastete Gesundheitssysteme, höhere Sterblichkeitsraten bzw. niedrigere Lebenserwartung etc.).

Laut Schätzungen von UNAIDS/WHO wurden im Jahre 1998 pro Minute 11 Männer, Frauen und Kinder auf der ganzen Welt mit HIV infiziert – insgesamt also fast 6 Millionen Menschen. Ein Zehntel der Neuinfizierten sind **Kinder** unter 15 Jahren. Die Infektion erfolgte bei den meisten Kindern über die Mutter vor oder während der Geburt bzw. durch Stillen. Weltweit leben etwa 1,2 Millionen HIV-

infizierte Kinder. Der Anteil der an HIV-infizierten oder bereits an AIDS erkrankten **Frauen** ist im Steigen und betrug 1998 bereits 43 Prozent.

Insgesamt hat das HI-Virus seit dem Beginn der Epidemie vor etwa 2 Jahrzehnten mehr als 47 Millionen Menschen infiziert. Und wenngleich dieses Virus erst nach langer Zeit zu einer schweren Erkrankung bzw. zum Tod führen kann (z.B. 10 Jahre oder mehr), hat HIV bisher fast 14 Millionen Erwachsene und Kinder das Leben gekostet. Schätzungsweise 2,5 Millionen dieser Todesfälle erfolgten 1998, mehr als jemals zuvor in einem einzigen Jahr.

70 Prozent der 1998 HIV-Neuinfizierten leben in **Afrika (Sub-Sahara)**, ebenso sind vier Fünftel der 1998 erfolgten Todesfälle in diesem Gebiet zu verzeichnen. Insgesamt wurden seit dem Beginn des Ausbruchs der Epidemie in Afrika 34 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert, etwa 11,5 Millionen dieser Menschen sind bereits gestorben, ein Viertel davon betrifft Kinder.

Die zweitgrößte von HIV/AIDS betroffene Region ist **Süd- und Südostasien** (7 Millionen Infizierte bzw. 20 Prozent aller Infizierten), vor allem Thailand zählt zu einem der am stärksten betroffenen Länder.

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

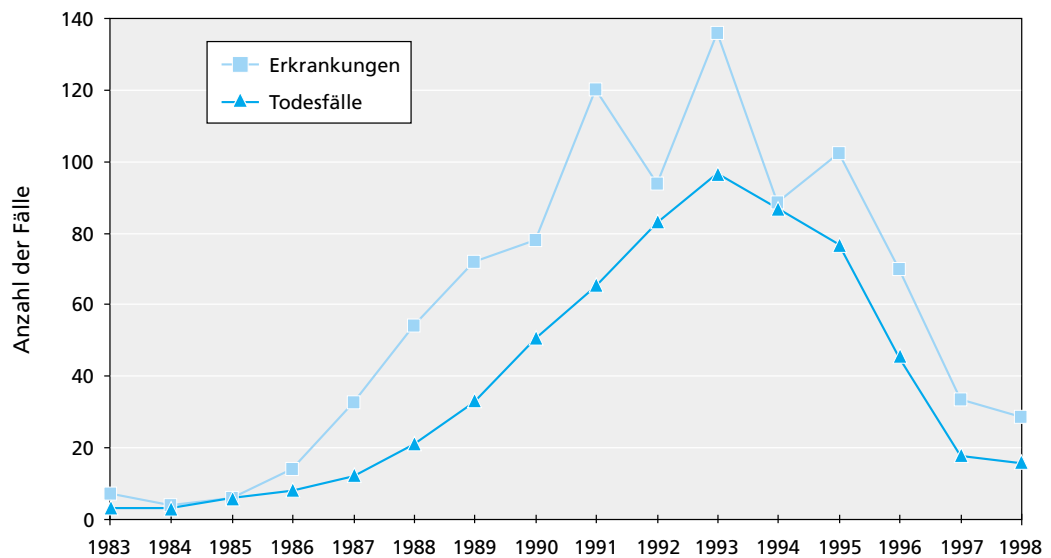
In **Österreich** wurden bis Ende des Jahres 1998 insgesamt 1.887 Erkrankungen an AIDS registriert, davon sind bereits 1.183 Personen verstorben. Die Anzahl der HIV-infizierten Personen in Österreich beläuft sich derzeit auf ca. 12.000 bis 16.000 (d.s. 0,2 Prozent der Gesamtbevölkerung), etwa die Hälfte davon (ca. 8.000 Personen) lebt in Wien. Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen in Österreich dazu. Von den Infizierten sind rund ein Drittel heterosexuell und nicht Drogen gebrauchend (davon 2/3 Frauen) und knapp ein Drittel bi- bzw. homosexuell. Die dritte große Gruppe betrifft i.v.-Drogenabhängige.

Während bei der Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen durch Ersatzdrogenprogramme, Spritzen-tausch und aktive Präventionstätigkeit im Vergleich zum Jahr 1993 ein starker Rückgang zu verzeichnen ist, so ist bei Heterosexuellen, und hier insbesondere bei Frauen, in den letzten Jahren ein massiver Anstieg zu bemerken. Bereits über ein Drittel der Neuinfektionen betrifft Heterosexuelle ohne Drogengebrauch, davon sind ca. zwei Drittel Frauen. Auch bei den Erkrankungen ist ein Anstieg bei heterosexuellen Frauen bemerkbar. Grundsätzlich ist aber ein starker Rückgang der Erkrankungen und Todesfälle durch den Einsatz der Kombinationstherapie feststellbar.

Im Jahr 1998 sind in Österreich 92 Personen an AIDS erkrankt, 44 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Im Vergleich zum Jahre 1995 bedeutet dies eine Senkung der Sterberate um minus 71 Prozent, eine Senkung der Neuerkrankungsrate um mehr als die Hälfte.

Insgesamt ist in der AIDS-Entwicklung eine rückläufige Tendenz zu konstatieren. Bereits 1997 wurde in etwa wieder der Stand von 1987 erreicht. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern können. Dennoch wurde 1998 in Österreich seit Beginn der HIV-Diagnostik die geringste Zahl an HIV-Neuinfektionen erfasst.

In **Wien** leben etwa 940 AIDS-Kranke. Im Jahr 1998 erkrankten 28 Personen an AIDS, 15 Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. (Rückgang gegenüber 1995: Erkrankungen -73 %, Todesfälle -80 %).

Grafik 6: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–1998

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

Tabelle 12: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–1998

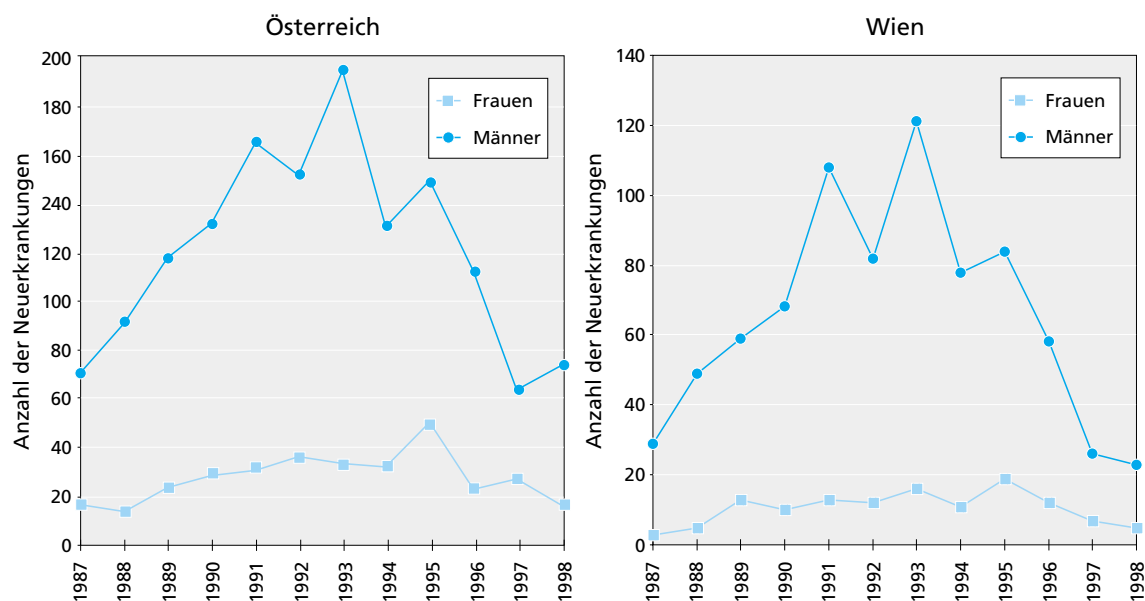
Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	2	10	4
1984	3	2	9	4
1985	5	5	27	11
1986	13	7	25	17
1987	32	11	89	46
1988	54	20	107	43
1989	72	32	144	71
1990	78	50	163	81
1991	121	65	199	118
1992	94	83	191	159
1993	137	97	232	155
1994	89	87	166	161
1995	103	77	203	152
1996	70	45	137	81
1997	33	17	93	36
1998	28	15	92	44
insgesamt	938	615	1.887	1.183

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.5.1999)

3.3.5.1 Geschlechtsspezifische Verteilung

Sowohl für Wien als auch für Österreich zeigt sich bei den Männern (nach den vorangegangenen Spitzenwerten zwischen 1991 und 1993) eine deutliche Abnahme der Neuerkrankungen an AIDS. Bei den Frauen ist seit 1995 nach einem vorhergehenden Anstieg in Wien ebenfalls wieder ein Rückgang zu beobachten.

Grafik 7: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–1998 (Österreich und Wien)



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

Tabelle 13: Neuerkrankungen an AIDS in Wien nach Geschlecht, 1987–1998

Jahr	Anzahl der Neuerkrankungen an AIDS	davon	
		Frauen	Männer
1987	32	3	29
1988	54	5	49
1989	72	13	59
1990	78	10	68
1991	121	13	108
1992	94	12	82
1993	137	16	121
1994	89	11	78
1995	103	19	84
1996	70	12	58
1997	33	7	26
1998	28	5	23

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.5.1999)

Tabelle 14: Neuerkrankungen an AIDS in Österreich nach Geschlecht, 1987–1998

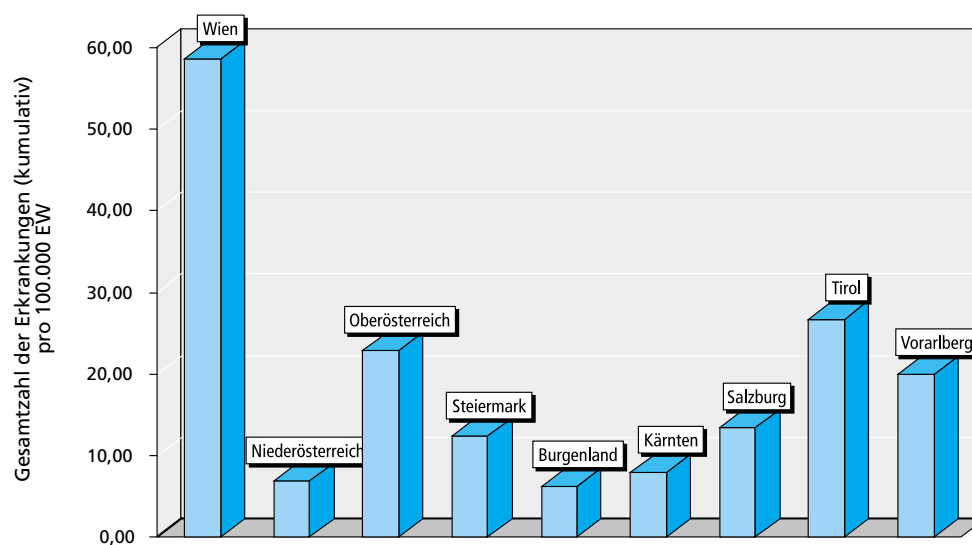
Jahr	AIDS-Erkrankungen		davon			
			Frauen		Männer	
	neu	gesamt ¹⁾	neu	gesamt ¹⁾	neu	gesamt ¹⁾
1987	89	160	18	24	71	136
1988	107	267	15	39	92	228
1989	144	411	25	64	119	347
1990	163	574	30	94	133	480
1991	199	773	32	126	167	647
1992	191	964	38	164	153	800
1993	232	1.196	35	199	197	997
1994	166	1.362	34	233	132	1.129
1995	203	1.565	52	285	151	1.280
1996	137	1.702	24	309	113	1.393
1997	93	1.795	29	338	64	1.457
1998	92	1.887	18	356	74	1.531

1) Seit 1983 (kumulativ).

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.5.1999)

3.3.5.2 Regionale Verteilung

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass **Wien** mit Abstand an der Spitze der AIDS-Erkrankungen steht. Aber auch Tirol, Oberösterreich und Vorarlberg weisen relativ hohe Erkrankungsraten auf. Ursache für den hohen Drogenanteil in diesen Bundesländern sind die „Drogenhochburgen“ Linz (Oberösterreich) und Innsbruck (Tirol) sowie der Drogen-Tourismus im 3-Länder-Eck (Vorarlberg).

Grafik 8: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 1998 (Gesamtzahl, seit 1993 kumulativ)

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

Tabelle 15: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 1998 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Erkrankungen absolut					
Bundesland	Neuerkrankungen Jänner 1998 – Dezember 1998		Gesamtzahl der Erkrankungen 1998 ¹⁾		
	Geschlecht				insgesamt
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Wien	5	23	128	810	938
Niederösterreich	2	2	13	93	106
Oberösterreich	4	21	104	212	316
Steiermark	2	9	25	125	150
Burgenland	0	0	3	14	17
Kärnten	1	4	5	40	45
Salzburg	0	3	12	57	69
Tirol	4	7	47	130	177
Vorarlberg	0	5	19	50	69
Österreich	18	74	356	1.531	1.887
Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen					
Bundesland	Neuerkrankungen Jänner 1998 – Dezember 1998		Gesamtzahl der Erkrankungen 1998 ¹⁾		
	Geschlecht				insgesamt
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Wien	0,59	3,04	15,16	107,14	58,61
Niederösterreich	0,26	0,27	1,67	12,42	6,93
Oberösterreich	0,57	3,11	14,82	31,35	22,93
Steiermark	0,32	1,53	4,04	21,30	12,43
Burgenland	0,00	0,00	2,12	10,40	6,16
Kärnten	0,34	1,47	1,72	14,66	7,98
Salzburg	0,00	1,21	4,54	23,04	13,49
Tirol	1,18	2,17	13,87	40,23	26,74
Vorarlberg	0,00	2,92	10,93	29,26	20,01
Österreich	0,43	1,89	8,57	39,08	23,38

1) Seit 1993 kumulativ.

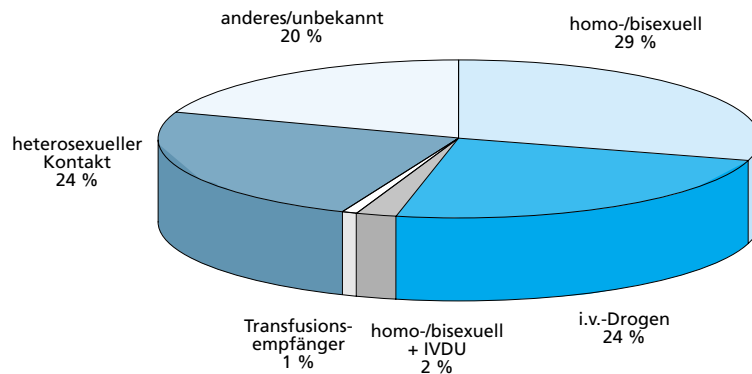
Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2. Bevölkerungszahlen von 1997, ÖSTAT (Stand: 31.5.1999)

3.3.5.3 Hauptbetroffenengruppen

Wenngleich nach wie vor homo- bzw. bisexuelle Männer sowie Personen mit intravenösem Drogenkonsum in den westlichen Industriestaaten die Hauptrisikogruppen – bzw. dem neuen Präventionsverständnis zufolge die Hauptbetroffenengruppen oder Hauptzielgruppen – für eine HIV-Infektion bilden, so lässt sich doch in letzter Zeit ein neuer Trend feststellen. Bei DrogengebraucherInnen gehen (nicht zuletzt durch Spritzentausch, Methadon- und Muidolprogramm) die Neuinfektionen seit Jahren zurück. Bei bi- und homosexuellen Männern war ebenso ein leichter Rückgang der Neu-

infektionen bemerkbar, seit ca. 3 Jahren gibt es jedoch wieder einen leichten Anstieg. Bei Heterosexuellen und Nicht-Drogenabhängigen – und hier insbesondere bei Frauen – erfolgte in den letzten Jahren jedoch ein massiver Anstieg. Auch auf die Gefahren von „riskantem Verhalten“ im Urlaub (bis hin zum „Sex-Tourismus“) sei an dieser Stelle hingewiesen.

Grafik 9: AIDS-Risikogruppen, Wien 1998



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, 1997

Tabelle 16: AIDS-Risikogruppen

Risikogruppen	Anzahl der Erkrankungen 1998		
	insgesamt	Männer	Frauen
homo-/bisexuell	27	27	0
i.v.-Drogen	22	19	3
homo-/bisexuell + IVDU	2	2	0
haemophil	0	0	0
Transfusionsempfänger	1	1	0
heterosexueller Kontakt	22	12	10
Mutter zu Kind	0	0	0
anderes/unbekannt	18	13	5
insgesamt	92	74	18

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.5.1999)

Unter der Bezeichnung „i.v.-Drogenabhängige“ werden all diejenigen Personen erfasst, die sich über intravenösen Drogenkonsum mit dem HI-Virus infiziert haben. Dies müssen nicht zwingend Abhängige sein, da die Ansteckung auch beim erst- oder einmaligen Drogenkonsum stattgefunden haben bzw. eine Drogenabhängigkeit in der Zwischenzeit erfolgreich behandelt worden sein kann.

Dennoch bilden die i.v.-Drogenabhängigen einen hohen Anteil an den Neuerkrankungen und stellen nach wie vor eine wichtige Risikogruppe dar – auch wenn die Neuinfektionsrate im Verhältnis zu allen anderen Risikopopulationen rückläufig ist und sich seit einigen Jahren stabilisiert hat. Diese Entwicklung bestätigt die Wirksamkeit und Notwendigkeit der Maßnahmen im Bereich der niederschweligen Drogenarbeit zur HIV-Prävention.⁵³

⁵³ Vgl. Wiener Drogenbericht 1996, S. 99 f.

3.3.5.4 AIDS-Hilfe Wien 1998

*Mag. Claudia Kuderna,
Geschäftsführerin des Aids Hilfe Hauses Wien*

1998 stand im Zeichen der Konsolidierung. Das große Ziel der AIDS-Hilfe Wien – das **Aids Hilfe Haus**, eine in Europa einmalige Einrichtung – war Ende 1997 realisiert worden. Nun galt es, das Haus auch mit Leben zu füllen. Zum einen wurden die bisherigen Angebote weitergeführt, zum anderen wurden neue Projekte – wie das Tageszentrum und das Präventionszentrum – in die Praxis umgesetzt.

Beratung und Betreuung

Der Beratungs- und Betreuungsbetrieb im neuen Aids Hilfe Haus konnte am 1. Dezember 1997 aufgenommen werden. Besonders in den ersten Wochen war der Zustrom von Rat und Hilfe Suchenden – nicht zuletzt aufgrund der ausführlichen Medienberichterstattung rund um den Welt-AIDS-Tag und die Eröffnung des Hauses – enorm.

Das Jahr 1998 stand nach der Übersiedlung im Zeichen neuer inhaltlicher Anforderungen – sowohl hinsichtlich der HIV-Antikörper-Testung als auch im Betreuungsbereich. Angesichts der fortschreitenden medizinischen Entwicklungen steht nicht mehr die Frage der reinen Lebenserhaltung im Zentrum, sondern die Frage der Wiedererlangung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Wiewohl die Kernangebote im Beratungs- und Betreuungsbereich seit Jahren gleich geblieben sind, gilt es, sie laufend an die Auswirkungen der medizinischen Fortschritte anzupassen.

Während schon am 12. Welt-AIDS-Kongress in Genf deutlich wurde, dass sich die Zeit der Euphorie über die neu entwickelten und lebensrettenden Medikamente der Kombinationstherapie dem Ende zu neigt, wurde diese Ernüchterung in der medizinischen Welt bei den 7. Münchner AIDS-Tagen, die ein halbes Jahr später stattfanden, deutlich bestätigt. Diesen Überlegungen folgend beschäftigte sich das multiprofessionelle Team aus ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen intensiv mit Fragen der Compliance und Adherence. Neu war 1998 in diesem Zusammenhang auch die Einrichtung spezieller Ernährungsberatungsangebote für KlientInnen.

Erwähnt werden muss noch, dass – entgegen vorliegender epidemiologischer Daten – sowohl die Zahl der in der AHW festgestellten positiven Testergebnisse als auch die Zahl der Erstkontakte mit HIV-Positiven 1998 enorm gestiegen ist. Das erklärt sich wohl zum einen mit der Präsenz des Aids Hilfe Hauses im Wiener Stadtbild und damit mit einem generell stärkeren KlientInnenaufkommen. Zum anderen gibt es nun reale Behandlungsmöglichkeiten, und Betroffene, die ihre Infektion früher verdrängt haben, sind nun eher zu einer Auseinandersetzung bereit.

Tages- und Aktivzentrum

Das **Tageszentrum** ist das neue Kern- und Herzstück des Aids Hilfe Hauses. Bereits vom ersten Tag seiner Eröffnung an ist insbesondere das Angebot der Küche auf große Akzeptanz seitens der KlientInnen gestoßen. Der Besuch ist (von saisonalen Schwankungen im Sommer abgesehen) auch kontinuierlich stark geblieben. Pro Monat besuchen ca. 280 KlientInnen und 145 BesucherInnen das Tageszentrum. Es ist von Montag bis Freitag insgesamt 32 Stunden in der Woche geöffnet.

Das **Aktivzentrum** (Werkstatt, Gymnastikraum, Workshopräume, Massageraum) wurde ebenfalls in Betrieb genommen. Das Programm wechselt semesterweise. 1998 wurden die Weichen dafür gestellt, die Inhalte der angebotenen Workshops praxisnäher zu gestalten. So besteht die Überlegung, abgehend von reiner Freizeitgestaltung mehr Wissensvermittlung anzubieten. „Surfen im Internet“ ist hierbei ebenso eine Möglichkeit wie „Bewerbungstraining“ etc.

Präventionszentrum

Neben den Aktivitäten im Haus gab es auch eine Reihe von **Programmen**, die jedes Semester neu gestaltet werden. Diese umfassen folgende Angebote:

- wöchentliche Hausführungen
- monatliche Reihe „10 Fragen zum Thema HIV/AIDS“
- „thema“ (Vorträge mit anschließender Diskussion)
- Fortbildungen

Darüber hinaus hat sich die AIDS-Hilfe Wien 1998 verstärkt an **internationalen Projekten** beteiligt:

- European AIDS and Enterprise Network
- Evaluating HIV/AIDS Prevention Targeting Homosexually Active Men
- European Information Centre „AIDS and Youth“
- CERIS
- Targeting Family Members, Friends and Partners of People with HIV in order to Offer Informative, Emotional and Practical Support (in Kooperation mit dem Roten Kreuz Wien)
- Prioritizing the Scope of HIV/AIDS-Action
- Pan European Fundraising Group
- Managing AIDS – Policy Action Project
- AIDS & Mobility
- European Network for AIDS Prevention in Prison

Schließlich erfreut sich auch der zur Präventionsabteilung gehörende und während der gesamten Betriebszeiten geöffnete **Infoshop** inzwischen reger Beliebtheit. Im Infoshop können Materialien zum Thema HIV/AIDS bezogen, diverse Artikel (Red Ribbons, CDs, CD-ROM, Teddys, Kerzen, Uhren, etc.) gegen Spenden erworben und allgemeine Auskünfte erhalten werden.

Kampagne „Aber sicher!“

Mit dem Slogan „Aber sicher!“ präsentierte die AIDS-Hilfe Wien Anfang Oktober 1998 ihre neue **Safer-Sex-Kampagne**. Mit drei verschiedenen Sujets für hetero-, bi- und homosexuelle Menschen wurde versucht, den Gebrauch des Präservativs nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Im ersten Schritt wurden die A1-Indoor-Plakate in Lokalen affiziert, im zweiten wurden Gratisinserate in Zeitungen geschaltet. Schließlich wurden auch noch Postkarten der Serie produziert, die gegen eine Spende erhältlich sind.

Speziell junge Erwachsene zwischen 20 und 30 Jahren sollen dabei angesprochen werden. Die drei häufigsten Spielarten der Sexualität – hetero-, bi- und homosexuelle Liebe – werden in ästhetischen Bildern dem Betrachter nahe gebracht. Ein graues Kondom mit dem Emblem der AIDS-Hilfe Wien rechts unten am Posterrand verdeutlicht, dass bei allen Formen der praktizierten Sexualität ein Gummi verwendet werden soll. Nicht nur aus Selbstschutz, sondern auch aufgrund der Verantwortung, die man seinem Sexualpartner schuldig ist.

Mit den drei Sujets soll weiters daran erinnert werden, dass es in puncto HIV/AIDS keine Risikogruppen gibt, sondern nur ein Risikoverhalten! Der altbekannte Slogan gilt noch immer: AIDS geht uns alle an!

Die Safer-Sex-Kampagne „Aber sicher!“ entstand in Kooperation der AIDS-Hilfe Wien mit der Agentur Palla, Koblinger & Partner und dem Kunstfotografen Andreas Bitesnich. Schon im Vorjahr wurde gemeinsam die Kampagne „Menschlichkeit ist ansteckend“ konzipiert, für die die AIDS-Hilfe Wien zahlreiche Preise (Print-Oscar 1998, Gustav-Klimt-Preis 1998, KURIER-Werbe-Lieblinge, Award of Business Excellence) entgegennehmen durfte.

Radioprojekt

Das bereits im März 1997 gestartete Radioprojekt wurde 1998 erheblich ausgebaut.

Das „Freie Radio in Wien“ erhielt als nichtkommerzieller Bewerber eine UKW-Sendefrequenz und sendet seit Sommer 1998 unter dem Namen „ORANGE 94.0“ ein 24-stündiges Programm. Die AIDS-Hilfe Wien hat eine Sendeleiste übernommen und sendet jeden Donnerstag zwischen 20.00 und 21.00 Uhr ein einstündiges Programm (davor waren es monatliche, halbstündige Sendungen).

Ca. 20 haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Zivildienstler und KlientInnen, die sich alle in ihrer Freizeit und unentgeltlich für das Projekt engagieren, gestalten die Sendungen. Diese sind größtenteils live und bringen neben inhaltlichen Beiträgen auch Informationen zu Terminen.

Finanzierung

Die AIDS-Hilfe Wien wird laufend vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie von der Stadt Wien subventioniert. 1998 betrug die Subvention ca. 20 Millionen Schilling; etwa zwei Drittel dieser Summe wurden vom Bund getragen.

KlientInnenspezifische Angebote wie das Tages- und Aktivzentrum sowie das Projekt „Direkthilfe für Betroffene“ werden vor allem über Spenden finanziert. Neben vielen privaten SpenderInnen und SponsorInnen ist vor allem der Verein AIDS LIFE zu erwähnen, der den Life-Ball organisiert. Seit Jahren wird die AIDS-Hilfe Wien außerdem von der Werbeagentur Palla, Koblinger & Partner unterstützt.

Wiener AIDS-Hilfe – Öffnungszeiten und Angebote**Beratungszentrum**

Telefonische und/oder persönliche Beratung zu HIV/AIDS, Sexualität, Partnerschaft, STDs u.v.m., anonyme, kostenlose HIV-AK-Testung mit Beratungsgespräch.

Mo, Mi: 16.00 – 20.00 Uhr

Do: 09.00 – 13.00 Uhr

Fr: 14.00 – 18.00 Uhr

Betreuungszentrum

Psychologische Beratung und Begleitung von Menschen mit HIV/AIDS sowie von deren PartnerInnen, FreundInnen und Angehörigen.

Mo, Mi, Fr: 09.00 – 14.00 Uhr

Do: 16.00 – 20.00 Uhr

Sozialarbeit

Sozialarbeiterische Betreuung von Menschen mit HIV/AIDS sowie von deren PartnerInnen, FreundInnen und Angehörigen.

Mo: 09.00 – 20.00 Uhr

Di, Mi, Fr: 08.30 – 17.00 Uhr

Do: 08.30 – 20.00 Uhr

Tageszentrum

Freizeit- und Kommunikationsangebote für Menschen mit HIV/AIDS sowie von deren PartnerInnen, FreundInnen und Angehörigen.

Mo: 10.00 – 20.00 Uhr

Di, Mi: 11.00 – 17.00 Uhr

Do: 16.00 – 22.00 Uhr

Fr: 14.00 – 20.00 Uhr

Aktivzentrum

Workshop- und Freizeitangebot für Menschen mit HIV/AIDS sowie von deren PartnerInnen, FreundInnen und Angehörigen. Programm und Termine werden auf Anfrage zugesandt.

Präventionszentrum

Workshops, Vorträge, Diskussionen, Coaching für Gruppen und Einzelpersonen.

Sekretariat

Mo – Fr: 08.30 – 16.30 Uhr

Geschäftsführung

Sekretariat

Mo – Fr: 09.00 – 17.00 Uhr

Kontaktadresse:

AIDS-Hilfe Wien

Aids Hilfe Haus

Mariahilfer Gürtel 4

1060 Wien

Tel.: (01) 599 37

Fax: (01) 599 37-16

e-mail: wien@aidshilfe.or.at

www.aids.at

3.3.6 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Bei den anzeigepflichtigen Geschlechtskrankheiten (v.a. Gonorrhoe und Lues) ist – wohl aufgrund einer vermehrten Prävention wegen AIDS – in den letzten Jahren insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen. Dieser Rückgang ist hauptsächlich auf die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten, nämlich die Gonorrhoe („Tripper“) zurückzuführen, während die Lues (Syphilis) seit 1991 einen deutlichen Anstieg erfuhr. 1998 wurden in Wien 279 Fälle von Gonorrhoe (1991: 1.133; Rückgang gegenüber 1997: -4 %) und 180 Fälle von Lues (Anstieg gegenüber 1997: +10 %) registriert.

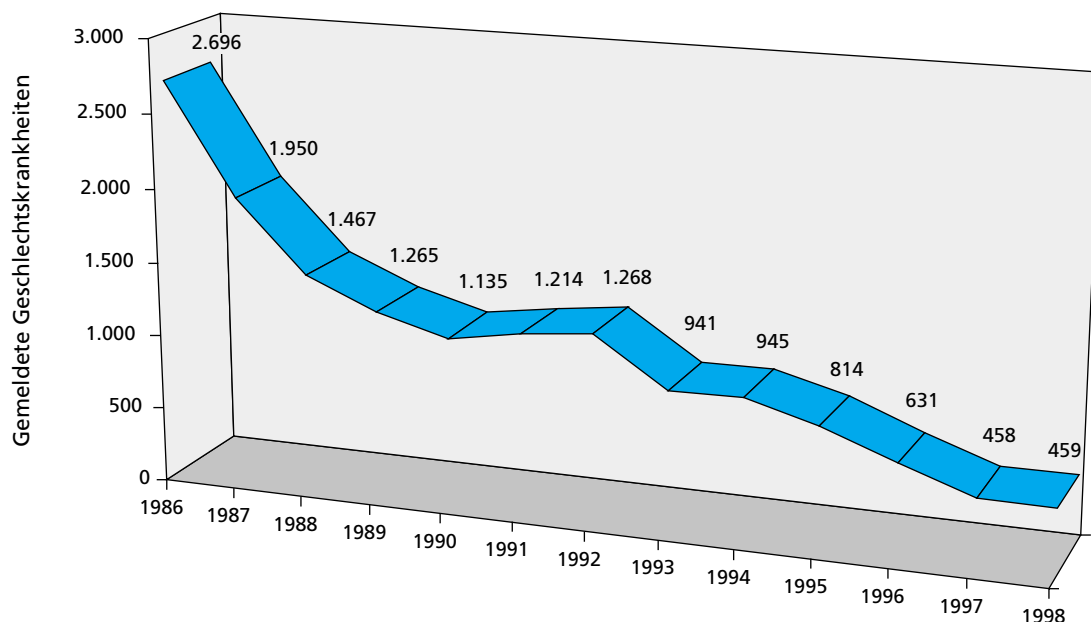
Summary: Sexually transmitted diseases

In the past years, a drop in notifiable sexually transmitted diseases (in particular gonorrhoea and syphilis) has been recorded, probably due to the increased prevention programmes relating to AIDS. This drop mainly results from the decreasing number of cases of the most frequent notifiable sexually transmitted disease, i.e. gonorrhoea ("clap"), while syphilis was found to have increased markedly since 1991. In 1998, 279 cases of gonorrhoea (1,133 cases in 1991; -4 % vis-à-vis 1997) and 180 cases of syphilis (+10 % vis-à-vis 1997) were diagnosed in Vienna.

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

1998 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 459. Dies entspricht gegenüber 1986 einem Rückgang um 83 Prozent, gegenüber 1997 allerdings einem geringen Anstieg um 0,2 Prozent.

Grafik 10: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–1998



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

Tabelle 17: Geschlechtskrankheiten in Wien

angezeigte Neuerkrankungen	gesamt in Wien		festgestellt in der STD ¹⁾ -Ambulanz	
	Ø 1995–1997	1998	Ø 1995–1997	1998
Gonorrhoe	467	279	86	41
Männer	307	191	20	15
Frauen	160	88	65	26
Lues	167	180	17	20
Männer	97	101	4	4
Frauen	70	79	13	16
insgesamt²⁾	634	459	102	61

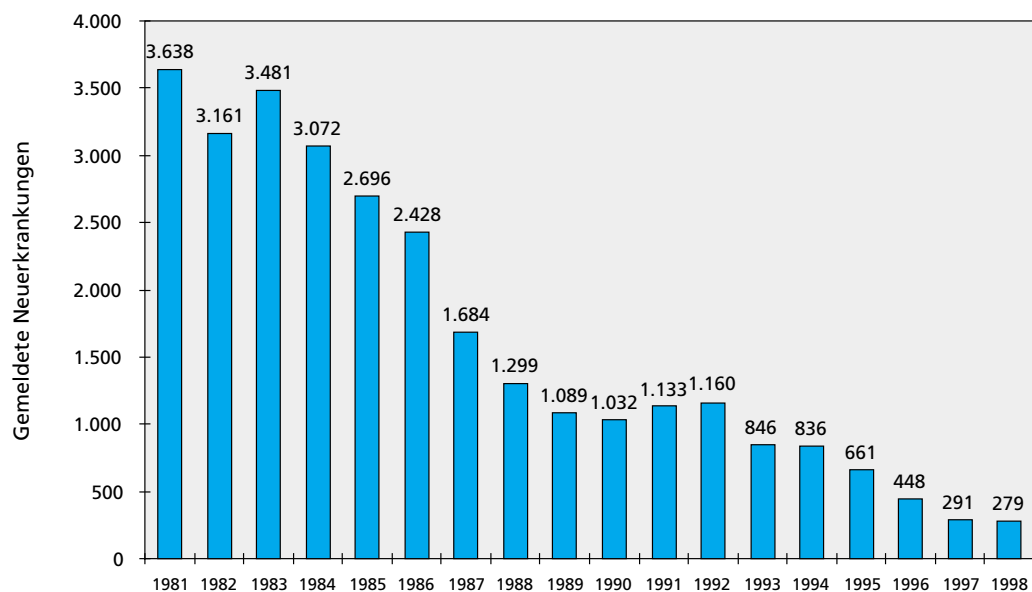
1) STD = Sexually Transmitted Diseases.

2) Im Jahre 1998 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle gemeldet.

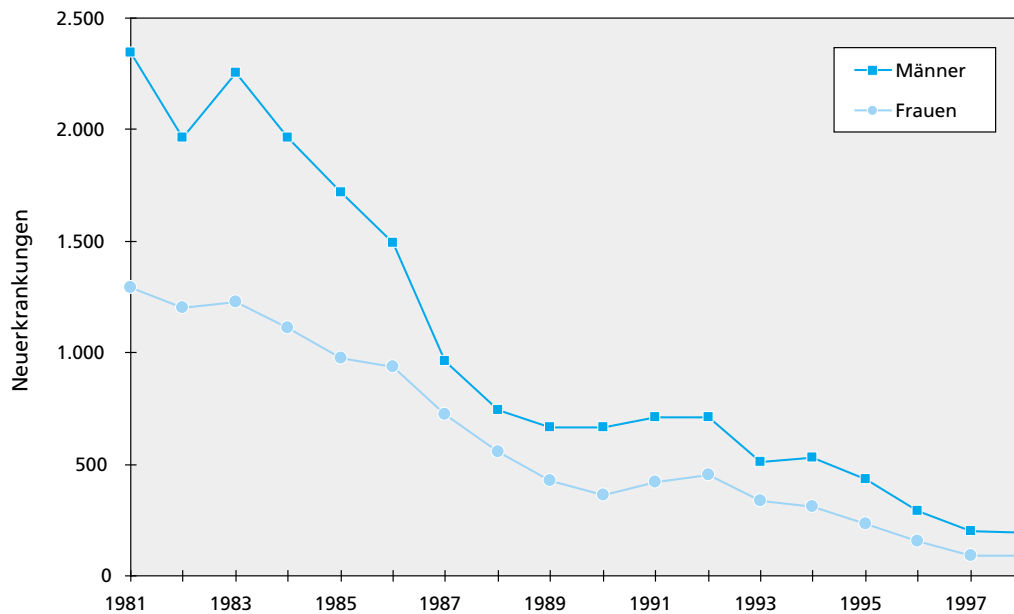
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

3.3.6.1 Gonorrhoe

Die Gonokokkeninfektion Gonorrhoe (der so genannte „Tripper“) ist noch immer die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten. Während jedoch Anfang der Achtzigerjahre noch ca. 3.500 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festzustellen waren, sind es 1998 nur noch 279 in ganz Wien gemeldete Fälle (Rückgang gegenüber 1997 um 5 Prozent). Von diesen Personen sind 191 Männer und 88 Frauen.

Grafik 11: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1998

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

Grafik 12: Anzeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1998

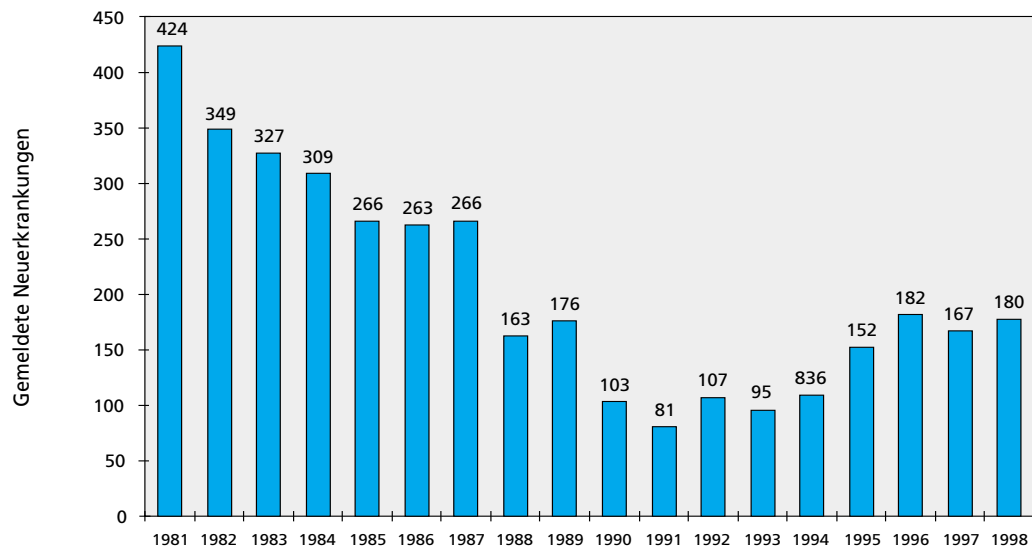
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

3.3.6.2 Lues (Syphilis)

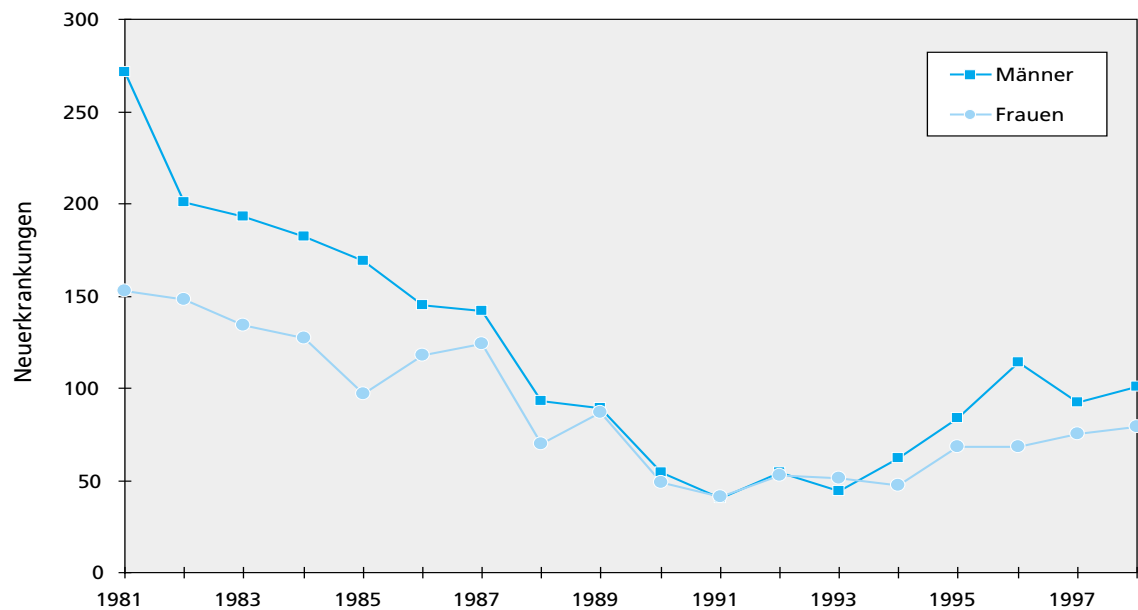
Die Lues (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe zeichnet sich seit Anfang der Neunzigerjahre (nach dem AIDS-Schock) ein kräftiger Anstieg dieser Geschlechtskrankheit (insbesondere bei den Frauen) ab.⁵⁴ Während im Wiener STD⁵⁵-Ambulatorium zwischen 1994 und 1997 eine jährliche Verdoppelung der Lues-Fallzahlen zu verzeichnen war, sank 1998 die Zahl der diagnostizierten Erkrankungen um fast ein Drittel (Anstieg der aus ganz Wien gemeldeten Lues-Erkrankungen: 8 %). In 70 Prozent der Fälle (im STD-Ambulatorium) handelte es sich um eine frühe Infektion der Stadien Lues I oder II und in 30 Prozent um eine Lues latens.

⁵⁴ Aufgrund des österreichischen Meldesystems sind in den Zahlen jedoch auch serologisch nachgewiesene Infektionen ohne Aktivitätszeichen enthalten. Seit 1994 ist jedoch auch ein Anstieg der aktiven Infektionen festzustellen.

⁵⁵ STD = Sexually Transmitted Diseases.

Grafik 13: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1998

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

Grafik 14: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1998

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

3.3.6.3 Andere Geschlechtskrankheiten

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

1997 und 1998 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (1996: 1 Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

3.3.6.4 Das Wiener STD-Ambulatorium

*Dr. Eva Vinzelj-Horvath (MA 15),
Stv. Leiterin des Referates I/4 – Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung
sexuell übertragbarer Krankheiten*

Im Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten (STD⁵⁶-Ambulatorium) der Stadt Wien werden neben den Untersuchungen auf die im Geschlechtskrankengesetz und AIDS-Gesetz angegebenen Erkrankungen auch Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten durchgeführt. Dazu gehören u.a. Chlamydien, Trichomonaden und Soormykosen.

Die wesentliche Aufgabe des STD-Ambulatoriums besteht in der gesundheitlichen Kontrolle von Prostituierten und der Ausstellung der für die Ausübung zur Prostitution erforderlichen Kontrollkarten. Weiters werden bei diesen Risikopersonen unter anderem auch Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung durchgeführt. Epidemiologisch bedeutsam sind vor allem auch Blutuntersuchungen auf HIV und Hepatitis B, die regelmäßig vorgenommen werden. Über die medizinische Betreuung hinausgehend führen Sozialarbeiterinnen neben Beratungsgesprächen auch Hausbesuche durch. So können auch Kontaktpersonen zur Untersuchung und Behandlung veranlasst werden. 1998 waren 17 Prozent der Kontaktpersonen mit einer Geschlechtskrankheit und 25 Prozent mit einer anderen sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert.

Bei den 1998 insgesamt 1.471 untersuchten Personen wurde bei 61 Personen (4 Prozent) eine meldepflichtige Geschlechtskrankheit festgestellt – davon bei 41 Personen Gonorrhoe und bei 20 Personen Lues. Im Gegensatz zum geringfügigen Anstieg der gemeldeten Geschlechtskrankheiten in ganz Wien um 0,2 Prozent nahm die Anzahl der diagnostizierten Geschlechtskrankheiten im STD-Ambulatorium im Vergleich zum Vorjahr um 15 Prozent ab (Gonorrhoe -5 Prozent, Lues -31 Prozent).

Tabelle 18: Festgestellte Gonorrhoe- und Lues-Erkrankungen am STD-Ambulatorium, 1996 bis 1998

Erkrankte Personen	Gonorrhoe			Lues		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Männer	12	19	15	3	7	4
Frauen	43	24	26	11	22	16
davon: registrierte Prostituierte	10	12	16	3	5	3
Geheimprostituierte	16	5	4	4	10	6
Bardamen	10	2	4	1	3	1
andere Frauen	7	5	2	3	4	6
insgesamt	55	43	41	14	29	20

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Bezogen auf den Prozentsatz positiver Untersuchungsergebnisse in der jeweiligen Gruppe waren **Geheimprostituierte und männliche Patienten** am häufigsten von Geschlechtskrankheiten betroffen. Auch bei den genitalen Entzündungen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wiesen die Geheimprostituierten einen weitaus höheren Prozentsatz an positiven Untersuchungsergebnissen auf als die anderen Personengruppen. Auffällig ist weiterhin die Abnahme der Untersuchungszahlen bei den **Bardamen** um 12 Prozent. Bei den Geheimprostituierten konnten 1998 allerdings um 39 Prozent mehr Untersuchungen durchgeführt werden als im Vorjahr.

⁵⁶ STD = Sexually Transmitted Diseases.

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

Gonorrhoe

Bei den im STD-Ambulatorium diagnostizierten Fällen von Gonorrhoe ist zwar generell ein Rückgang zu verzeichnen, doch zeigt eine geschlechtsspezifische Auswertung einen Anstieg bei den weiblichen Infizierten (plus 8 % gegenüber 1997).

Dem Rückgang von Gonokokkeninfektionen bei Geheimprostituierten um 20 Prozent steht ein Anstieg dieser Infektionen um 50 Prozent bei den Bardamen gegenüber. Bei den von der Exekutive angezeigten Geheimprostituierten stieg die Anzahl der untersuchten Personen gegenüber 1997 von 177 auf 253 um 43 Prozent; bei den Bardamen, die freiwillig zur Untersuchung kommen, reduzierte sich diese Zahl von durchschnittlich 67 auf 51 Personen (-24 %).

Lues

Im Gegensatz zu den aus ganz Wien gemeldeten Lues-Zahlen, die seit dem Vorjahr leicht angestiegen sind (Anstieg um 8 %), zeigte sich im STD-Ambulatorium erstmals seit 1993 ein Rückgang der Fallzahlen (gegenüber 1997: -43 % bei Männern und -27 % bei Frauen). Allerdings wurden 1998 zehnmal so viele Lues-Fälle diagnostiziert wie 1993. Auch waren es 1998 in 70 Prozent der Fälle die frühen Stadien I und II, in denen die Diagnose erfolgte.

Betrachtet man die Lues-Fallzahlen aufgeschlüsselt nach Personengruppen, so fällt gegenüber 1997 insbesondere die Abnahme der Luesfälle bei den sexuell erwerbstätigen Frauen auf (Rückgang um 44 %), wohingegen bei den nicht-sexuell erwerbstätigen Frauen eine 50-prozentige Zunahme der Lues-Fälle im STD-Ambulatorium verzeichnet wurde. Bei Männern nahm die Zahl der diagnostizierten Fälle um 43 Prozent gegenüber dem Vorjahr ab.

Die größte Zahl der Lues-Erkrankungen findet sich in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen sowie der 36- bis 40-Jährigen, gefolgt von den 21- bis 25-Jährigen und den 31- bis 35-Jährigen.

Inzidenz von Geschlechtskrankheiten

Die höchste Geschlechtskrankheiten-Inzidenz wiesen 1998 die Bardamen mit 10 Prozent auf, gefolgt von nicht-sexuell erwerbstätigen Männern mit 8 Prozent. Geheimprostituierte und andere Frauen wiesen eine Inzidenz von 4 Prozent auf. Registrierte Prostituierte waren mit 3 Prozent auch 1998 wieder die „gesündeste“ Personengruppe.

Tabelle 19: Geschlechtskrankheiten-Inzidenz (Gonorrhoe und Lues), Wien 1997 und 1998

Personengruppen	Anzahl der untersuchten Personen		davon erkrankt		in % der Personen pro Jahr	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Prostituierte	765	748	17	19	2 %	3 %
Geheimprostituierte	177	253	15	10	8 %	4 %
Bardamen	67	51	5	5	7 %	10 %
andere Frauen ¹⁾	204	188	9	8	4 %	4 %
andere Männer ¹⁾	239	231	26	19	11 %	8 %
insgesamt	1.452	1.471	72	61	5 %	4 %

1) Davon 1998: 284 Selbstmelder, 76 Zuweisungen, 24 Kontaktpersonen, 35 Unterbrecher-Erstuntersuchte von auswärts gemeldet.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Infektionsquellen- und Kontaktpersonenausforschung

Eine wichtige Bedeutung hat nach wie vor die Ausforschung von Infektionsquellen sowie der Kontaktpersonen von Infizierten. Bei den Untersuchungen der nicht-sexuell erwerbstätigen Personen fand sich bei 17 Prozent eine Geschlechtskrankheit. Im Vergleich zum Vorjahr konnten leider nur halb so viele Kontaktpersonen ausgeforscht, untersucht und gegebenenfalls einer Behandlung zugeführt werden.

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten sind gegenüber 1997 von 295 auf 351 Fälle gestiegen (+20 %). Dieser Anstieg ist vor allem auf die Zunahme der **Anaerobier-Infektionen** (Zunahme 143 %!) zurückzuführen⁵⁷. **Chlamydien** nahmen bei allen Personengruppen außer den Bardamen ab, ebenso verringerte sich die Anzahl der diagnostizierten Fälle von **Condylomata acuminata** (Feig- oder Feuchtwarzen), **Trichomonaden** und **genitalem Herpes**.

Tabelle 20: STD-Inzidenz (Gruppe I und Gruppe II), Wien 1998

Personengruppen	untersuchte Personen	erkrankt an STD			
		Gruppe I ¹⁾		Gruppe II ²⁾	
		Personen	in %	Personen	in %
Prostituierte	748	232	31 %	347	46 %
Geheimprostituierte	253	47	19 %	26	10 %
Bardamen	51	35	69 %	22	43 %
andere Frauen	188	18	10 %	22	12 %
andere Männer	231	19	8 %	16	7 %
insgesamt	1.471	351	24 %	433	29 %

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

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

Behandlungen

Tabelle 21: Behandlungen von Geschlechtskrankheiten (inklusive Sicherheitsbehandlungen) am STD-Ambulatorium, 1998

Art der Geschlechtskrankheit	behandelte Personen		
	Frauen	Männer	insgesamt
Gonorrhoe	97	46	143
Lues	18	8	26
Ulcus molle	0	0	0
Lymphogranuloma venereum	0	0	0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

⁵⁷ Dieser Anstieg der diagnostizierten Anaerobierinfektionen ist nur zum Teil auf eine verbesserte Diagnostik zurückzuführen.

Tabelle 22: Behandlung anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten am STD-Ambulatorium, 1998

Art der Krankheit	behandelte Personen					
	insgesamt	Prosti- tuierte	Geheim- prost.	Bardamen	andere Patienten	
					weiblich	männlich
Gruppe I ¹⁾						
Chlamydien	83	45	12	7	5	14
Trichomonaden	51	33	10	3	5	0
Anaerobier	199	144	24	24	7	0
Condylomata ac.	6	3	0	1	0	2
Herpes genitalis	9	7	1	0	0	1
Scabies	6	0	0	0	0	6
Ped. pub.	3	0	0	0	1	2
Gruppe II ²⁾						
genit. Soormykose	380	309	24	19	19	9
unspezif. Entzündung	45	37	2	3	3	0
Mollusca cont.	2	1	0	0	0	1
insgesamt	784	579	73	57	40	35

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

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/4

HIV-Infektionen

1998 wurde bei 6 Männern und 4 Frauen eine Infektion mit dem HI-Virus entdeckt. Bei insgesamt 4.540 durchgeführten HIV-Tests entspricht dies einer Inzidenz von 0,2 Prozent. Die größte Anzahl der HIV-1-Infektionen war bei Geheimpromituierten mit 5 (2 männlich, 3 weiblich) zu verzeichnen. Alle drei Frauen waren zusätzlich i.v.-drogenabhängig, ein Mann war homosexuell, ein Mann hatte kein zusätzliches anderes Risiko. Die übrigen positiven Testergebnisse fanden sich bei je 1 registrierten Prostituierten (ohne zusätzliches Risiko), bei 1 homosexuellen Mann, bei 1 i.v.-drogenabhängigen Mann, bei 1 Mann mit heterosexuellen Kontakten/Partnerin und i.v.-Drogenabhängigkeit sowie bei 1 Mann ohne bekanntes Risiko.

3.3.7 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der 10 Wochen dauernden Influenza-Epidemie des Winters 1998/99 erkrankten in Wien etwa 187.000 Menschen an dieser Infektionskrankheit. Dem Gesundheitsamt wurden 24 Influenzatote gemeldet (keine Meldepflicht).

Summary: Influenza

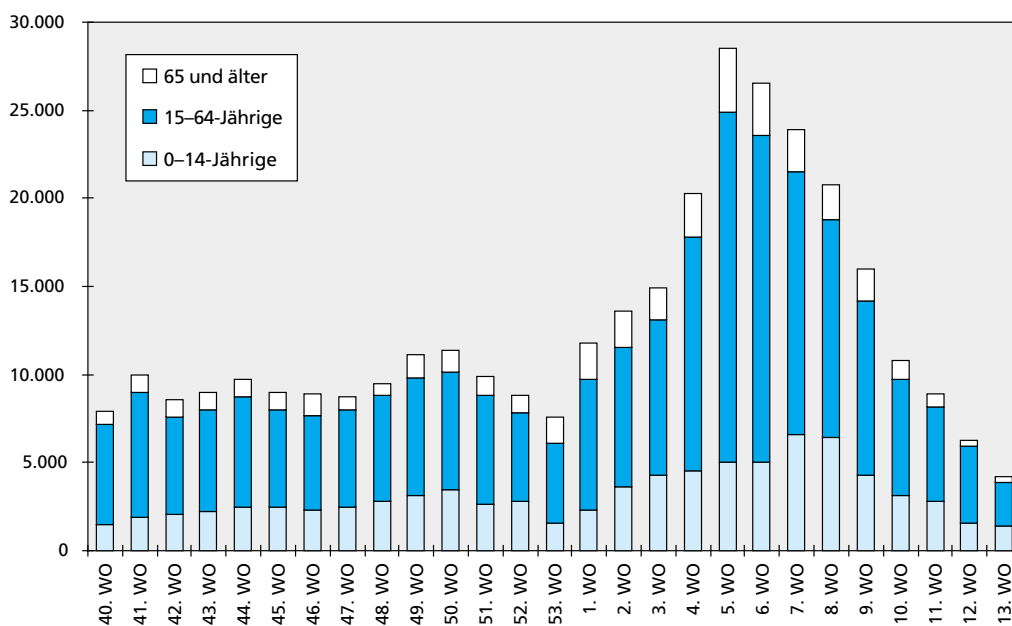
During the influenza epidemic, which lasted 10 weeks in the winter of 1998/99, approximately 187,000 persons in Vienna contracted this infection. 24 deaths of influenza were notified to the Public Health Authority (influenza is not a notifiable disease).

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 – Gesundheitsamt erfasst (Meldepraxen).

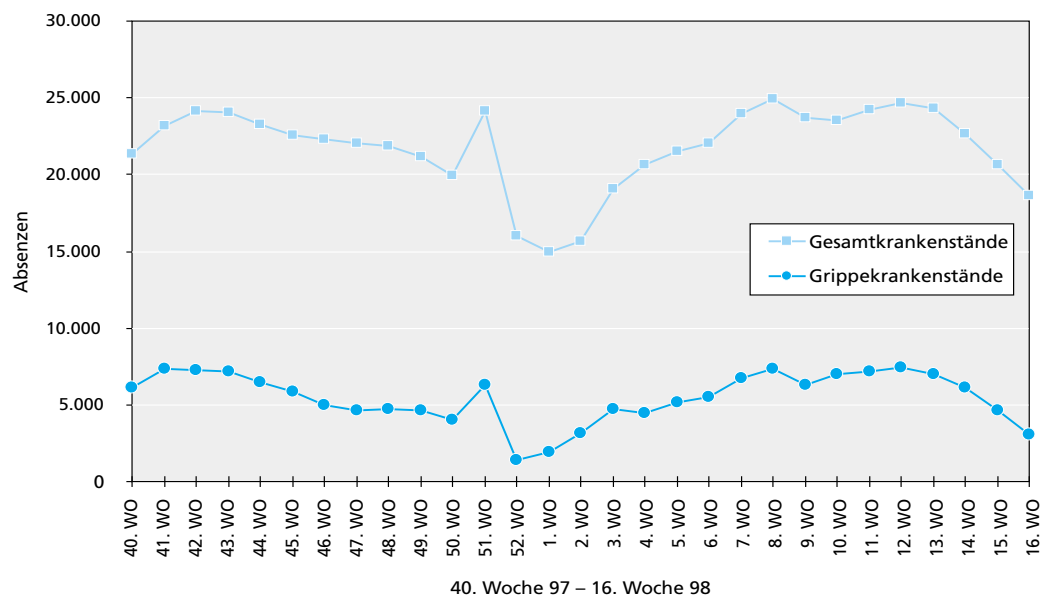
Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 1. Woche des Jahres 1999 der Beginn einer Influenza-Epidemie registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza-A-Virus des Typs H3N2-Stamm Sydney. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 28.500 wöchentlichen Neuerkrankungen in der 5. Woche erreicht. Die Epidemie erstreckte sich über insgesamt 10 Wochen. Die Gesamtzahl der in Wien an Influenza erkrankten Personen während dieser Periode wird auf insgesamt 187.000 Fälle geschätzt.

In diesem Winter wurden dem Gesundheitsamt 24 Influenzatote gemeldet. Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Es muss jedoch zufolge internationalen Untersuchungen während einer Influenza-Epidemie mit 2 bis 50 Toten pro 100.000 Einwohnern gerechnet werden.

Grafik 15: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 1998/99



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/1

Grafik 16: Wöchentliche Absenzen Winter 1998/99 (laut Meldungen der WGKK)

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

Tabelle 23: Influenza und grippale Infekte, 1981–1998

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat II/1

3.4 Krebs

Zusammenfassung

1997 erkrankten 3.733 Wienerinnen und 3.495 Wiener an Krebs (Inzidenzrate: 450 neue Fälle auf 100.000 EW pro Jahr). An Todesfällen infolge einer Neubildung wurden im Jahr 1998 insgesamt 4.245 gemeldet, davon waren 2.194 (52 %) weiblichen und 2.051 (48 %) männlichen Geschlechts.

Inzidenz (1997): An erster Stelle der Krebslokalisationen steht Darmkrebs, mit geringem Abstand gefolgt von den bösartigen Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane (v.a. Lunge!). Getrennt nach Geschlecht ist jedoch für Frauen Brustkrebs und für Männer Prostatakrebs die häufigste Lokalisation einer Krebserkrankung.

Mortalität (1998): Bei den Todesursachen infolge einer Krebserkrankung stehen sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Todesfällen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane mit Abstand an der ersten Stelle. Bei den Frauen folgt Brustkrebs, bei den Männern bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v.a. Lungenkrebs).

Summary: Cancer

In 1997, 3,733 female and 3,495 male inhabitants of Vienna contracted cancer (incidence of 450 new cases per 100,000 inhabitants per year). All in all, a total of 4,245 persons died of neoplasms in 1998, of which 2,194 (52 %) were female and 2,051 (48 %) male.

Incidence (1997): The most frequent type is intestinal cancer, closely followed by malignant neoplasms of the respiratory tract (in particular of the lungs!). However, with regard to gender-related distribution, cancer of the mammary gland (for women) and prostate (men) are most frequently diagnosed.

Mortality (1998): With respect to the cancer-related mortality rate, malignant neoplasms of the intestinal tract were the most frequent cause of death in both women and men, followed by cancer of the mammary gland for women and malignant neoplasms of the respiratory tract (mainly lung cancer) for men.

1997 erkrankten fast 35.000 Österreicherinnen und Österreicher an Krebs, etwa 99,6 Prozent davon sind Erwachsene, 0,4 Prozent Kinder bis 14 Jahre. Jahr für Jahr sterben rund 20.000 Österreicherinnen und Österreicher an Krebs, davon ziemlich genau 50 Prozent Männer und 50 Prozent Frauen.

In Wien wurde 1997 bei jeder 226. Einwohnerin und bei jedem 218. Einwohner eine Krebs-Neuerkrankung festgestellt. Insgesamt wurden 7.228 Fälle einer bösartigen Neubildung registriert (davon rund 52 Prozent Frauen und 48 Prozent Männer). Gleichzeitig starb 1998 jede 385. Wienerin und jeder 371. Wiener an Krebs.

Das müsste nicht sein. Denn zwei Drittel aller Krebserkrankungen wären durch Krebsvorsorge und Krebsfrüherkennung vermeidbar bzw. heilbar.

3.4.1 Krebsinzidenz

1997⁵⁸ erkrankten 7.228 Personen der Wiener Wohnbevölkerung an Krebs, was einer unbereinigten, rohen Inzidenzrate von 450 neuen Fällen pro Jahr auf 100.000 EinwohnerInnen entspricht. Seit 1983 konnte jedoch in der männlichen Wiener Bevölkerung ein leichter, in der weiblichen sogar ein deutlicher Rückgang der Erkrankungsrate festgestellt werden.

Laut Krebsstatistik erkrankten **Männer** am häufigsten an Prostata-, Lungen-, Dickdarm-, Harnblasen- und Magenkrebs (diese Lokalisationen machen bereits rund zwei Drittel aller Neuerkrankungen aus). Bei den **Frauen** war der Brustkrebs mit fast einem Viertel aller Neuerkrankungen die mit Abstand häufigste Lokalisation, gefolgt von Dickdarm- und Lungenkrebs (diese Lokalisationen machen fast die Hälfte aller Neuerkrankungen aus).

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 (wie z.B. Tabakkonsum für Lungenkrebs oder „Sonnenkonsum“ für Hautkrebs).

Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts) stellt auch 1997 der **Darmkrebs** die häufigste Krebserkrankung der Wiener Bevölkerung dar. Mit geringem Abstand folgen die bösartigen Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane (v.a. **Lunge**), wobei vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege zu einem hohen Anteil in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum stehen. Die Aufklärungsarbeit über die mit „Rauchen“ verbundenen Risiken sollte daher auch in Zukunft einen Schwerpunkt in der Prävention darstellen.

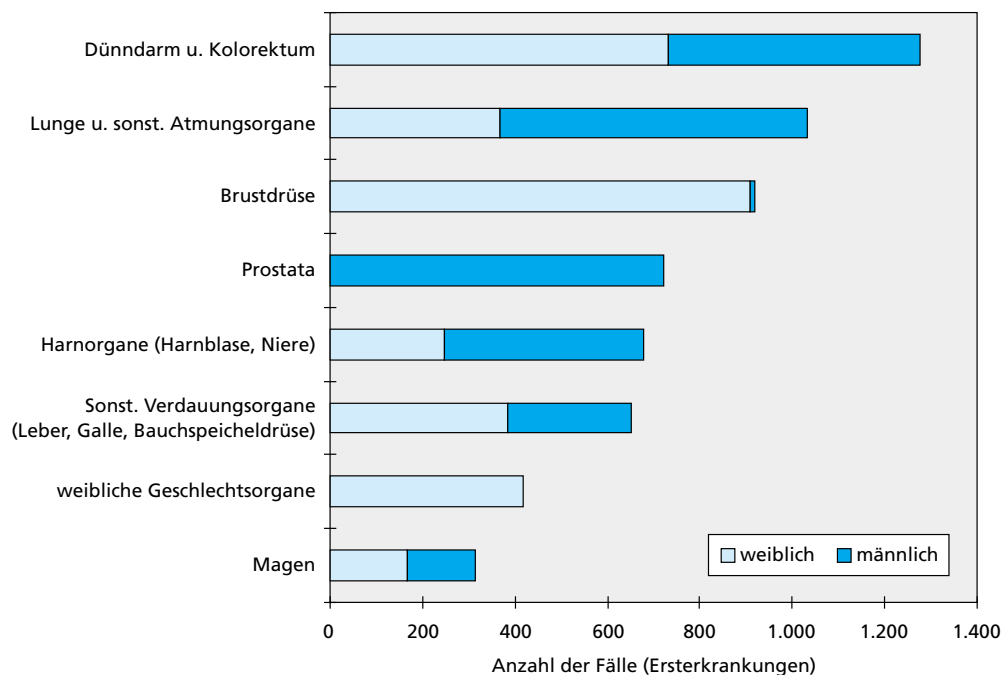
In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei den Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an Leber- und Lungenkrebs, bösartigen Neubildungen im Bereich Lippe, Mundhöhle und Rachen sowie Harnblasenkrebs feststellen (teilweise erklärbar durch Rauchverhalten und Alkoholkonsum).

Bösartige Neubildungen im Bereich der **Brustdrüse** stellen für Frauen die häufigste Krebserkrankung dar (siehe dazu auch das folgende Kapitel). Bei den Männern ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme des **Prostatakrebses** festzustellen, wobei – v.a. aufgrund der vermehrten Untersuchungen – eine besonders starke Zunahme seit etwa 1994 zu beobachten ist⁵⁹ (siehe Grafik 19). Der Prostatakrebs nimmt bei den Männern bereits den ersten Rang in der Häufigkeitsskala ein.

Die Präventionsarbeit sollte daher auch in Zukunft verstärkt auf diese beiden Bereiche konzentriert werden (bei Frauen regelmäßige Selbstkontrolle der Brust, bei Männern regelmäßige Vorsorgeuntersuchung der Prostata).

⁵⁸ Daten für 1998 noch nicht verfügbar.

⁵⁹ Die Zunahme der Inzidenz von Prostatakrebs ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einem tatsächlichen Anstieg dieser Krebsart in der männlichen Bevölkerung oder einer höheren Todesrate, sondern vor allem auf vermehrte Untersuchungen in diesem Bereich zurückzuführen.

Grafik 17: Häufigste bösartige Neubildungen, Ersterkrankung 1997

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Die Entwicklung der altersstandardisierten Raten der Krebserkrankungen in Wien zwischen 1983 und 1996 zeigt einen enormen Anstieg des **Prostatakrebses** um 52 Prozent (siehe Grafik 19). Das Risiko von Frauen, an **Brustkrebs** zu erkranken, ist in diesem Zeitraum (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1990) vorerst wieder etwas zurückgegangen, seit 1995 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg dieser Krebserkrankung zu verzeichnen (siehe Grafik 18). Sowohl beim **Gebärmutterkrebs** als auch beim **Gebärmutterhalskrebs** konnte hingegen seit 1983 ein starker Rückgang um 36 Prozent verzeichnet werden.

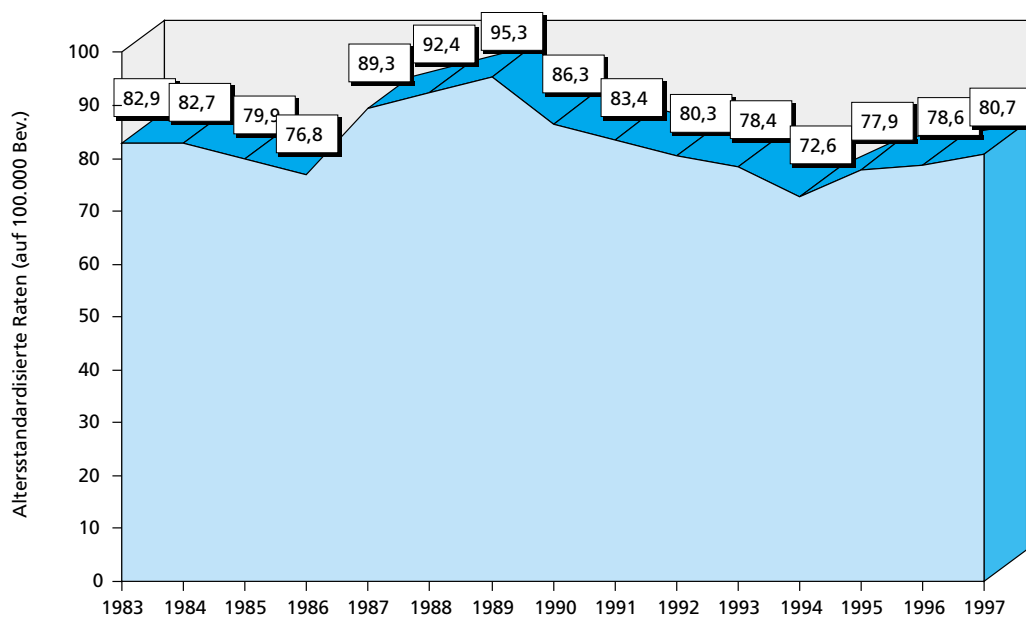
Das Risiko, an **Lungenkrebs** zu erkranken, ist für die männliche Bevölkerung um ca. 70 Prozent höher als für die weibliche. Während in den Jahren 1983 bis 1993 der Lungenkrebs die häufigste Krebserkrankung bei den Männern darstellte, wurde diese seit 1994 vom Prostatakrebs überholt.

Die weitere Rangreihung der Krebserkrankungen, getrennt nach Geschlecht, ergibt sich für das Jahr 1997 wie folgt⁶⁰:

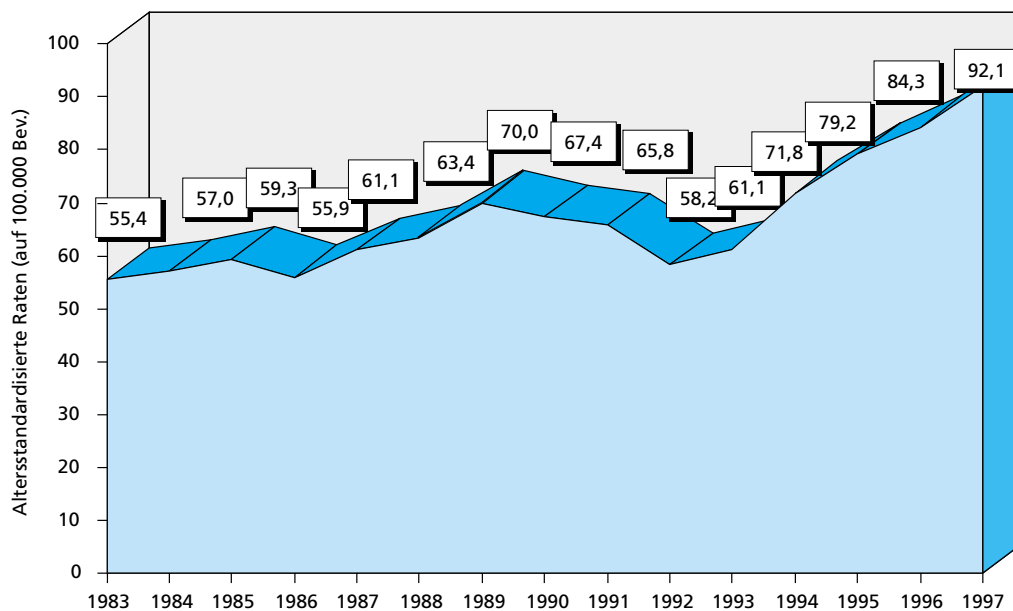
Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Brustdrüse	1. Prostata
2. Kolorektum (Dickdarm und Mastdarm)	2. Lunge
3. weibl. Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Ovarium etc.)	3. Kolorektum (Dickdarm und Mastdarm)

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

⁶⁰ Nach Addition aller Neubildungen im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovarium und sonstige Adnexe, sonstige nicht näher bezeichnete weibliche Geschlechtsorgane) nimmt diese Lokalisation den dritten Rang ein.

Grafik 18: Brustkrebs-Erkrankungen, Entwicklung 1983–1997 (Wien)

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Grafik 19: Prostatakrebs-Erkrankungen, Entwicklung 1983–1997 (Wien)

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Tabelle 24: Krebsinzidenz¹⁾ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 1997^{2,3)}

ICD-9 Code ⁴⁾⁵⁾	Lokalisation	Frauen		Männer		insgesamt
		absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut
140–149	B.N. ⁷⁾ d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Rachens	63	5,6	117	15,8	180
150	B.N. d. Speiseröhre	16	1,2	60	7,8	76
151	B.N. d. Magens	166	11,3	147	18,1	313
152	B.N. d. Dünndarms	4	0,4	3	0,4	7
153, 154	B.N. d. Kolorektums	562	39,0	541	68,6	1.103
155	B.N. d. Leber	81	5,9	118	15,2	199
156	B.N. d. Gallenblase	103	6,8	39	5,0	142
157	B.N. d. Bauchspeicheldrüse	201	13,5	111	14,4	312
160, 163–165	B.N. sonst. Atmungsorgane	17	1,4	17	2,2	34
161	B.N. d. Kehlkopfes	11	1,2	52	6,8	63
162	B.N. d. Lunge	338	28,6	599	77,3	937
171	B.N. d. Bindegewebes u. sonst. Weichteile	26	2,3	19	2,6	45
172	Bösartiges Melanom d. Haut ⁴⁾	91	7,9	80	9,7	171
175	B.N. d. Brustdrüse	908	80,7	10	1,2	918
180	B.N. d. Zervix Uteri (Gebärmutterhals)	99	9,9	-	-	99*
182	B.N. d. Corpus Uteri (Gebärmutter)	149	12,6	-	-	149*
183	B.N. d. Ovars und sonst. Adhexe	136	12,2	-	-	136*
184	B.N. sonstiger weibl. Geschlechtsorgane	34	2,3	-	-	34*
185	B.N. d. Prostata	-	-	721	92,1	721*
186, 187	B.N. sonstiger männl. Geschlechtsorgane	-	-	57	6,2	57*
188	B.N. d. Harnblase	128	9,7	282	36,1	410
189	B.N. d. Niere	118	9,2	150	19,6	268

Fortsetzung

ICD-9-Code ⁴⁾⁵⁾	Lokalisation	Frauen		Männer		insgesamt
		absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut
191, 192	B.N. d. Gehirns	54	5,0	67	8,7	121
193	B.N. d. Schilddrüse	39	3,6	13	1,7	52
201	Morbus Hodgkin	20	2,0	30	3,8	50
200, 202	Lymphosarkom u. Reticulumzellsarkom (Non-Hodgkin-Lymphome)	106	8,3	115	14,4	221
203	Multiples Myelom	47	3,5	25	3,2	72
204–208	Leukämien	85	6,4	77	10,2	162
158, 159, 166–170, 179, 181, 190, 194–199	Sonstige Krebslokalisationen	131	9,2	45	5,6	176
insgesamt	alle Lokalisationen	3.733		3.495		7.228

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

2) Daten für 1998 noch nicht verfügbar.

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

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

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

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

7) B.N. = Bösartige Neubildungen

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

3.4.2 Mammakarzinom (Brustkrebs)

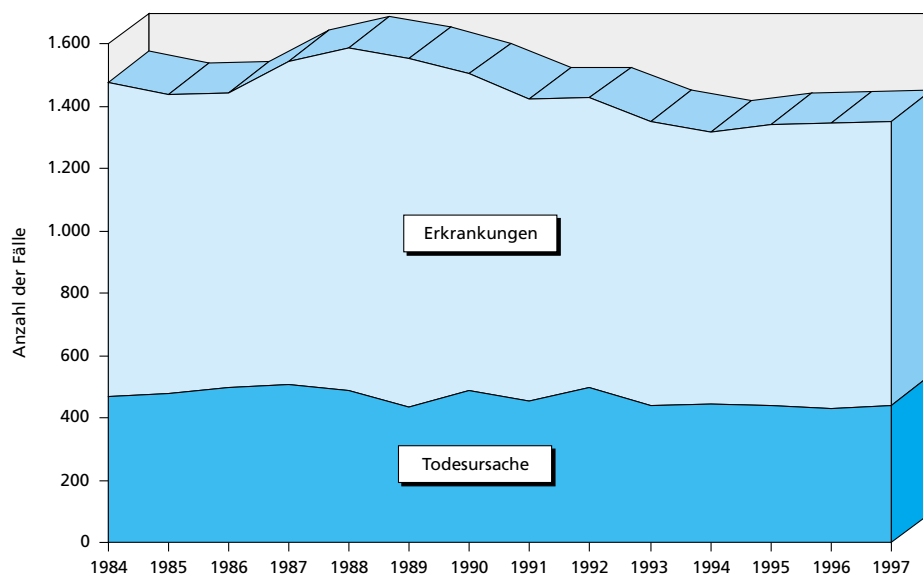
Das Mammakarzinom ist in Österreich die häufigste Krebserkrankung der Frau. 1998 starben 1.621 Österreicherinnen an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Laut WHO entfielen im Jahr 1995 auf 100.000 Österreicherinnen 31,4 Krebstote aufgrund von Brustkrebs.

Die Mortalität an dieser Todesursache ist jedoch in Wien nach wie vor deutlich höher als im österreichischen Durchschnitt. 19,2 Prozent der Krebsmortalität bzw. 4,2 Prozent der Todesfälle bei Frauen in Wien sind auf Brustkrebs zurückzuführen. Seit 1970 haben die altersstandardisierten Sterberaten um mehr als 20 Prozent zugenommen, wenngleich seit 1985 eine eher stabile Entwicklung zu beobachten ist. Durch eine verbesserte Früherfassung wird künftig aber auch eine Abnahme der Sterblichkeit erwartet.

Seit 1974 kann die Mammographie als Screening-Untersuchung in Österreich kostenfrei in Anspruch genommen werden, und ihre breite Anwendung wird seit 1980 empfohlen. Während die Häufigkeit von Tumoren ab dem Stadium II seit 1982 in den meisten Altersgruppen signifikant zugenommen hat, kann in den letzten drei bis sechs Jahren in allen Altersgruppen ein abnehmender Trend auch bei den höheren Tumorstadien beobachtet werden. „Die Abnahme von Tumoren in einem fortgeschrittenen Tumorstadium und in der Folge die Abnahme der Mortalitätsraten kann plausibel mit der Screening-Prävalenz in Beziehung gesetzt werden. Trifft diese Annahme zu, sind in den nächsten Jahren stärkere positive Auswirkungen auf die Brustkrebssterblichkeit zu erwarten.“⁶¹

In **Wien** wiesen im Jahr 1997 908 Frauen eine bösartige Neubildung im Bereich der Brustdrüse auf (Ersterkrankung), 1998 starben 422 Frauen daran (Rückgang gegenüber 1997: -5 %). Das heißt, von 1.000 Wienerinnen über 15 Jahren erkrankt etwa jedes Jahr eine Frau an Brustkrebs.

Grafik 21: Mammakarzinom, Entwicklung 1984–1996 (Wien)



Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Statistisches Amt der Stadt Wien

⁶¹ Vutuc, Ch.; Haidinger, G.; Waldhoer, Th.: Mammographie-Screening in Österreich: Prävalenz und Auswirkungen auf die Brustkrebssterblichkeit. In: Wiener klinische Wochenschrift (1998) 110/13–14, S. 485–490.

3.4.3 Krebsmortalität

In Österreich wurden 1998 insgesamt 18.656 Todesfälle infolge einer Krebserkrankung registriert, davon waren 9.032 Personen weiblichen (48,4 %) und 9.624 Personen männlichen (51,6 %) Geschlechts.

In Wien starben 1998 laut amtlicher Todesursachenstatistik 4.245 Menschen an einer Neubildung⁶², und zwar 2.194 Frauen (52 %) und 2.051 Männer (48 %).⁶³

Die häufigsten Todesursachen infolge einer Krebserkrankung waren sowohl für Frauen als auch für Männer bösartige Neubildungen im Bereich der **Verdauungsorgane (v.a. Darmkrebs)** mit jeweils rund 34 Prozent. Bei den Frauen folgt **Brustkrebs** mit 19,2 %, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane (v.a. Lungenkrebs!)** mit 29,3 Prozent.⁶⁴

Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den Sechzigerjahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten kräftig an.

Der kontinuierliche Rückgang der Krebssterblichkeit ist vor allem dem massiven Absinken der **Magenkrebsmortalität** zuzuschreiben. Das Sterberisiko ist hier für Männer beinahe doppelt so hoch wie jenes für Frauen. Einen relativ gleich bleibenden Verlauf zeigt das **Kolorektalkarzinom** (Dickdarm und Mastdarm), das für beide Geschlechter ein hohes Sterberisiko darstellt.

Im gynäkologischen Bereich sind zwei unterschiedliche Trends zu beobachten: Während sich die altersbereinigte Sterbeziffer an **Gebärmutterkarzinom** in den Jahren 1983 bis 1994 halbiert hat, verzeichnete das **Mammakarzinom** zunächst eine steigende, seit 1993 jedoch wieder eine leicht sinkende Tendenz (siehe unten).

Beim **Prostatakarzinom** ist ein leichter Anstieg festzustellen. 1998 starben in Österreich 1.139, in Wien 228 Männer an dieser Krebserkrankung.

3.4.3.1 Regionale Unterschiede auf Bezirksebene

*Dr. Wilhelm Frank; Dr. Gerhard Fülöp; DDr. Ulrike Kadi; Mag. Petra Ofner
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen*

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

Sie ist im 10. Bezirk für beide Geschlechter gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöht, bei den Männern außerdem noch im 15. und im 20. Bezirk – also durchwegs in Regionen, für die eine sehr ungünstige sozioökonomische Struktur festgestellt wurde⁶⁵. Außerdem sind der 11. und der 12. Bezirk in Bezug auf beide Geschlechter von einer überhöhten Krebsmortalität betroffen – also wiederum Regionen mit eher ungünstiger Sozialstruktur.

Das bedeutet, dass nicht nur Lebenserwartung und Gesundheitszustand im Allgemeinen, sondern auch die Krebssterblichkeit im Besonderen Zusammenhänge mit den sozioökonomischen Rahmenbedingungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erkennen lassen. Als wichtigste Verursacher von Krebserkrankungen werden in der Literatur immer wieder ungünstiges Ernährungsverhalten, Rauchen und Stressexposition genannt. Die ersten beiden Faktoren sind in unteren sozialen Schichten⁶⁶ und daher wohl auch in den sozioökonomisch benachteiligten Bezirken häufiger vorzufinden als in den oberen Schichten, wodurch die vermuteten Zusammenhänge erneut – wenn auch indirekt – bestätigt werden.

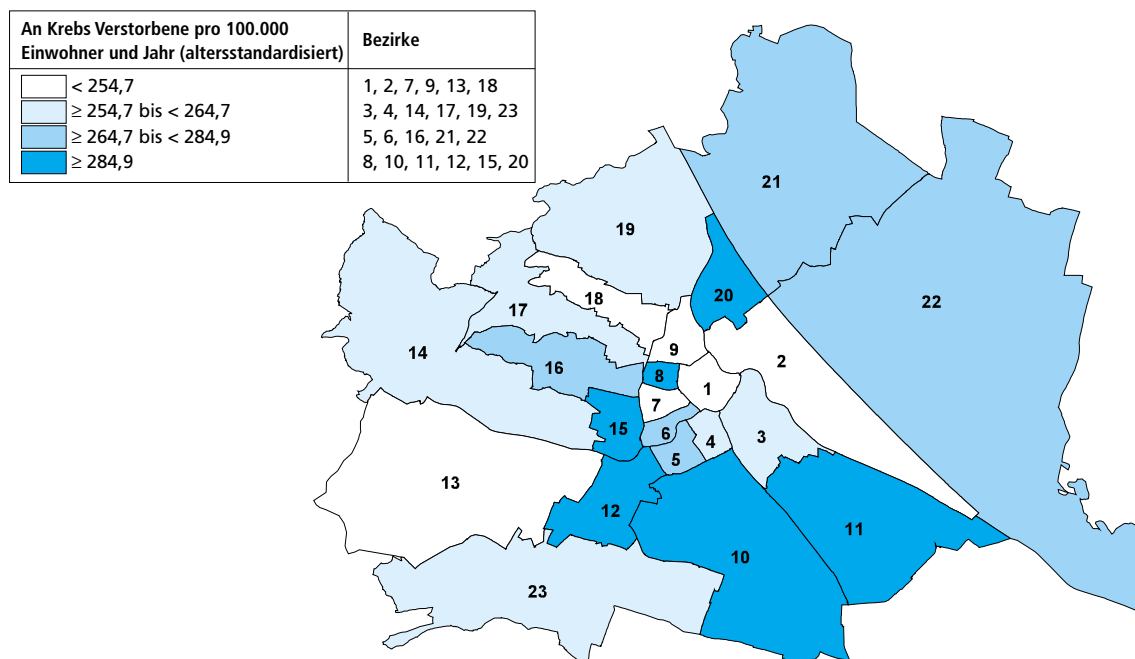
⁶² Davon 98,5 % bösartige Neubildungen (Krebs).

⁶³ Siehe Kapitel Mortalität in diesem Abschnitt.

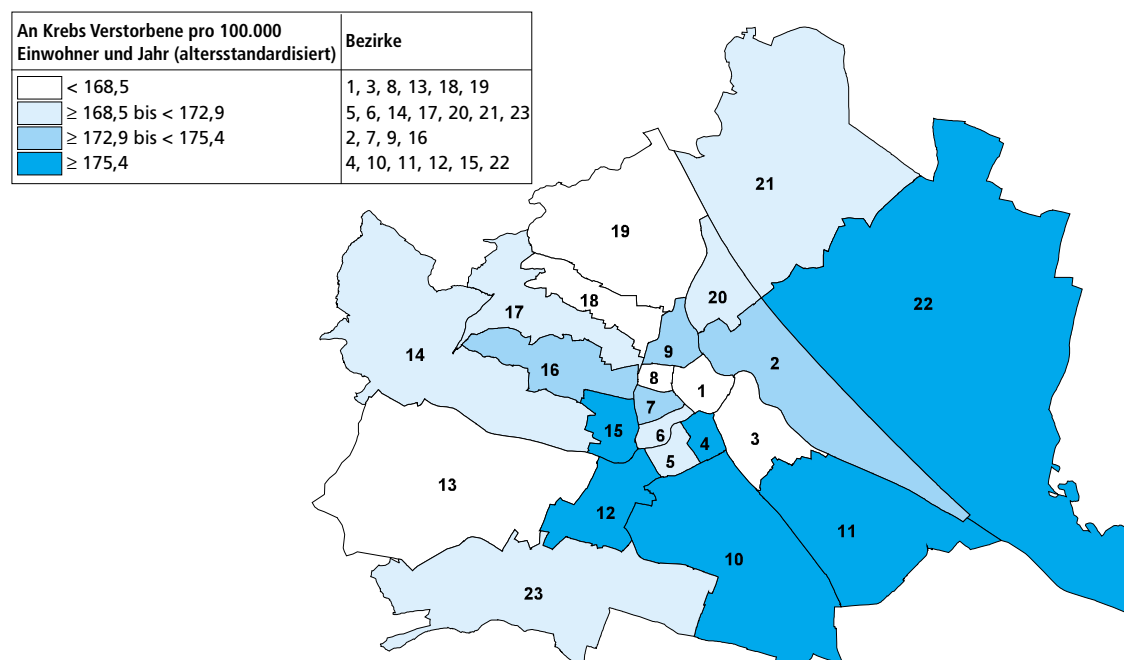
⁶⁴ Vgl. Kapitel Mortalität, Tabelle 46.

⁶⁵ Vgl. Kapitel 1.2 „Sozioökonomische Lage und Gesundheit“.

⁶⁶ Vgl. Tabelle 1 in Kapitel I.

Grafik 23: Krebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (männlich)

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 24: Krebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (weiblich)

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

Um die epidemiologische Situation in Bezug auf bestimmte Krebserkrankungen genauer zu analysieren, sollte nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach Alter unterschieden und eine Zeitreihendarstellung vorgenommen werden.

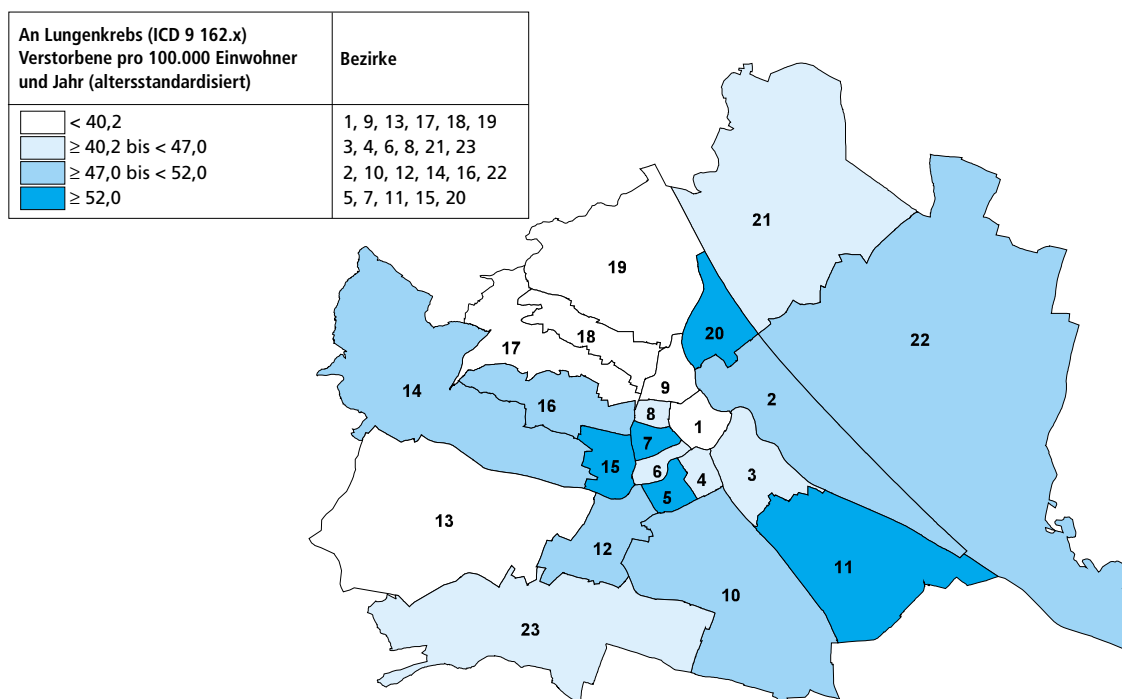
Am Beispiel der **Lungenkrebsmortalität** kann auf diese Weise nachvollzogen werden, dass die Lungenkrebssterblichkeit der Männer im Zeitverlauf zwischen 1988 und 1997 tendenziell abgenommen hat und dass sie bei den Frauen eher im Zunehmen begriffen ist. Bei Differenzierung nach den Altersgruppen zeigt sich, dass die Sterblichkeit der über 75-jährigen Männer einen rückläufigen Trend aufweist und dass demgegenüber die Sterblichkeit der unter 60-jährigen Frauen gerade in den letzten Jahren Spitzenwerte erreicht hat (allerdings auf einem im Vergleich zu den Männern niedrigeren Niveau, vgl. *Tabelle 25*).

Zur **Hautkrebsmortalität** ist festzustellen, dass diese bei den Männern in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen hat (bedingt durch eine Abnahme bei den unter 75-Jährigen) und bei den Frauen auf vergleichsweise niedrigem Niveau stagniert (vgl. *Tabelle 26*).

3.4.3.1.1 Lungenkrebs

Die Lungenkrebsmortalität ist im 5., 7., 11., 15. und 20. Bezirk erhöht. Es zeigt sich eine beachtliche Übereinstimmung des räumlichen Verteilungsmusters zum Anteil der Nie-RaucherInnen. Im 15. Bezirk zeigt sich der Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Rauchverhalten (gemessen in Nie-RaucherInnen-Anteilen) am deutlichsten⁶⁷.

Grafik 25: Lungenkrebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (männlich und weiblich)



Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

⁶⁷ Vgl. Kap. 1.2 „Sozioökonomische Lage und Gesundheit“.

Tabelle 25: Lungenkrebsmortalität in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 1988–1997¹⁾

Jahr	Männer						Frauen					
	insgesamt		< 60 Jahre		60–75 Jahre		insgesamt		< 60 Jahre		60–75 Jahre	
	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.
1988	536	69,9	135	24,3	210	242,4	276	21,2	52	8,3	112	81,39
1989	561	73,4	122	22,3	243	282,7	267	19,5	40	6,5	109	76,34
1990	572	74,5	133	23,6	228	268,3	242	17,5	37	6,1	88	64,25
1991	540	70,6	119	20,8	240	286,5	277	22,1	55	9,0	114	85,37
1992	572	75,2	124	21,6	255	301,5	303	22,9	52	8,2	120	87,73
1993	600	79,5	161	27,0	277	326,4	269	20,5	45	7,3	108	80,45
1994	529	69,2	122	19,8	259	301,9	278	21,8	60	9,1	110	80,96
1995	537	69,9	154	24,3	253	290,1	296	23,0	63	9,3	115	85,09
1996	494	63,6	165	25,2	207	238,4	289	24,2	61	8,8	130	103,1
1997	501	63,9	140	21,3	224	250,8	283	23,0	77	11,1	94	72,6
											112	123,2

1) ICD 9 162.x. Mortalität altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung).

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik 1988–1997; ÖBIG-Berechnungen

Tabelle 26: Hautkrebsmortalität in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 1988–1997¹⁾

Jahr	Männer						Frauen					
	insgesamt		< 60 Jahre		60–75 Jahre		insgesamt		< 60 Jahre		60–75 Jahre	
	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.	Fälle	Mort.
1988	64	8,6	25	4,4	23	27,0	35	2,2	4	0,6	12	7,4
1989	58	7,8	20	3,4	24	28,4	32	2,6	10	1,6	8	5,9
1990	52	7,1	20	3,6	17	20,2	37	2,9	9	1,5	13	9,2
1991	55	7,4	16	2,9	24	28,6	38	2,9	6	0,9	16	12,1
1992	65	8,6	17	2,8	28	32,6	54	4,3	13	2,1	18	13,5
1993	41	5,3	12	2,0	16	18,6	39	2,7	7	1,0	12	8,3
1994	39	5,0	12	1,8	16	19,3	55	3,9	7	1,1	23	17,1
1995	46	5,8	14	2,2	14	15,8	51	3,7	12	1,8	16	10,7
1996	33	4,1	12	1,7	11	12,3	45	3,8	10	1,5	19	16,1
1997	37	4,6	9	1,3	13	14,8	40	2,6	5	0,8	8	6,1
											19	18,8
											14	14,1
											15	15,2
											16	16,3
											23	22,9
											20	20,3
											25	25,2
											23	24,2
											16	16,5
											27	30,2

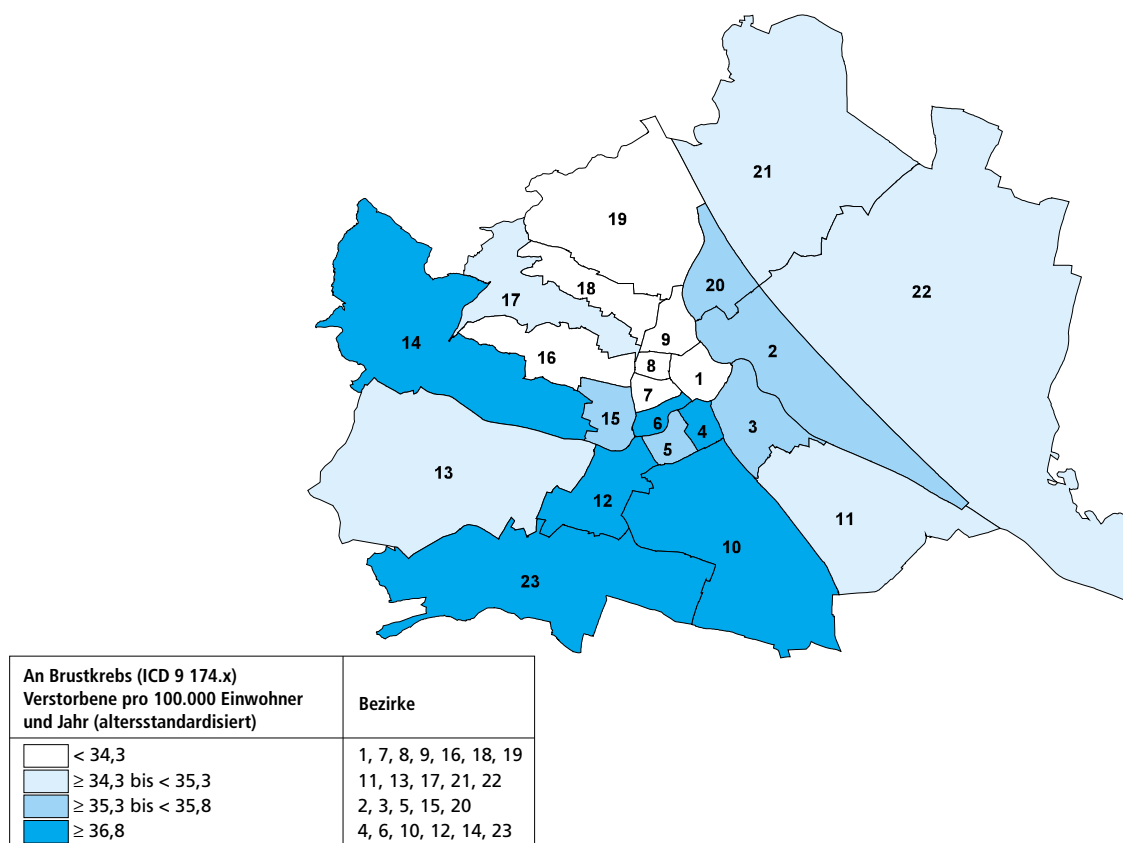
1) ICD 9 172.x, 173.x. Mortalität altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung).

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik 1988–1997; ÖBIG-Berechnungen

3.4.3.1.2 Brustkrebs

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

Grafik 26: Brustkrebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (weiblich)



Quelle: ÖSTAT–Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

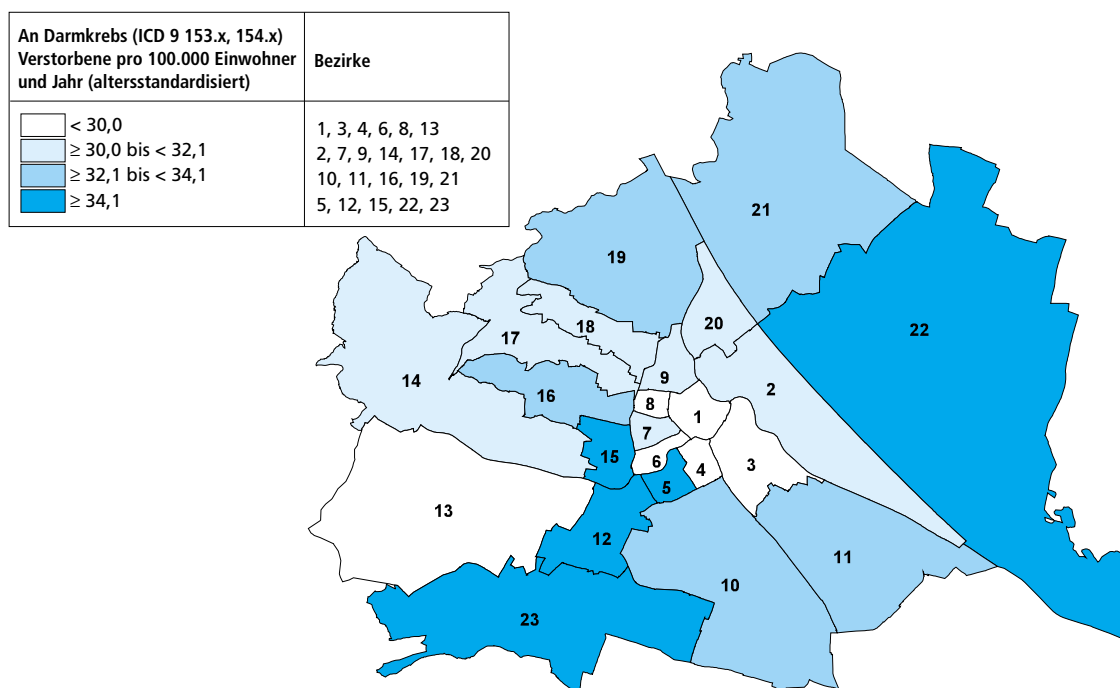
3.4.3.1.3 Darmkrebs

Die Darmkrebsmortalität ist im 5., 12., 15., 22 und 23. Bezirk erhöht. Eine auf dem 95%-Niveau statistisch gesicherte Abweichung nach oben in Bezug auf den Landesdurchschnitt weist jedoch nur der 15. Bezirk auf. In den sozioökonomisch besser gestellten Bezirken ist hingegen die Darmkrebsmortalität tendenziell niedriger.

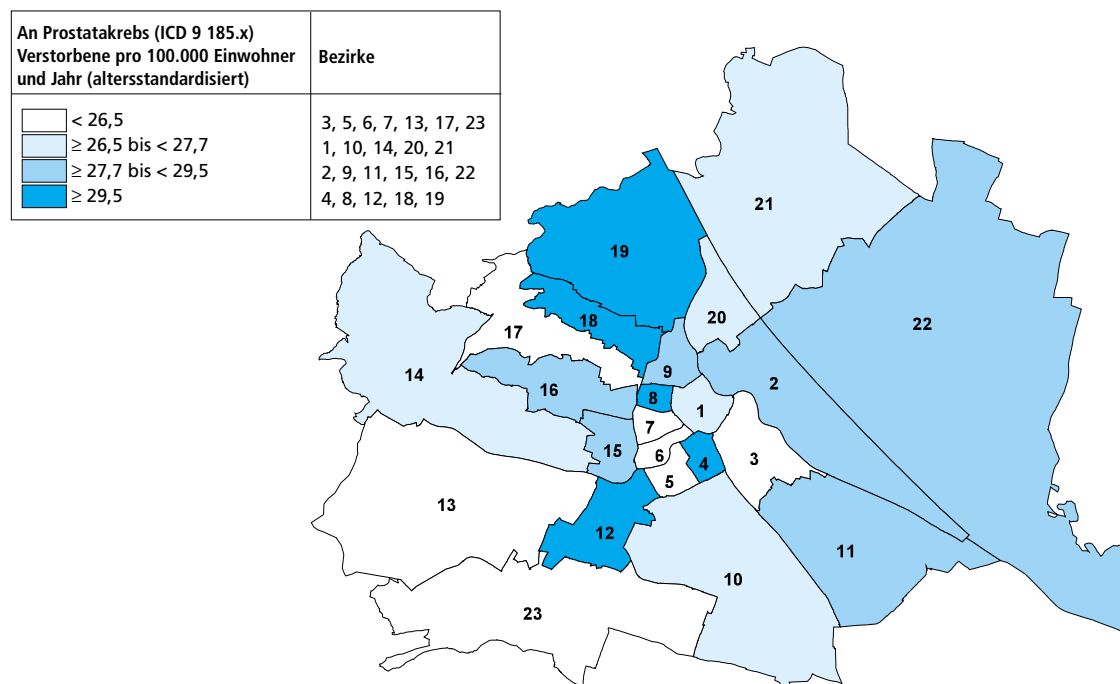
3.4.3.1.4 Prostatakrebs

In Wien starben 1998 insgesamt 228 (1997: 235) Männer an einer bösartigen Neubildung der Prostata, wobei die Prostatakrebsmortalität im Nordwesten Wiens etwas erhöht scheint. Insgesamt unterliegt sie jedoch nur geringen Schwankungen zwischen den Bezirken, sodass keine statistisch signifikanten Abweichungen vom Landesschnitt feststellbar sind.

Die Resultate liegen im Bereich der Zufallsschwankungen; mit dem vorliegenden Datenmaterial sind daher keine Hypothesen über die möglichen Ursachen prüfbar.

Grafik 27: Darmkrebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (männlich und weiblich)

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 28: Prostatakrebsmortalität (Durchschnitt 1988–1997) in Wien nach Bezirken (männlich)

Quelle: ÖSTAT – Todesursachenstatistik, ÖBIG-Berechnungen

3.5 Mentale Gesundheit/psychische Störungen

Zusammenfassung

In den beiden psychiatrischen Krankenhäusern sowie den drei Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Fachabteilung wurden 1998 rund 24.000 PatientInnen gezählt (54 % weiblich, 46 % männlich).

Die häufigsten Hauptdiagnosen bildeten auch 1998 wieder die schizophrenen Psychosen, gefolgt von den senilen und präsenilen organischen Psychosen. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen.

Während etwa im Falle der alkoholbedingten psychischen Krankheiten ein eindeutiges Überwiegen der Männer festzustellen ist, werden Psychopharmaka zu fast 70 % an Frauen verordnet. Ebenso werden Psychotherapien zum weit überwiegenden Teil von Frauen in Anspruch genommen.

Die Depression zählt zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Erschreckend daran scheint, dass 75 Prozent (!) aller PatientInnen nach einer ersten depressiven Phase wiederum erkranken. 15 bis 30 Prozent (die Schätzungen variieren) der Depressiven nehmen sich das Leben.

Auch die Schizophrenie zählt zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (ca. 1 % der Bevölkerung ist davon betroffen). Der Ausbruch dieser Krankheit erfolgt meist aufgrund einer Stresssituation in der Adoleszenz. Sie ist eine durch Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie gut behandelbare und grundsätzlich heilbare Krankheit. Als besondere Problemfelder gelten die Stigmatisierung und Diskriminierung sowohl der Erkrankten als auch ihrer Angehörigen.

Summary: Mental health/mental disturbances

In 1998, the two psychiatric hospitals and the three hospitals with psychiatric wards admitted a total of roughly 24,000 patients (54 % women, 46 % men).

Again, the most frequent primary diagnoses in 1998 included schizophrenic psychoses, followed by senile and pre-senile organic psychoses. A large share of psychological disorders derive from the abuse of, and dependence on, alcohol, medication and drugs.

While there is a clear preponderance of men regarding mental disturbances induced by alcohol abuse, almost 70 % of all psychoactive drugs are prescribed for women. Psychotherapy, too, is overwhelmingly used by women.

Depression is one of the most frequent psychiatric disorders. It is a particularly alarming feature of this disorder that 75 % (!) of all patients suffer a recurrence after the first depressive phase. 15 to 30 % (estimates vary) of depressive patients commit suicide.

Schizophrenia, too, is one of the most frequent psychiatric disorders (affecting approximately 1 % of the population). The outbreak of this disorder is usually triggered by a stress situation in adolescence. This disorder can be relatively easily treated by means of drug therapy, psychotherapy and sociotherapy and is principally curable. The stigmatisation and discrimination of both affected persons and their relatives constitute particular problems.

Bei den Selbstmorden konnte auch 1998 wieder ein Rückgang verzeichnet werden, welcher vor allem auf den drastischen Rückgang bei den weiblichen Selbstmordopfern zurückzuführen ist.

Von den 273 Menschen, die sich in diesem Jahr das Leben nahmen (altersstandardisierte Sterbeziffer: 15,3 auf 100.000 Einwohner), waren fast drei Viertel Männer (73 %) und etwas mehr als ein Viertel Frauen (27 %).

Mit zunehmendem Alter steigt das Suizidrisiko signifikant an, wenngleich – absolut gesehen – die meisten Selbstmordopfer in Wien zwischen 20 und 60 Jahre alt sind.

Bei den Suizidversuchen liegen die Schätzungen für Wien bei 5.000 pro Jahr.

Um Suizidgefährdeten zu helfen, bieten sich drei Ebenen der Suizidprävention an: generelle Suizidprävention (primäre Prävention), indirekte Suizidprävention und direkte Suizidprävention.

With respect to suicides, a decrease was again recorded in 1998, largely due to the dramatic decrease of the number of female suicide victims.

Of the 292 persons committing suicide in 1998 (age-standardised mortality rate: 15.3 per 100,000 inhabitants), nearly three fourths were men (73 %) and slightly over one fourth women (27 %).

The suicide risk increases significantly with age although, in absolute figures, most suicide victims in Vienna are aged between 20 and 60 years.

The estimated number of suicide attempts in Vienna is 5,000 per year.

To help potential suicide victims, three levels of suicide prevention are employed: general suicide prevention (primary prevention), indirect suicide prevention and direct suicide prevention.

Nur ein Teil der psychischen Störungen bzw. Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit führt zu einer klassischen psychiatrischen Behandlung. Oft bleiben derartige Störungen unerkannt oder vom Patienten und seiner Umwelt unbeachtet und werden, wenn überhaupt, eher symptomatisch behandelt (vgl. Kap. 3.5.4 Medikamentenkonsum). Ein Teil der psychischen Störungen wird bereits psychotherapeutisch behandelt.

3.5.1 Psychiatrische Behandlungen

Zu den Arbeitsgebieten der Psychiatrie zählt die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Es gilt dabei, die Ursachen körperlicher Beschwerden zu erkennen (z.B. Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Stoffwechselstörungen, hormonelle Störungen, Vergiftungen etc.) und diese einer geeigneten medizinischen Behandlung zuzuführen. Weiters werden psychische Erkrankungen auf der Basis psychopathologischer Syndrome, einer Persönlichkeitsdiagnose und der Diagnose der psychosozialen Einflussfaktoren abgeklärt. Die Behandlung und Rehabilitation erfolgt stationär und/oder ambulant und bezieht neben den Angehörigen auch Vertreter anderer Berufsgruppen mit ein (v.a. Pflegepersonal, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen).⁶⁸

⁶⁸ Nach einer Definition von Dr. Heinrich Donat, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Leiter der psychiatrischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals der Stadt Wien. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.

In Wien gibt es 2 Psychiatrische Krankenanstalten (Pflege- und Therapiezentrum Ybbs/Donau und Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe) sowie drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen (Allgemeines Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital und Donauspital).

Die beiden psychiatrischen Krankenanstalten sowie die drei Fachabteilungen zählten 1998 insgesamt fast 24.000 PatientInnen, davon war etwas mehr als die Hälfte (54 %) weiblichen Geschlechts. Insgesamt standen dem Fachbereich Psychiatrie 939 systemisierte Betten zur Verfügung.⁶⁹ Die starke Zunahme bei den stationären PatientInnen beruht auf der 1997 erfolgten Umstellung auf das LKF-Modell⁷⁰, was zu einer administrativen Umlagerung von früher ambulanten PatientInnen auf nunmehr halbstationäre PatientInnen führte.

Tabelle 27: Stationäre PatientInnen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1998

Krankenanstalt	Systemis. Betten in psychiatr. Abteilg.	Stationäre PatientInnen				
		Zugang	Abgang			
		insgesamt	entlassen	verstorben	transf.	zusammen
AKH	140	1.811	1.734	1	33	1.786
Kaiser-Franz-Josef-Spital	50	1.102	997	1	71	1.069
PKH Baumgartner Höhe	524	18.549	18.123	29	385	18.537
Donauspital	80	1.558	1.447	8	53	1.508
Pflege- und Therapiezentrum Ybbs/Donau	145	960	946	1	22	969
insgesamt	939	23.980	23.247	40	564	23.851
davon:						
weiblich		13.007	12.566	22	322	12.910
männlich		10.973	10.681	18	242	10.941

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, bearbeitet von MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien

3.5.1.1 Abgangsdagnosen

Die Tabelle zu den **Abgangsdagnosen** der PatientInnen aus dem Fachbereich Psychiatrie der oben genannten 5 Wiener Krankenanstalten zeigt die Häufigkeit der erstellten Hauptdiagnosen beim Verlassen des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Abteilung. Nicht enthalten in dieser Statistik sind jedoch die Diagnosen der stationären PatientInnen.

Hinsichtlich der Reihenfolge nach Diagnosehäufigkeit hat sich im Vergleich zum Vorjahr nichts geändert. Die bei weitem häufigsten Hauptdiagnosen waren auch 1998 **schizophrene Psychosen**, gefolgt von den **senilen und präsenilen organischen Psychosen**. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von **Alkohol, Medikamenten und Drogen** (Alkohol- und Drogenpsychosen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit sowie Drogen- und Medikamentenmissbrauch auch ohne Abhängigkeit), wobei in all diesen Fällen die Männer mit fast drei Viertel überwiegen (2.460 von insgesamt 3.358). Außerdem ist im Vergleich zum Vorjahr bei dieser Patientengruppe eine Steigerung von über 60 Prozent in der Diagnosehäufigkeit festzustellen!

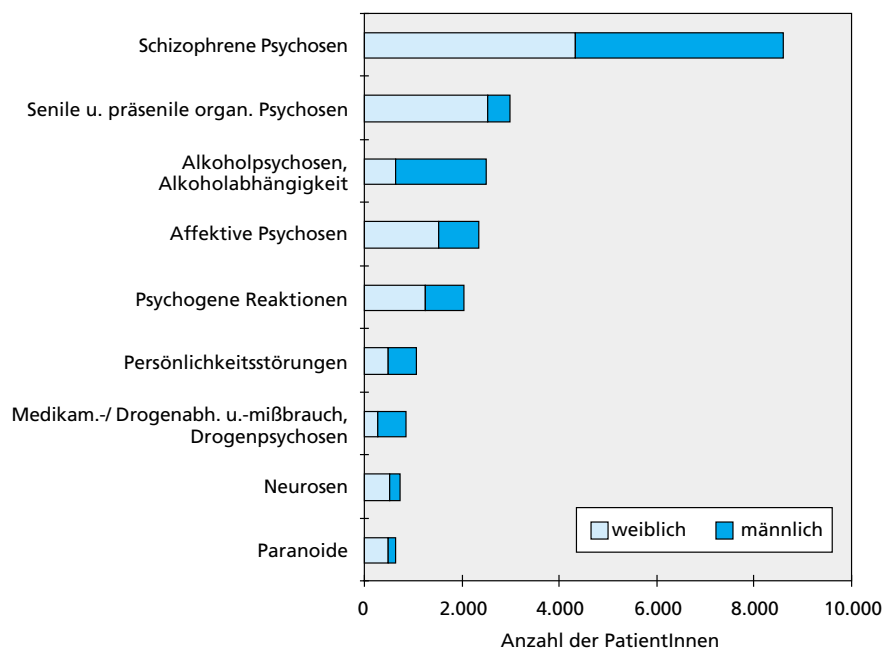
⁶⁹ Vgl. auch Abschnitt X (Gesundheitliche Versorgung).

⁷⁰ Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung. Siehe dazu auch Abschnitt IX.

Frauen sind hingegen bei den affektiven Psychosen, den paranoiden Syndromen, den Neurosen, den psychogenen Reaktionen (v.a. bei den so genannten Anpassungsstörungen) sowie den speziellen, nicht anderweitig klassifizierbaren Symptomen und Syndromen stärker vertreten. Dies scheint jedoch nicht nur auf rein psycho-biologische Ursachen zurückzuführen sein, sondern vor allem auch auf soziologische Faktoren unserer Gesellschaft. Darüber hinaus ist der höhere Anteil von weiblichen Patienten bei den senilen und präsenilen Psychosen unter anderem durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt.

Anzumerken ist, dass vor allem im Bereich der Psychiatrie die starke Zunahme im Vergleich zu den Jahren vor 1997 auf die Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) zurückzuführen ist (Umlagerung vom ambulanten in den halbstationären Bereich) und nicht auf eine erhöhte Morbidität.

Grafik 29: Häufigste Abgangsdagnosen im Fachbereich Psychiatrie nach Geschlecht, 1998



Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 28: Abgangsd Diagnosen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1998

ICD-9-Code (KRAZAF) ¹⁾	Hauptdiagnose	Patient		insgesamt
		weiblich	männlich	
290	Senile und präsenile organische Psychosen	2.524	474	2.998
291	Alkoholpsychosen	151	259	410
292	Drogenpsychosen	7	60	67
293	Vorübergehende organische Psychosen	74	98	172
294	Andere (chronische) organische Psychosen	37	88	125
295	Schizophrene Psychosen	4.324	4.260	8.584
296	Affektive Psychosen	1.526	822	2.348
297	Paranoide Syndrome	474	159	633
298	Andere nichtorganische Psychosen	356	124	480
299	Typische Psychosen des Kindesalters	1	38	39
300	Neurosen	515	205	720
301	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)	486	590	1.076
302	Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	-	1	1
303	Alkoholabhängigkeit	484	1.609	2.093
304	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	222	478	700
305	Drogen- u. Medikamentenmissbrauch auch ohne Abh.keit	34	54	88
306	Körperl. Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	7	7	14
307	Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome und Syndrome	54	4	58
308	Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	389	330	719
309	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	850	471	1.321
310	Spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen	55	252	307
311	Anderw., nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	27	12	39
312	Anderw., nicht klassifizierbare Störungen d. Sozialverhalt.	67	149	216
313	Spezif. emotionale Störungen d. Kindes- u. Jugendalters	1	-	1
314	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	-	-	-
315	Umschriebene Entwicklungsrückstände	-	-	-
316	Anderweitig klassifizierbare Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne)	-	1	1
317	Leichter Schwachsinn	81	290	371
318	Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	24	33	57
319	Nicht näher bezeichneter Schwachsinn	7	1	8
345	Epilepsie	6	14	20
XXX	Nur Nebendiagnose psychische Störungen	59	43	102
000	Frei von psychischen Störungen	67	16	83
zusammen		12.909	10.942	23.851

1) ICD-9-KRAZAF = Internationale Klassifikation der Krankheiten nach ICD 9, Revision/WHO/KRAZAF-Version

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

3.5.2 Depressionen

Immer mehr Menschen leiden an Depressionen. In Österreich sind es rund 800.000 Personen, die über die klassischen Symptome Traurigkeit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit klagen. Nach Studien der WHO zählen in etwa 15 Jahren Depressionen neben Krebs und Herz-Kreislauf-Problemen zu den am meisten verbreiteten Erkrankungen weltweit. Trotz dieser Entwicklungen sind die Vorurteile gegen Depressionen in Österreich noch immer sehr hoch. So etwa werden Depressionen häufig als „Charakterstörung“ oder „persönliche Fehlhaltung“ und nicht als Krankheit beurteilt.

Bei Frauen treten Depressionen weitaus häufiger auf als bei Männern. Das Verhältnis liegt bei etwa 60 zu 40. Verantwortlich dafür dürften neben sozialen Faktoren unter anderem auch hormonelle Einflüsse sein. Frauen nehmen weiters nicht nur häufiger Psychotherapien in Anspruch, sie schlucken auch mehr Tabletten (v.a. Psychopharmaka, Beruhigungsmittel etc.)

Erschreckend daran scheint, dass 75 Prozent (!) aller PatientInnen nach einer ersten depressiven Phase wiederum erkranken (sehr hohe Rückfallquote). Die Depression ist aber auch eine tödliche Erkrankung: 15 bis 30 Prozent dieser PatientInnen – die Schätzungen variieren – nehmen sich irgendwann einmal das Leben.

Innerhalb der psychiatrischen Krankheiten zählen Depressionen mit etwa 17 Prozent Lebenszeitprävalenz (das ist die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit innerhalb der gesamten Lebenszeit) zu den häufigsten Erkrankungen. Obwohl die Hälfte davon gering- bis mäßiggradig ausgeprägt ist, erreichen auch etliche davon klinische und volkswirtschaftliche Relevanz.

3.5.2.1 Begriff

„Der Begriff Depression“, so Chefarzt Dr. Stephan Rudas, „kann bestimmte Symptome oder eine Krankheit bezeichnen, die in leichter, mittlerer und schwerer Form auftreten können. Depression bedeutet Lustlosigkeit, gedrückte Stimmung, Verlust an Interesse und Freude, Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit, Einschränkung der Aktivitäten, häufig sozialer Rückzug sowie Durchschlafstörungen mit Schlafverkürzung, Appetit- und Verdauungsstörungen u.a.“

„Bipolare affektive Störung“ (MDK) ist der moderne Begriff für die manisch-depressive Erkrankung, die durch das phasenhafte Auftreten von abnormen Stimmungszuständen gekennzeichnet ist. Es handelt sich dabei um eine typische Langzeiterkrankung, die bei fehlender Behandlung die psychische Stabilität der Patienten stark beeinträchtigt. Besonders davon betroffen ist das Familienleben (erhöhte Scheidungsrate) und das Berufsleben (Arbeitsplatzverlust). Das Suizidrisiko ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht.

Der Krankheitsverlauf einer bipolaren affektiven Störung kann darüber hinaus durch das Auftreten von psychischen Begleiterkrankungen (wie Panikanfälle, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus) kompliziert werden. Auch die hohe Rückfallgefahr bleibt immer vorhanden. Die erstmaligen Krankheitsausbrüche häufen sich zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Im Gegensatz zur monopolen Depression scheinen von der bipolaren affektiven Störung Männer wie Frauen annähernd gleich betroffen zu sein.

Zum Unterschied von der „bipolaren affektiven Störung“ gibt es auch die **„monopolare“ oder „unipolare Depression“**. Von dieser sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Für beide Ausprägungen der Depression werden als **Ursache** sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren im Sinne einer Disposition angenommen, die spontan oder in Verbindung mit belastenden Lebensereignissen zu einer Störung im Neurotransmitterhaushalt führen.

3.5.2.2 Behandlung

Die **Behandlung** der bipolaren affektiven Störung unterscheidet sich sehr stark von der Behandlung der monopolen Depressionen. Von großer Bedeutung ist daher die Durchführung einer Familienanamnese. Bipolare Störungen erfordern eine Langzeitbehandlung mit phasenprophylaktischen Medikamenten und Antidepressiva. Trotz der hohen Anzahl der Verordnungen von Psychopharmaka werden aber noch immer 80 Prozent der PatientInnen nicht adäquat behandelt!

Darüber hinaus ist eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation nur im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext des Patienten/der Patientin möglich (Mitberücksichtigung der Beschäftigung, des Wohnens und des sozialen Umfeldes).

Biologische, psychologische und soziale Hilfen sind nach Prim. Dr. Marion Kalousek gleichwertig zu berücksichtigen und müssen durch verschiedene TherapeutInnen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen etc.) unter Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen bewältigt werden. Die **Linie der Neuen Wiener Psychiatrie** und damit das **Konzept der Psychosozialen Dienste Wien** sind untrennbar verbunden mit der Integration von biologischen, psychischen und sozialen Aspekten als Leitlinie für die Behandlung und Rehabilitation von psychisch Kranken. Dies gilt natürlich insbesondere auch bei depressiven Kranken (Kombination von Psychotherapie UND Pharmatherapie).

3.5.2.3 Risikofaktor Alter?

Wenngleich Alter allein keinen unmittelbaren Risikofaktor für die Ausbildung einer Depression darstellt, so treten doch eine Reihe von Auslösefaktoren – wie z.B. belastende Lebensereignisse (körperliche Erkrankungen oder soziale Ereignisse wie Tod des Lebenspartners) – gehäuft im Alter auf. Ca. 11 bis 18 Prozent der über 60-Jährigen, so Dr. Rudas, entwickeln eine Depression, wobei diese Zahl vermutlich sogar zu niedrig gegriffen ist, da ältere Menschen dazu neigen, depressive Beschwerden zu dissimulieren. Häufig taucht dabei auch noch das Problem der Überlappung körperlicher Symptome einer Depression mit den Symptomen einer vorhandenen körperlichen Erkrankung auf.

Neben körperlichen Auslösefaktoren spielen aber auch psychologische Faktoren und psychosoziale Konflikte im höheren Lebensalter eine große Rolle. Typische psychosoziale Konflikte im Alter sind z.B. das Gefühl des Verlassenwerdens durch die Kinder, der Sinnlosigkeit des Lebens ohne Arbeit und Beschäftigung sowie nicht (psychotherapeutisch) bewältigte posttraumatische Störungen (wie z.B. bei Opfern von Kriegsereignissen, Konzentrationslagern, Gewaltdelikten u.Ä.), die vor Jahren erlebte traumatisierende Situationen neuerlich in Form von schweren depressiven Verstimmungen, verbunden mit Verfolgungs- und Vernichtungsgefühlen, auftreten lassen können.

Es besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, dass es von klinischer Seite keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür gibt, dass im höheren Lebensalter grundsätzlich eine andere Art von Depression auftritt. Es erscheint jedoch nahe liegend, dass das klinische Erscheinungsbild der Depression im höheren Lebensalter durch eine Reihe altersgebundener Faktoren beeinflusst werden kann:

- Überschneidung mit körperlichen Krankheiten und Neigung zur Entwicklung von körperlich wahrgenommenen Beschwerden,
- Verminderung von geistigen Leistungen (wie Nachlassen der Konzentration und Merkfähigkeit u.a.), ohne dass gleichzeitig eine Demenz vorliegt,
- Bagatellisierung depressiver Symptome,
- „Spät“-Alkoholismus (v.a. bei den Männern),
- Medikamentenmissbrauch (v.a. bei den Frauen).

3.5.2.4 Sterbehäufigkeit und Suizidalität

Die **Sterbehäufigkeit** bei Depressiven im höheren Lebensalter ist deutlich höher, als durch körperliche Begleiterkrankungen erklärt werden kann. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen mit spätem Beginn und für das männliche Geschlecht. So werden Herzgefäßerkrankungen als Todesursache bei diesen Patienten häufiger diagnostiziert als bei nicht depressiven alten Patienten.

Vor allem aber stellt das Problem der **Suizidalität** im Rahmen von Depressionen im höheren Lebensalter ein besonderes Problem dar. Neben modernen psychopharmakologischen, d.h. antidepressiven Behandlungsmöglichkeiten kommt, so Dr. Rudas, der Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie) sowie der Einbeziehung der Angehörigen ein besonderer Stellenwert zu. Auch müssen die im höheren Lebensalter angewandten psychotherapeutischen Verfahren individuell einer möglichen Sinnesbehinderung (Seh- und Hörminderung) bzw. einer allfälligen leichten Verlangsamung psychischer Funktionen (verbunden mit Konzentrations- und Merkfähigkeitsminderung u.a.) angepasst werden – z.B. durch kürzere und häufigere Therapiegespräche.

3.5.2.5 Gesundheitspolitische Maßnahmen

Nach dem neuesten Stand der Forschung kann gesagt werden, dass Depressionen im höheren Lebensalter einer sorgfältigen Diagnostik und Behandlung bedürfen. Vor allem aber muss die Behandlung und Hilfestellung in einem ganzheitlichen Sinn den individuellen körperlichen und psychosozialen Aspekten des Patienten angepasst werden. Es zählt dabei zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben, älteren Menschen mit depressiven Erkrankungen den Zugang zu modernen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sowie zur Psychotherapie und anderen soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen und zu erleichtern.

Ebenso wichtig erscheint aber auch ganz allgemein die Förderung des Verständnisses für diese Krankheit (denn es ist eine Krankheit, keine persönliche Fehlhaltung!) sowohl beim Patienten als auch in dessen sozialem Umfeld bzw. in der Gesellschaft allgemein. Ferner gilt es, frühe Krankheits-symptome erkennen zu lernen.

3.5.3 Schizophrenie

Schizophrenie gehört laut WHO zu den 10 Hauptursachen für den Verlust von Lebensjahren aufgrund von Behinderung weltweit (Disability-adjusted life years, DALYs, WHO-Bericht). Es geht jedoch für den Patienten nicht nur um die verlorenen Lebensjahre, denn: Es ist nicht nur wichtig, WIE LANGE man lebt, sondern vor allem, WIE man lebt.

Es handelt sich bei der Schizophrenie um eine schwer wiegende psychische Störung bzw. Erkrankung, in deren Verlauf es zu Halluzinationen, veränderter Wahrnehmung sowie zu sozialem Rückzug und Antriebslosigkeit kommen kann. Beeinträchtigt wird dabei – in Akutsituationen – vor allem die Fähigkeit zu erkennen, was real ist, Gefühle zu kontrollieren, klar zu denken, Urteile zu fällen und zu kommunizieren. Wahnvorstellungen, akustische Halluzinationen, Stimmen, die zum Kranken sprechen, und Verfolgungswahn sind einige Symptome von akuter Schizophrenie. Die Wahrnehmung ist dabei oft so stark verändert, dass alltägliche Situationen unheimliche Bedeutung erhalten können bzw. irrelevante Züge eines gewöhnlichen Gegenstandes wichtiger erscheinen als das gesamte Objekt.

Entgegen der allgemeinen Auffassung ist ein Großteil der an Schizophrenie erkrankten Personen über weite Strecken des Lebens fähig, zu dieser Krankheit Distanz zu halten und an sozialen Prozessen teilzunehmen. Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist nur in akuten Erkrankungsepisoden notwendig. Dies ermöglichen zunehmend wirksamere Medikamente (Antipsychotika) in Verbindung mit psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen. Aus diesem Grund ist auch die Bekämpfung der Diskriminierung der Betroffenen und deren Angehörigen von besonderer Bedeutung.

3.5.3.1 Verbreitung

Schizophrenie ist weltweit sehr verbreitet. Etwa 1 Prozent der Bevölkerung ist von dieser Erkrankung betroffen.

Im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten wurden im Berichtsjahr 1998 insgesamt 8.584 Hauptdiagnosen „schizophrene Psychose“ gestellt. Die Häufigkeit war dabei zwischen den beiden Geschlechtern annähernd gleich verteilt (50,4 % weibliche Patienten, 49,6 % männliche). Da leider keine personenbezogene Codierung vorliegt, kann keine Aussage über die Anzahl der PatientInnen gemacht werden.

Insgesamt bilden die schizophrenen Psychosen die mit Abstand häufigsten Abgangsdagnosen im Bereich Psychiatrie.

3.5.3.2 Ursachen, Verlauf und Behandlung

Der Ausbruch dieser Krankheit erfolgt meist in der Adoleszenz (Haupterkrankungszeit), wobei Frauen etwa 4 Jahre später erkranken als Männer. (Es wird angenommen, dass Östrogene eine gewisse Schutzfunktion haben.) Genaue Ursachen sind nicht bekannt; das Zusammentreffen mehrerer Faktoren scheint jedoch das Erkrankungsrisiko einer Person zu erhöhen. Wenngleich eine genetische Disposition vorliegt (Erkrankungsrisiko zehnmal häufiger), so erkranken doch 90 Prozent der Nachkommen von Verwandten mit schizophrenen Erkrankungssymptomen nicht. Weiters können Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt bei der Ausformung einer Prädisposition des Neugeborenen eine Rolle spielen (eventuell neuronale Entwicklungsstörung).

Die Zeit des Beginns der Krankheit im späteren Leben hängt vom Ausmaß der Vulnerabilität (Verletzlichkeit) und der Auslösung durch Stresssituationen ab. Der Stress kann dabei biologischer (z.B. Missbrauch halluzinogener Drogen) oder sozialer Art (z.B. Eintritt in den Militärdienst) sein. Es besteht wie gesagt auch ein gewisser Erbfaktor, aber es handelt sich nicht um eine einfach vererbte Krankheit.

Es gibt verschiedene Formen der Schizophrenie. Die häufigste ist die paranoide Schizophrenie, welche durch Verfolgungswahn und Halluzinationen gekennzeichnet ist. Es gibt aber auch die Hebephrenie, die katatone Schizophrenie und die Schizophrenia simplex.

Schizophrenie ist nicht nur eine durch Psychotherapie und Soziotherapie gut behandelbare Krankheit, sondern auch grundsätzlich heilbar: Etwa ein Drittel aller Erkrankten wird wieder völlig gesund, ein weiteres Drittel zumindest weitgehend gesund.

Über 50 Prozent der Betroffenen haben keine dauerhafte schwerere Beeinträchtigung. Etwa ein Drittel zeigt einen progredienten Verlauf mit zunehmender Verschlechterung der Krankheit.

Neue Antipsychotika tragen heute dazu bei, die Behandlung effizient und nebenwirkungsarm durchführen zu können. Ein Krankenhausaufenthalt ist nur mehr in Akutsituationen notwendig. Für den Erfolg der therapeutischen Bemühungen ist jedoch – so Professor Dr. Heinz Katschnig – die Integration von pharmakologischen, psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen essenziell; dies gilt insbesondere für die Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und Angehörigen.

3.5.3.3 Diskriminierung und Stigmatisierung

Jemand, der an einer Schizophrenie leidet, leidet nicht nur an dieser Krankheit – und das ist schon schlimm genug –, sondern auch darunter, dass die nähere und weitere Umgebung falsche Vorstellungen von dieser Krankheit hat („gespaltene Persönlichkeit“, „unheilbar“). Diese falschen Vorstellungen tragen wesentlich dazu bei, dass die Betroffenen diskriminiert werden. Die Bekämpfung des Stigmas – die Unterstützung der Betroffenen auf der individuellen Ebene und die Bekämpfung des Stigmas auf der gesellschaftlichen Ebene (z.B. in den Medien) – gilt deshalb als eine essenzielle psychosoziale Maßnahme bei der Schizophrenie.

3.5.3.4 Finanzierung und gesundheitspolitische Maßnahmen

Die Finanzierung psycho- und soziotherapeutischer Maßnahmen ist in Österreich nicht gesichert, obwohl sie teure Krankenhauskosten reduzieren helfen.

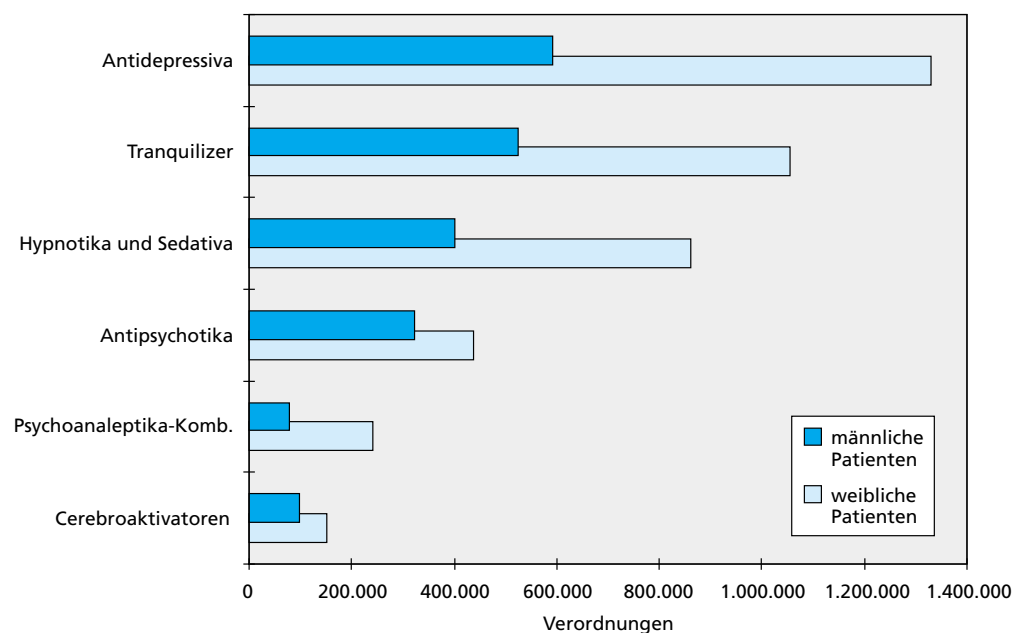
Professor Dr. Katschnig: „Zwar sind die österreichischen Krankenkassen bei der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie großzügig – großzügiger als viele andere europäische Länder – und sind auch bereit, Psychotherapie im engeren Sinn in einem gewissen Ausmaß zu finanzieren; die hochwirksamen, aber komplexen soziotherapeutischen Maßnahmen werden jedoch von den Krankenkassen nicht finanziert, obwohl erwiesen ist, dass gerade sie zur Rückfallsprophylaxe und damit zur Reduktion der Krankenhauskosten entscheidend beitragen.“

3.5.4 Medikamentenkonsum

Vom Institut für Medizinische Statistik wurden im Jahr 1998 für ganz Österreich rund 6 Mio. Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exklusive Antiadiposita) im niedergelassenen Bereich registriert. Rund 70 Prozent der Medikamente werden weiblichen Patienten verordnet. 20 Prozent entfallen auf Verordnungen aufgrund von Schlafstörungen (v.a. Hypnotika und Sedativa).

Die Verordnungen von Antipsychotika (früher Neuroleptika) sind zwar zahlenmäßig enorm, doch wird ein Großteil der psychisch kranken Personen noch immer nicht adäquat versorgt.⁷¹

Grafik 30: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Geschlecht, Österreich 1998



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

⁷¹ Vgl. vorhergehendes Kapitel über Depressionen.

Tabelle 29: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾, Österreich 1998²⁾

Medikament	Patient					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	absolut	in %
Antidepressiva	1.331.215	69,2	592.627	30,8	1.923.842	31,5
Tranquilizer	1.056.090	66,8	524.739	33,2	1.580.829	25,9
Hypnotika und Sedativa	862.408	68,2	401.640	31,8	1.264.048	20,7
Antipsychotika	437.888	57,5	323.364	42,5	761.252	12,5
Psychoanaleptika-Komb.	240.155	75,2	79.408	24,8	319.563	5,2
Cerebroaktivatoren	152.168	60,4	99.562	39,6	251.730	4,1
Neurotonika	4.256	63,5	2.451	36,5	6.706	0,1
insgesamt	4.084.180	66,9	2.023.790	33,1	6.107.970	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

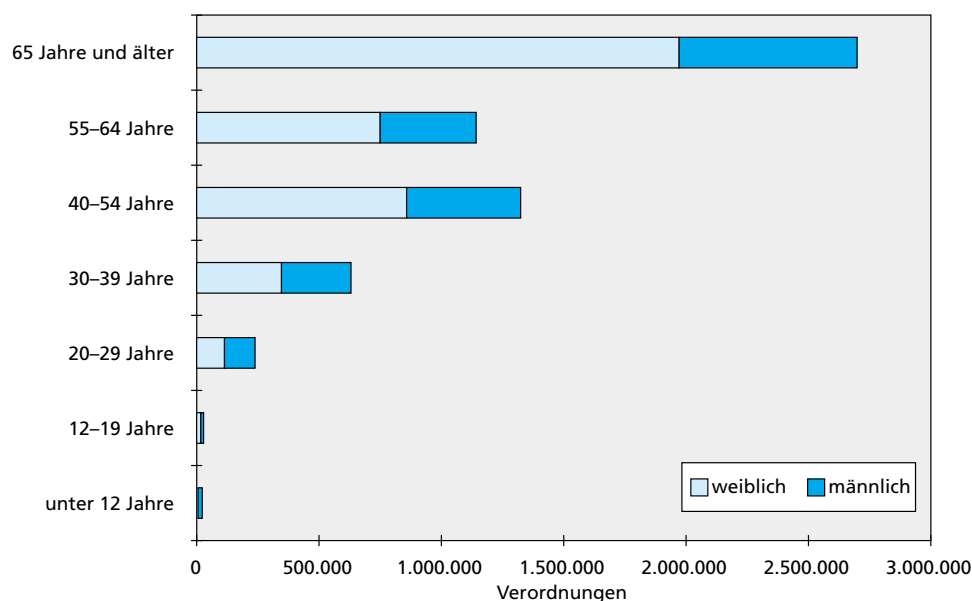
2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Eine Aufschlüsselung der Verordnungen von Psychopharmaka nach **Altersgruppen** zeigt deutlich die Altersabhängigkeit des Medikamentenkonsums: Wenngleich eine mehr oder weniger kontinuierliche Zunahme in der Verordnungshäufigkeit mit steigendem Alter festzustellen ist, so lässt sich doch etwa ab dem 40. Lebensjahr ein sprunghafter Anstieg ausmachen. Besonders drastisch ist der Anteil jedoch bei den älteren PatientInnen ab einem Alter von 65 Jahren: 44 Prozent aller Verordnungen entfallen auf diese Altersgruppe.

Interessant erscheint, dass – wenngleich gemessen an den Prozentwerten des Marktanteiles sehr gering – bereits unter 12-Jährige Psychopharmaka verordnet bekommen, und zwar beginnend im Säuglingsalter (insgesamt rund 20.400 Verordnungen an Kinder unter 12 Jahren in Österreich). Und hier überwiegen – als einzige Ausnahme – die Knaben mit zwei Dritteln vor den Mädchen (13.546 Verordnungen an Knaben, 6.810 an Mädchen).

Grafik 31: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Altersgruppen, Österreich 1998

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 30: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾ nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998²⁾

Altersgruppen	Patienten					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾
unter 1 Jahr	708	41,8	988	58,2	1.695	0,0
1– 4 Jahre	1.856	25,9	5.304	74,1	7.160	0,1
5–11 Jahre	4.246	36,9	7.254	63,1	11.500	0,2
12–19 Jahre	17.960	59,8	12.071	40,2	30.031	0,5
20–29 Jahre	112.662	46,9	127.309	53,1	239.971	3,9
30–39 Jahre	348.157	55,4	280.076	44,6	628.233	10,3
40–54 Jahre	856.879	64,7	468.116	35,3	1.324.995	21,7
55–64 Jahre	750.539	65,9	389.118	34,1	1.139.657	18,7
65 Jahre und älter	1.970.163	73,0	728.155	27,0	2.698.318	44,2
Alter unbekannt	21.010	79,6	5.399	20,4	26.409	0,4
insgesamt	4.084.180	66,9	2.023.790	33,1	6.107.970	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

3.5.4.1 Diagnose: Schlafstörungen

Bei der Diagnose „Schlafstörungen“ wurden auch 1998 im niedergelassenen Bereich meist **Psycholeptika** (Hypnotika und Sedativa, Tranquilizer, Antipsychotika) und **Psychoanaleptika** verordnet. Wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, werden all diese Medikamente zu fast 70 Prozent Frauen verordnet. Mit Abstand dominieren hierbei die Hypnotika und Sedativa, gefolgt von den Tranquilizern.

In Anbetracht der zunehmenden Verbreitung des Wissens über komplementärmedizinische Methoden und der Möglichkeit psychotherapeutischer Behandlungen erstaunt es, dass nach wie vor in Bereichen wie diesen Psychopharmaka – noch dazu in diesem enormen Ausmaß – eingesetzt werden.

Tabelle 31: Diagnose Schlafstörungen: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾, Österreich 1998²⁾

Medikament	Patient					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾
Hypnotika und Sedativa	505.526	60,7	234.217	61,8	739.742	61,1
Tranquilizer	246.287	29,6	97.212	25,7	343.499	28,4
Antipsychotika	51.935	6,2	31.429	8,3	83.363	6,9
Antidepressiva	18.568	2,2	11.141	2,9	29.708	2,5
Psychoanaleptika-Komb.	9.606	1,2	4.624	1,2	14.230	1,2
Cerebroaktivatoren	302	0,0	315	0,1	617	0,1
insgesamt	832.224	100,0	378.937	100,0	1.211.161	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

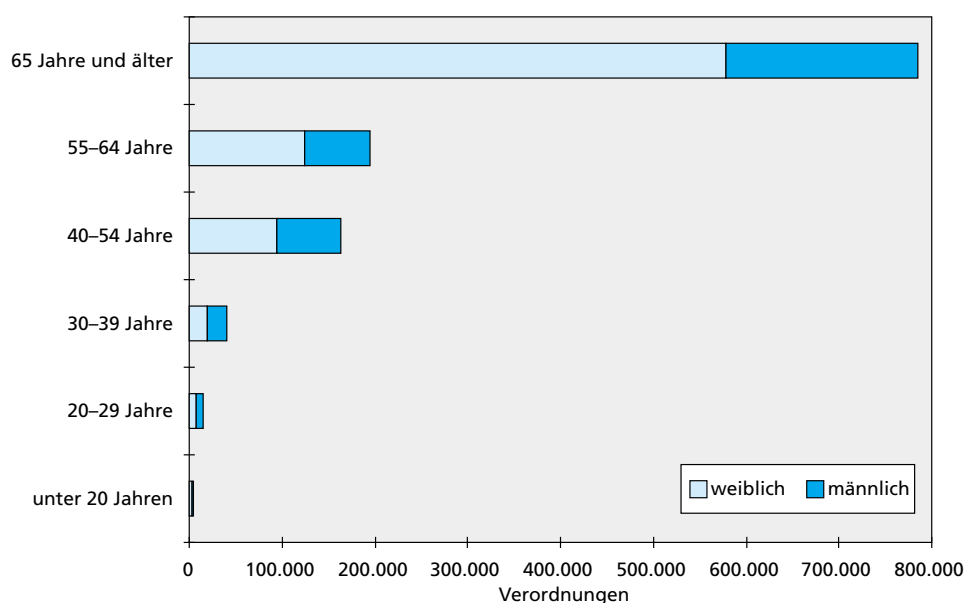
3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Eine Analyse nach **Altersgruppen** zeigt bei der älteren Personengruppe eine noch drastischere Situation als bei den Verordnungen von Psychopharmaka allgemein: 65 Prozent aller Medikamente gegen Schlafstörungen werden – insbesondere weiblichen – Personen verordnet, welche 65 Jahre und älter sind.

Auch hier ist etwa ab dem 40. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg in der Verordenshäufigkeit zu erkennen. Der größte Sprung ist jedoch um das 65. Lebensjahr festzustellen.

Grafik 32: Diagnose Schlafstörungen: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Altersgruppen, Österreich 1998



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 32: Diagnose Schlafstörungen: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾ nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998²⁾

Altersgruppen	Patienten					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾
unter 1 Jahr	350	0,0	673	0,2	1.023	0,1
1– 4 Jahre	98	0,0	1.371	0,4	1.469	0,1
5–11 Jahre	1.068	0,1	357	0,1	1.425	0,1
12–19 Jahre	1.053	0,1	–	–	1.053	0,1
20–29 Jahre	7.443	0,9	7.023	1,9	14.466	1,2
30–39 Jahre	19.426	2,3	21.633	5,7	41.059	3,4
40–54 Jahre	95.094	11,4	68.593	18,1	163.687	13,5
55–64 Jahre	124.996	15,0	70.058	18,5	195.054	16,1
65 Jahre und älter	577.964	69,4	207.379	54,7	785.343	64,8
Alter unbekannt	4.732	0,6	1.850	0,5	6.582	0,5
insgesamt	832.224	100,0	378.937	100,0	1.211.161	100,0

1) Exklusive Antiadiposita.

2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

3.5.5 Psychotherapien

Eine immer häufigere, jedoch nach wie vor sehr von der Bildungsschicht der Betroffenen abhängige Art der Hilfe bei der Bewältigung psychischer Störungen bzw. bestimmter Probleme im Leben des Einzelnen stellt die Inanspruchnahme von Psychotherapien dar. Die Krankenkassen gewähren hier zwar finanzielle Unterstützung, dennoch werden nicht alle Therapien über die Krankenkasse abgewickelt. Bedenken gegen den Datenschutz bzw. eventuelle Schwierigkeiten im Berufsleben sind dafür ebenso ausschlaggebend wie die eigenen Vorurteile, mit der Öffentlichmachung als „psychisch krank“ oder gar „verrückt“ abgestempelt zu werden. Nach wie vor wird in breiten Bevölkerungskreisen das Berufsbild des Psychologen bzw. des Psychotherapeuten mit dem des Psychiaters gleichgesetzt.⁷²

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 zu einer angstfreien Existenz. Die Anwendung der Psychotherapie reicht von der Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten über die Hilfe bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen und Lebenskrisen bis zur Supervision in Arbeitszusammenhängen.⁷³

Ziel ist es, die Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern, bestehende psychische und körperliche Krankheiten – auch in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – zu heilen oder zu lindern. **Psychotherapie** wirkt demnach therapierend (kurativ) und vorbeugend (präventiv).

Wesentlich für die **psychotherapeutische Beziehung** ist das Gespräch zwischen KlientIn und TherapeutIn. Gezielte Übungen können unterstützend verwendet werden, die je nach Methode der Psychotherapie verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch, im Sinne eines fixen, systematischen Programmes aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankung, Lebenskrisen, Beziehungsproblemen) von Nutzen.

3.5.5.1 Indikation

Psychotherapie ist angezeigt, wenn Beschwerden seelisch bedingt sind, Zusammenhänge mit Belastungen oder Krisen erkennbar sind oder damit in Zusammenhang gebracht werden können. Beispiele dafür können etwa sein:

- Partnerschaftsprobleme (Trennung, sexuelle Störungen, Lebenskrisen, ...)
- Stress und Konzentrationsstörungen
- Familienprobleme (Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen etc.)
- Ängste, die die Lebensqualität einschränken
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
- Funktionelle Störungen, die keine organische Ursache haben (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, sexuelle Störungen, Herzbeschwerden, Schlafstörungen)
- Psychosomatische Erkrankungen
- Depressionen
- Süchte (Abhängigkeiten)
- Alle Erkrankungen, die im ICD-9 aufgelistet sind

⁷² Die Psychologie beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Erforschung des Verhaltens und der psychischen Vorgänge. Die Psychiatrie ist eine Fachdisziplin der Medizin und hat die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit seelischen Erkrankungen zur Aufgabe. (Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.)

⁷³ Nach einer Definition von Dr. Alfred Pritz, Psychotherapeut und Präsident des österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.

3.5.5.2 Methoden

Die Methoden der Psychotherapie sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Methoden und Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt.⁷⁴

In Österreich, insbesondere aber in Wien, der Geburtsstadt Sigmund Freuds, genießt die analytische Schule noch immer das höchste Ansehen bzw. die größte Verbreitung. Dies zeigt sich unter anderem auch in den von der Wiener Gebietskrankenkasse bewilligten Anträgen bzw. den verrechneten Behandlungen, von denen der Großteil analytisch orientierte Therapieformen betrifft. Die nächstgrößten Gruppen stellen verschiedene Formen der Gestalttherapie sowie Formen der Gesprächstherapie dar.

Auffallend ist, dass von etwa 261.500 genehmigten Behandlungen im Berichtsjahr 1998 nur rund 163.000 (62 %) tatsächlich konsumiert wurden. Neben dem finanziellen Aspekt (nur ein Teil der Ausgaben wird von der Krankenkasse vergütet) dürften dafür psychologische Hemmschwellen, Schamgefühle und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Psychotherapien (häufig gleichgesetzt mit psychiatrischen Behandlungen) mit ausschlaggebend sein. Auch persönliche Verleugnungstendenzen bzw. das Nicht-Wahrhaben-Wollen von „Problemen“ dürften eine nicht geringe Rolle spielen.

Tabelle 33: Psychotherapien: Bewilligte Anträge (WGKK) und konsumierte Behandlungen 1998¹⁾

Therapiemethode	Neue Anträge		Genehmigte Behandlungen ²⁾		Konsumierte Behandlungen		Differenz	
	Sitzungsart							
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
Analytisch orientierte Therapie	52	1.224	1.806	45.430	541	32.126	1.265	13.304
Psychoanalyse	4	615	200	23.409	113	22.428	87	981
Analytische Psychologie		1	200	39	9	32	191	7
Individualpsychologie	5	276	3.147	10.617	1.623	7.455	1.524	3.162
Integrative Gestalttherapie	81	912	2.562	33.378	1.870	19.852	692	13.526
Gestalttherapie	69	459	66	16.786	14	9.431	52	7.355
Logotherapie	3	347	719	12.363	237	5.811	482	6.552
Klientenzentrierte Gesprächs- therapie	25	1.172	509	41.626	228	22.879	281	18.747
Verhaltenstherapie	19	480	700	14.103	476	7.283	224	6.820
Systemische Familientherapie	12	789	305	21.625	194	12.208	111	9.417
Katathymes Bilderlebnis	10	385	181	13.766	154	8.367	27	5.399
Dynamische Gruppentherapie	5	20	695	811	607	245	88	566
Hypnose		53	190	1.768	116	898	74	870
Psychodrama	27	273		9.576		4.918		4.658
Diverse Therapieformen	8	136		4.958		2.839		2.119
insgesamt	320	7.142	11.280	250.255	6.182	156.772	5.098	93.483

1) Aufstellung nur im Rahmen der nichtärztlichen Psychotherapie.

2) Ein Kontingent von 10 Sitzungen je Patient ist bewilligungsfrei. Hier werden Therapiemethoden nicht gespeichert.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich um die von der Wiener Gebietskrankenkasse im Jahre 1998 geleisteten Kostenzuschüsse für Psychotherapie bei freiberuflich tätigen PsychotherapeutIn-

⁷⁴ Vgl. Kapitel 9.2.7 – Psychosoziale Betreuung.

nen. Demnach sind auch in vergangenen Jahren bewilligte und konsumierte Psychotherapiesitzungen, die im Jahr 1998 zum Zwecke des Kostenzuschusses eingereicht wurden, enthalten. Eine Trennung nach Geschlecht ist vom Erfassungssystem her leider nicht vorgesehen.

Einzeltherapie – Gruppentherapie

Zum weit überwiegenden Teil (96 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**, nur etwas mehr als 4 Prozent aller Sitzungen wurden im Rahmen einer Gruppentherapie abgehalten. Sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien werden zum überwiegenden Teil von **Frauen** in Anspruch genommen, wenngleich eine genauere Aufschlüsselung nach Geschlecht zurzeit leider noch nicht möglich ist.

Bei den **Gruppentherapien** dominieren vor allem Gestalttherapie und integrative Gestalttherapie, zum Teil auch die analytisch orientierte Therapieform.

Bei den **Einzeltherapien** beanspruchen Psychoanalyse und analytisch orientierte Therapie den größten Anteil aller Sitzungen für sich. Mit Abstand folgt die klientenzentrierte Gesprächstherapie sowie die integrative Gestalttherapie.

Ergänzend wäre zu erwähnen, dass 3 Vertragseinrichtungen der Wiener Gebietskrankenkasse Psychotherapie auf Kassenkosten durchführen dürfen. Es handelt sich dabei um das

- **Genesungszentrum Kalksburg** (1237 Wien, Mackgasse 7–9)
- **Ambulatorium ESRA** (1020 Wien, Tempelgasse 5)
- **Kriseninterventionszentrum** (1090 Wien, Spitalgasse 11).

Des Weiteren besteht ein Vertrag mit dem **Kuratorium für Psychosoziale Dienste**, das 10 Ambulatorien betreibt. Hier wurden im Jahr 1997 insgesamt 9.505 Anspruchsberechtigte der WGKK psychotherapeutisch behandelt.

Neben den PsychotherapeutInnen können auch entsprechend ausgebildete FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie Psychotherapien durchführen. Bei diesen wurden im Vorjahr 60.457 Einzelsitzungen und 5.118 Gruppensitzungen konsumiert.

3.5.5.3 Der Beruf des Psychotherapeuten

Seit 1.1.1991 ist das Psychotherapiegesetz in Kraft, welches im Parlament mit Zustimmung aller Parlamentsparteien beschlossen wurde. Seit damals ist die psychotherapeutische Heilbehandlung der ärztlichen gleichgestellt. Das Gesetz definiert die Ausübung der Psychotherapie – also den Beruf der(s) PsychotherapeutIn und die entsprechenden Ausbildungskriterien – sowie die Behandlung von psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen, Erkrankungen oder Leidenszuständen sehr genau.

Die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit als PsychotherapeutIn und die Rückverrechnungsmöglichkeit mit der Krankenkasse setzt die Eintragung in die Psychotherapeutenliste im Bundesministerium für Gesundheit voraus. Und nicht zuletzt ist im Psychotherapiegesetz die Einhaltung absoluter Verschwiegenheitspflicht vorgeschrieben. Der/die TherapeutIn darf keine Auskunft über den Inhalt und den Verlauf einer Psychotherapie geben, auch nicht bei Gericht.

Die Krankenkassen zahlen für Einzel- und Gruppentherapie derzeit Zuschüsse bei krankheitswertigen Störungen, sofern die entsprechende Psychotherapie von TherapeutInnen durchgeführt wird, die in der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen sind und somit die entsprechenden Kriterien für diesen Beruf erfüllen.⁷⁵

⁷⁵ Wiener Landesverband für Psychotherapie.

3.5.6 Suizid und Suizidversuch

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck,
Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie der Universität Wien

3.5.6.1 Suizide

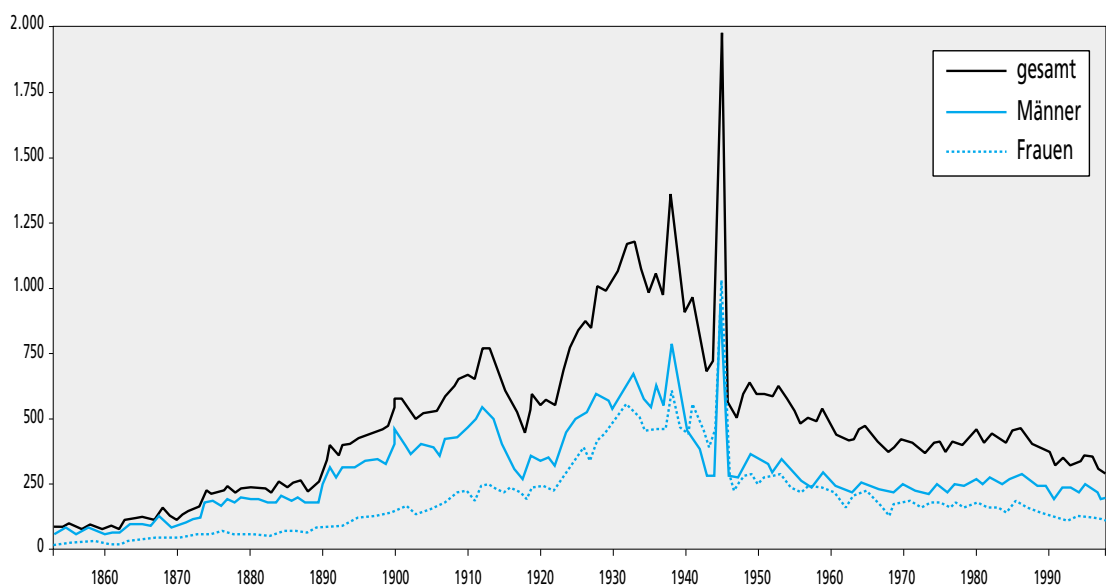
Wien galt lange Zeit als die Hochburg des Suizids in Österreich. Tatsächlich ist dies jedoch nur bis in die Sechzigerjahre dieses Jahrhunderts richtig. Ab 1970 reiht sich Wien in das Mittelfeld ein und liegt seit Mitte der Achtzigerjahre unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Anzahl der Suizide nimmt in Wien seit dem 2. Weltkrieg – mit Ausnahme eines leichten Anstiegs von 1968 bis 1986 – kontinuierlich ab (siehe Grafik 33), während die meisten anderen Bundesländer insgesamt zulegen. Trotz eines generellen Rückganges ab Mitte der Achtzigerjahre verzeichnen die Steiermark, Salzburg und Kärnten und zuletzt auch Oberösterreich die höchsten Raten.

In Österreich sterben pro Jahr etwas weniger als 2.000 Personen durch Suizid, wobei erfreulicherweise seit 1987 ein deutlicher Rückgang bis auf 1.592 Personen im Jahre 1997 und auf 1.559 Personen im Jahr 1998 feststellbar ist. Das bedeutet, dass von 100.000 ÖsterreicherInnen pro Jahr knapp 20 durch Suizid versterben.

Zur Orientierung und weil man fälschlicherweise immer hört, dass Österreich eine besonders hohe Suizidrate (Anzahl der Suizide pro Jahr auf 100.000 Einwohner) habe, sei gesagt, dass besonders hohe **Suizidraten** solche über 30 sind (z.B. Sri Lanka, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Finnland), hohe Raten zwischen 20 und 30 (Belgien, Dänemark, Frankreich, Österreich und die Schweiz), mittlere Raten zwischen 10 und 20 (z.B. Schweden, Deutschland, Japan, Kanada und die USA) und niedrige Raten unter 10 (z.B. Niederlande, Großbritannien, Spanien, Italien, Griechenland).

Betrachtet man jedoch die einzelnen Altersgruppen und vergleicht sie mit anderen Ländern, so fällt auf, dass Österreich insbesondere bei den Männern (vgl. Tabelle 34), aber auch bei den Frauen mit zunehmendem Alter doch deutlich nach vor rückt (vgl. Tabelle 35).

Grafik 33: Suizide in Wien 1853–1998



Grafik: Martin Voracek

Tabelle 34: Mittlere Suizidrate von 23 Ländern nach Altersgruppen von 1990–1994 (Männer)

Alter Stelle	Altersgruppen						
	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre	65–74 Jahre	75 Jahre +
1.	41,4 Finnland	60,7 Finnland	82,0 Ungarn	95,1 Ungarn	84,6 Ungarn	92,5 Ungarn	183,0 Ungarn
2.	39,0 Neuseeland	54,4 Ungarn	67,8 Finnland	64,1 Finnland	57,3 Finnland	61,1 Österreich	118,0 Österreich
3.	25,8 Schweiz	32,7 Schweiz	40,1 Frankreich	47,5 Dänemark	46,7 Österreich	50,4 Belgien	103,0 Frankreich
4.	25,7 Australien	32,0 Neuseeland	38,1 Dänemark	41,5 Österreich	42,6 Dänemark	47,4 Schweiz	98,6 Belgien
5.	25,2 Kanada	32,0 Frankreich	37,2 Österreich	40,1 Frankreich	41,9 Schweiz	47,1 Frankreich	89,8 Schweiz
6.	24,9 Norwegen	30,5 Belgien	35,6 Belgien	39,8 Schweiz	38,9 Belgien	46,4 Dänemark	86,1 Deutschland
7.	24,3 Österreich	30,3 Österreich	33,0 Schweiz	36,2 Belgien	38,1 Frankreich	45,9 Finnland	74,9 Dänemark
8.	21,9 USA	29,0 Australien	29,3 Schweden	31,9 Schweden	32,2 Deutschland	35,9 Deutschland	71,9 Finnland
9.	20,1 Ungarn	29,0 Kanada	27,3 Kanada	31,1 Deutschland	30,7 Schweden	33,7 Schweden	59,1 Portugal
10.	19,0 Schottland	27,1 Irland	26,9 Norwegen	28,8 Norwegen	28,8 Norwegen	30,9 USA	55,4 USA
11.	18,3 Irland	26,4 Dänemark	26,2 Schottland	25,6 Kanada	25,9 Irland	30,7 Norwegen	51,9 Schweden
12.	17,6 Nordirland	26,1 Norwegen	26,0 Deutschland	24,2 Schottland	25,0 USA	30,1 Portugal	47,8 Spanien
13.	15,7 Belgien	26,1 Schottland	25,2 Australien	24,2 Australien	24,2 Kanada	24,4 Australien	44,3 Italien
14.	15,3 Frankreich	24,6 USA	23,9 Neuseeland	24,2 Neuseeland	23,2 Neuseeland	23,2 Spanien	35,4 Niederlande
15.	14,0 Deutschland	23,9 Schweden	23,5 USA	23,1 USA	22,9 Australien	22,9 Italien	32,8 Australien
16.	13,4 Schweden	22,4 Nordirland	22,9 Irland	19,6 Irland	21,5 Portugal	22,1 Kanada	31,8 Norwegen
17.	13,0 Dänemark	21,3 Deutschland	17,7 Niederlande	16,7 Niederlande	18,6 Niederlande	21,2 Neuseeland	29,8 Neuseeland
18.	11,1 England*	16,3 England*	17,4 England*	16,2 England*	18,1 Schottland	19,7 Niederlande	28,9 Kanada
19.	9,3 Niederlande	15,9 Niederlande	15,5 Nordirland	15,1 Nordirland	17,4 Nordirland	18,3 Irland	17,1 England*
20.	7,0 Spanien	13,2 Portugal	11,8 Portugal	14,6 Portugal	17,4 Spanien	14,3 Schottland	16,0 Schottland
21.	6,1 Italien	10,6 Spanien	10,6 Italien	12,6 Italien	17,1 Italien	12,8 Nordirland	15,8 Griechenland
22.	5,8 Portugal	10,3 Italien	9,4 Spanien	11,9 Spanien	12,8 England*	11,9 England*	13,8 Irland
23.	4,0 Griechenland	5,6 Griechenland	5,9 Griechenland	6,7 Griechenland	7,8 Griechenland	10,1 Griechenland	13,3 Nordirland

* England inkl. Wales

Quelle: Crisis 1999, Vol. 20/2, p. 54

Tabelle 35: Mittlere Suizidrate von 23 Ländern nach Altersgruppen von 1990–1994 (Frauen)

Alter Stelle	Altersgruppen						
	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre	65–74 Jahre	75 Jahre +
1.	7,5 Finnland	12,0 Finnland	20,3 Ungarn	26,5 Ungarn	28,5 Dänemark	37,6 Ungarn	67,3 Ungarn
2.	6,2 Österreich	11,8 Belgien	17,4 Finnland	25,5 Dänemark	28,0 Ungarn	31,5 Dänemark	30,2 Dänemark
3.	6,2 Ungarn	11,6 Ungarn	15,7 Dänemark	20,4 Finnland	17,9 Belgien	23,5 Belgien	28,5 Österreich
4.	6,2 Neuseeland	10,1 Schweden	14,5 Belgien	18,2 Belgien	17,6 Frankreich	19,8 Schweiz	26,4 Deutschland
5.	5,9 Schweden	9,0 Schweiz	13,5 Schweiz	17,1 Österreich	17,5 Finnland	18,5 Österreich	25,3 Frankreich
6.	5,8 Schweiz	9,0 Frankreich	13,0 Frankreich	16,7 Schweiz	17,4 Österreich	17,9 Frankreich	24,2 Belgien
7.	5,5 Norwegen	8,3 Schottland	12,1 Österreich	16,5 Frankreich	17,0 Schweiz	16,7 Deutschland	23,0 Schweiz
8.	5,1 Australien	8,0 Österreich	11,8 Schweden	15,0 Schweden	15,4 Schweden	13,5 Schweden	14,2 Schweden
9.	5,1 Belgien	7,7 Dänemark	9,8 Norwegen	12,1 Deutschland	12,9 Deutschland	13,3 Finnland	12,2 Portugal
10.	4,9 Kanada	7,3 Neuseeland	9,6 Niederlande	11,5 Norwegen	12,0 Norwegen	12,4 Norwegen	12,1 Niederlande
11.	4,5 Frankreich	7,2 Niederlande	8,1 Kanada	9,5 Niederlande	10,9 Niederlande	10,4 Niederlande	11,9 Spanien
12.	3,8 USA	7,1 Norwegen	7,7 Deutschland	9,4 Nordirland	7,7 Neuseeland	8,8 Spanien	9,6 Finnland
13.	3,7 Niederlande	6,7 Irland	6,9 Neuseeland	8,9 Neuseeland	7,7 Irland	8,1 Portugal	9,3 Italien
14.	3,7 Schottland	6,6 Australien	6,8 Schottland	8,1 Kanada	6,9 Australien	8,0 Italien	9,2 Norwegen
15.	3,5 Deutschland	6,4 Kanada	6,8 Nordirland	7,3 USA	6,8 USA	6,6 Neuseeland	8,0 Australien
16.	3,3 Dänemark	5,7 Deutschland	6,6 Australien	7,2 Schottland	6,8 Italien	6,6 Australien	6,0 Schottland
17.	2,5 Irland	5,3 USA	6,6 USA	7,0 Australien	6,7 Schottland	6,4 Irland	6,0 USA
18.	2,4 Nordirland	3,9 Nordirland	4,8 Irland	6,8 Irland	6,4 Kanada	6,4 Schottland	5,9 England*
19.	2,2 Portugal	3,5 Portugal	3,9 England*	5,0 Portugal	6,2 Portugal	6,2 USA	4,7 Kanada
20.	2,1 England*	3,5 England*	3,9 Italien	4,9 Italien	6,0 Spanien	6,1 Kanada	4,3 Neuseeland
21.	1,8 Italien	2,9 Italien	3,8 Portugal	4,7 England*	4,8 Nordirland	5,2 England*	3,4 Griechenland
22.	1,7 Spanien	2,6 Spanien	3,0 Spanien	3,9 Spanien	4,7 England*	3,9 Nordirland	3,0 Irland
23.	0,7 Griechenland	1,4 Griechenland	1,3 Griechenland	2,3 Griechenland	2,4 Griechenland	2,8 Griechenland	2,5 Nordirland

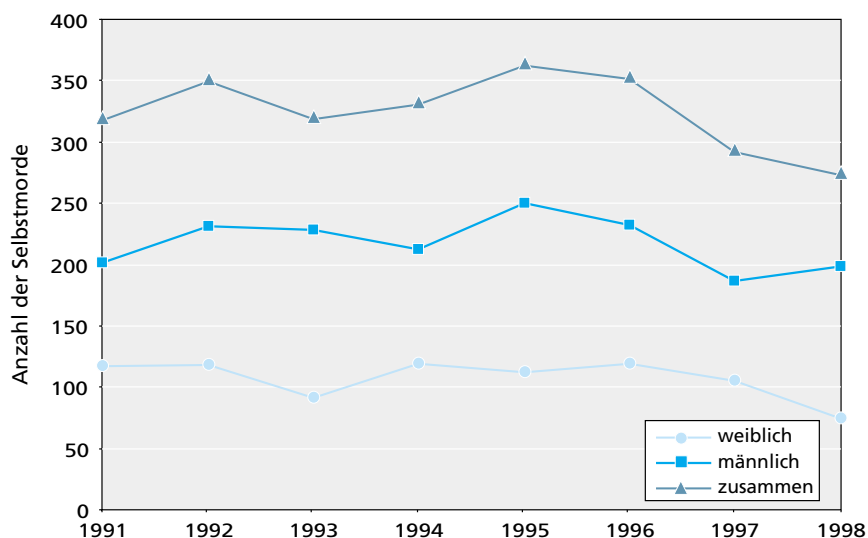
* England inkl. Wales

Quelle: Crisis 1999, Vol. 2012, p. 54

Wien unterschreitet 1997 erstmals seit hundert Jahren die Marke von 300 Suiziden und hat auch im Jahre 1998 eine besonders niedrige Suizidrate (16,9; standardisiert⁷⁶: 15,3⁷⁷) zu verzeichnen. Dieser letzte Rückgang ist ganz besonders auf den drastischen Rückgang der weiblichen Suizide zurückzuführen.

1998 nahmen sich in Wien 273 Menschen das Leben, das sind 19 weniger als im Vorjahr. Von diesen Personen entfielen fast drei Viertel (73 %) auf Männer und etwa ein Viertel (27 %) auf Frauen. Damit sank die Anzahl der weiblichen Opfer 1998 um fast ein Drittel auf 74 Personen.

Grafik 34: Suizid nach Geschlecht, 1991–1998



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1998

Tabelle 36: Suizid und Suizidversuch, Wien 1991–1998

Jahr	Suizide			Suizidversuche		
	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich	zusammen
1991	117	201	318	190	213	403
1992	118	231	349	203	235	438
1993	91	228	319	232	247	479
1994	119	212	331	203	254	457
1995	112	250	362	263	270	533
1996	119	232	351	318	239	557
1997	105	187	292	270	265	535
1998	74	199	273	212	170	382

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1998

⁷⁶ Altersstandardisiert – d.h., an einen (hypothetischen) europäischen Altersverteilungsstandard angeglichen.

⁷⁷ Altersstandardisierte Suizidrate: männlich 24,4; weiblich 6,3; zusammen 15,3.

Die Suizidrate der **Männer** ist in unseren Breiten etwa doppelt so hoch wie jene der **Frauen**, wobei das Risiko, an Suizid zu versterben, mit zunehmendem **Alter** steigt: Während Männer bis zum fünfzehnten Lebensjahr eine Suizidrate von 2 und Frauen eine Rate von 1 haben, weisen Männer im Alter von 85 Jahren und darüber eine Suizidrate von rund 120, Frauen eine Rate von etwa 33 auf. Da aber – entsprechend der Alterspyramide – die mittleren Altersgruppen am meisten vertreten sind, entfällt – absolut gesehen – die größte Anzahl aller Suizide auf Personen zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr (Wien) bzw. zwischen dem 25. und 75. Lebensjahr (Österreich).

Tabelle 37: Suizid und Suizidversuch nach Alter, Wien 1998

Alter in Jahren	Suizide			Suizidversuche		
	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich	zusammen
unter 15	-	-	-	1	3	4
15 – u. 20	-	3	3	17	12	29
20 – u. 25	3	15	18	22	12	34
25 – u. 30	6	15	21	21	20	41
30 – u. 35	4	15	19	33	29	62
35 – u. 40	3	23	26	25	23	48
40 – u. 45	4	16	20	25	17	42
45 – u. 50	4	17	21	9	13	22
50 – u. 55	7	15	22	20	10	30
55 – u. 60	5	17	22	11	9	20
60 – u. 65	2	11	13	4	5	9
65 – u. 70	4	9	13	5	3	8
70 – u. 75	3	12	15	5	3	8
75 – u. 80	6	9	15	5	4	9
80 u. darüber	23	22	45	9	6	15
unbekannt	-	-	-	-	1	1

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1998

Bezieht man die Suizide auf den **Familienstand** der Opfer und berechnet man die Anzahl der erfolgten Selbstmorde auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe, so zeigt sich, dass – insgesamt – die Ledigen die geringste, die Geschiedenen die höchste Suizidrate haben (*Tabelle 38*). Zieht man jedoch von der Gruppe der Ledigen jene ab, die aufgrund ihres Alters noch nicht verheiratet sind (0- bis 14-Jährige) oder nur (wie bei den 15- bis 19-Jährigen) in weniger als ein Prozent, so wird deutlich, dass die Verheirateten die geringste Suizidrate haben, während die Rate der Ledigen fast doppelt so hoch, die Rate der Verwitweten dreimal und diejenige der Geschiedenen gar fünfmal so hoch ist! Dieser Effekt wirkt sich bei den Männern noch deutlicher aus als bei den Frauen: Deren Suizidrate liegt auch bei den Ledigen noch unter der Rate aller Frauen (8,7), während nur bei den verheirateten Männern die Rate niedriger ist als die Gesamtrate (26,3).

Tabelle 38: Suizide, bezogen auf den Familienstand pro 100.000

Familienstand	Suizidraten nach Geschlecht		
	zusammen	weiblich	männlich
ledig	10,6	3,6	17,0
ledig ab 20 Jahre	20,1	7,3	31,1
verheiratet	12,3	5,7	18,7
verwitwet	31,2	19,2	98,5
geschieden	61,0	26,4	120,0

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Die häufigste **Suizidmethode** in **Österreich** ist bei Männern und Frauen das Erhängen. Fast 40 Prozent aller Suizide der **Frauen** werden durch Erhängen verübt, etwa 25 Prozent durch Vergiften und 14 Prozent durch Sturz aus der Höhe. Bei **Männern** finden sich fast 50 Prozent aller Suizide durch Erhängen, 20 Prozent durch Erschießen und fast 10 Prozent durch Vergiften.

Auch hier ist jedoch **Wien** anders: Bei den **Frauen** verstarben 42 Prozent durch Sturz aus der Höhe, während das Erhängen nur 18 Prozent ausmacht. Bei den **männlichen** Suiziden erfolgten lediglich 36 Prozent durch Erhängen, dafür 20 Prozent durch Vergiften.

Insgesamt waren aber auch in Wien die am häufigsten angewandten Mittel der Todesart Erhängen, Erdrosseln und Erstickern, gefolgt von Sturz aus der Höhe, Verwendung von Feuerwaffen und Explosionsstoffen sowie Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen. Während Männer ihr Leben am häufigsten durch Erhängen, Erdrosseln und Erstickern sowie mit Hilfe von Feuerwaffen und Explosionsstoffen beendeten, wählten Frauen am häufigsten den Sturz aus der Höhe und die Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen; erst an dritter Stelle folgten Erhängen, Erdrosseln und Erstickern. Nur ein geringer Teil der Frauen griff zu Feuerwaffen oder Explosionsstoffen.

Tabelle 39: Suizid und Suizidversuch nach dem angewandten Mittel der Todesart, Wien 1998

Angewandtes Mittel (der Todesart)	Suizide			Suizidversuche		
	weibl.	männl.	zus.	weibl.	männl.	zus.
Vergiftung mit festen u. flüssigen Stoffen	16	16	32	134	74	208
Vergiftung mit im Haushalt verw. Gasen	-	1	1	-	1	1
Vergiftung mit sonstigen Gasen	1	3	4	-	3	3
Erhängen, Erdrosseln und Erstickern	13	71	84	4	12	16
Ertrinken	3	2	5	3	1	4
Feuerwaffen und Explosionsstoffe	7	51	58	3	3	6
Schneidende und stechende Gegenstände	2	9	11	44	53	97
Sturz aus der Höhe	31	32	63	18	15	33
Überfahrenlassen	1	12	13	5	3	8
Elektrischer Strom	-	-	-	-	-	-
Sonstige und nicht näher bezeichnete Art und Weise	-	2	2	1	5	6

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1998

Bezüglich der **Jahreszeiten** finden sich in Wien im Jahre 1998 Suizidhäufungen im März und Juni/Juli. Dies bedeutet eine deutliche Abweichung von den langjährigen Gipfeln im April/Mai und – etwas schwächer ausgeprägt – im September/Oktobre.

3.5.6.2 Suizidversuche

Über die Anzahl der Suizidversuche gibt es nur Vermutungen, weil hier eine genaue Erhebung außerordentlich schwierig und aufwändig ist (**Dunkelziffer**). Unter Fachleuten besteht Konsens darüber, dass sich die Zahl der Suizide zu jenen der Suizidversuche zwischen **1 : 10 und 1 : 30** bewegen dürfte. In Wien gibt es daher mit Sicherheit einige tausend Suizidversuche im Jahr, auf jeden Fall aber mehr, als in den „offiziellen“ Tabellen zum Ausdruck kommt.

Eine Gesamtzahl von etwa **5.000 Suizidversuchen pro Jahr in Wien** scheint daher – nach regionalen Untersuchungen hochgerechnet – nicht zu hoch gegriffen. Wie Wiener Untersuchungen Mitte der Neunzigerjahre⁷⁸ zeigen, werden in amtlichen Statistiken die niedrigsten Zahlen angegeben, etwas höhere Zahlen erhält man über das Rettungswesen, noch etwas höher sind die Angaben der Krankenhäuser, deren Krankengeschichten verlässlicher als die Entlassungsdiagnosen sind. Die höchsten Angaben sind jedoch über psychosoziale Einrichtungen zu bekommen, die gemeinsam mit Angaben über das Gesundheitssystem etwa die Hälfte aller vermuteten Suizidversuche identifizieren.

Bei den Suizidversuchen handelt es sich in der weit überwiegenden Mehrzahl um Vergiftungen, Alkohol- und Medikamentenüberdosierungen⁷⁹. Vor allem von Frauen wird diese Methode eindeutig bevorzugt. Ebenfalls bei beiden Geschlechtern an zweiter und dritter Stelle stehen schneidende und stechende Gegenstände sowie – mit Abstand – Sturz aus der Höhe.

Laut amtlicher Wiener Statistik versuchten 1998 382 Personen (davon 212 Frauen und 170 Männer), sich das Leben zu nehmen. Im Vergleich zu den Vorjahren stellt dies einen deutlichen Rückgang der Selbstmordversuche dar (gegenüber 1997 um fast 30 Prozent) (vgl. *Tabelle 36*).

3.5.6.3 Ursachen

Der Suizid stellt meist das Ende einer längeren schweren Entwicklung des/der Betroffenen dar. Besonders suizidgefährdet sind vor allem Angehörige bestimmter Risikogruppen. Dazu zählen in erster Linie Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige, depressive Menschen (auch Menschen, die an schweren psychischen Erkrankungen mit Begleitdepression leiden), alte und vereinsamte Menschen sowie Menschen, die den Suizid ankündigen, und letztlich auch solche, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben.

Etwa die Hälfte aller Suizide werden von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen unternommen, wobei affektive oder schizophrene Psychosen deutlich überrepräsentiert sind. Die andere Hälfte bilden Personen mit schwieriger Persönlichkeitsentwicklung und/oder belastenden und problemreichen Lebensbedingungen (Risikogruppen).

Psychisch Kranke, die fast immer auch an Depressionen leiden, weisen schon deshalb eine besondere Krisenanfälligkeit auf, weil deren Kompensationsmöglichkeiten von Belastungen, Veränderungen, plötzlichen und unerwarteten Schicksalsschlägen und dergleichen nicht ausreichend sind. Die letztendlichen Gründe für einen Suizid und viele Suizidversuche sind jedoch wie bei allen anderen Menschen Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Überforderung, das Gefühl der Ausweglosigkeit sowie der Einsamkeit und der Unerträglichkeit des Lebens.

⁷⁸ Etzersdorfer, E.; Wancata, J.; Sonneck, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? In: Wiener Klinische Wochenschrift 106/3. – S. 63–68.

⁷⁹ Sonneck, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? – S. 63–68.

3.5.6.4 Suizidprävention

Um Suizidgefährdeten zu helfen, bieten sich **drei Ebenen der Suizidprävention** an:

1. **Generelle Suizidprävention** (im Sinne von primärer Prävention): Darunter sind unterstützende Maßnahmen (psychologische, pädagogische und soziale) zu verstehen, die dahin gerichtet sind, die Fähigkeit der Bevölkerung zu erhöhen, ihr eigenes Leben entsprechend zu gestalten und dementsprechend auch ihre Fähigkeiten zu stärken, mit Lebenskrisen und Suizidproblemen umzugehen. Darin beinhaltet sind auch Maßnahmen, die generell Gewalt verhüten oder zumindest abschwächen können.
2. **Indirekte Suizidprävention** ist darauf gerichtet, die Anzahl der Suizidhandlungen in Risikogruppen und Risikosituationen dadurch zu reduzieren, dass Maßnahmen gesetzt werden, die auf den Hintergrund der Krise, also die Krisenanfälligkeit bzw. die Suizidneigung abzielen. Diese Maßnahmen schließen auch Umweltfaktoren mit ein, wie z.B. die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Suizidmitteln.
3. **Direkte Suizidprävention**, die sich im Sinne der Prä-, Inter- und Postvention direkt an der suizidalen Entwicklung orientiert, d.h. an den Suizidgedanken und dem suizidalen Verhalten (Suizidäußerungen, Suizidversuche/Parasuizide und Suizide). Auch diese Maßnahmen schließen individuell effiziente Umweltinterventionen mit ein, die sich z.B. auf die Anzahl und die Erreichbarkeit von Suizidmitteln beziehen.

3.6 Krankenstände

Zusammenfassung

Sowohl die häufigsten als auch die längsten Krankenstände erfolgen aufgrund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane, gefolgt von den Erkrankungen im Bereich des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

Sowohl bei den Krankenstandsfällen als auch bei den Krankenstandstagen ist in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Altersabhängigkeit der Krankenstände (Frühpension, Arbeitslosigkeit), Rückgang der Kuren (Einführung eines einkommensabhängigen Selbstbehaltes seit 1996), Rückgang der Geburten, Abnahme von ArbeiterInnen (v.a. in riskanten Berufen) und Zunahme von Angestellten, Ausbleiben einer Grippe-Wellen 1996, 1997 und 1998. Nicht zuletzt dürfte auch die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt sowie die allgemeine Wirtschaftslage zu einem Rückgang der Krankenstände geführt haben (Angst vor Arbeitsplatzverlust etc.).

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall lag 1998 in Wien bei 12,0 Tagen (Österreich: 12,6 Tage).

Summary: Sickness-related absenteeism

Both the most frequent and the longest cases of sickness-related absenteeism were due to diseases of the airways and respiratory organs, followed by bone, muscular and connective tissue diseases.

With respect to both cases and days of sickness-related absenteeism, a continuous decrease was recorded for the past few years. The reasons for this are manifold: age-dependent sickness leave (early retirement, unemployment), decrease in the number of stays at health resorts or spas (an income-dependent quota to be paid by the employee was introduced in 1996), reduced birth-rates, decrease in the number of blue-collar workers (above all in occupations entailing higher risks) and increase in the number of white-collar workers; moreover, the years 1996, 1997 and 1998 were free of influenza epidemics. Furthermore, the more difficult situation on the labour market and the general state of the economy are likely to contribute to the reduced volume of sickness-related absenteeism as well (fear of losing one's workplace etc.).

In 1998, the length of an average case of sickness-related absenteeism in Vienna was 12.0 days (Austria 12.6 days).

3.6.1 Krankenstandsfälle

Fast die Hälfte aller Krankenstandsfälle erfolgte sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern aufgrund von **Krankheiten der Luftwege und der Atmungsorgane** (insgesamt rund 42 Prozent). An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand folgen die **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** (rund 15 Prozent). Die Kategorien „Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Krankheiten“ (hier v.a. Darminfektionen) sowie „Unfälle“ bilden mit je 9 Prozent noch immer einen bedeutenden Anteil an den Krankenständen (vgl. Tabelle 40).

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine Überrepräsentanz der Krankenstandsfälle im Bereich der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, bei den urogenitalen Erkrankungen sowie bei den Krankheiten im Zusammenhang mit dem Nervensystem erkennen. **Männer** weisen hingegen einen fast doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Ebenfalls höher ist der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1998

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	zusammen		weiblich		männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	64.927	8,9	32.916	8,9	32.011	9,0
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	8.180	1,1	5.148	1,4	3.032	0,9
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	4.547	0,6	2.059	0,6	2.488	0,7
Krankheiten des Blutes (18)	574	0,1	354	0,1	220	0,1
Psychische Krankheiten (19)	10.177	1,4	6.354	1,7	3.823	1,1
Krankheiten des Nervensystems (20)	12.525	1,7	7.877	2,1	4.648	1,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	12.317	1,7	6.016	1,6	6.301	1,8
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	22.222	3,1	11.660	3,1	10.562	3,0
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	302.102	41,6	158.523	42,8	143.579	40,
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	42.440	5,8	20.713	5,6	21.727	6,1
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	22.949	3,2	18.541	5,0	4.408	1,2
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39–41)	8.901	1,2	8.901	2,4	0	0,0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	10.204	1,4	4.774	1,3	5.430	1,5
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	108.010	14,9	48.138	13,0	59.872	16,9
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	392	0,1	223	0,1	169	0,0
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	28.729	4,0	16.357	4,4	12.372	3,5
Unfälle (47–51)	63.815	8,8	21.127	5,7	42.688	12,0
Vergiftungen (52–53)	484	0,1	142	0,0	342	0,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	830	0,1	252	0,1	578	0,2
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	1.251	0,2	467	0,1	784	0,2
gesamt	725.576	100,0	370.542	100,0	355.034	100,0

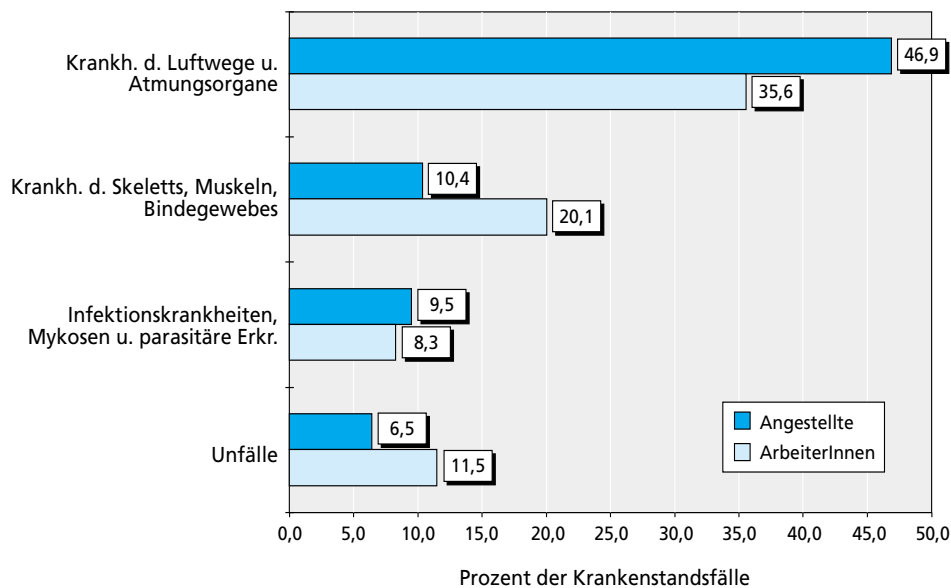
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten zeigt eine Überrepräsentanz der Angestellten bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitären Erkrankungen. Bei den ArbeiterInnen überwiegen hingegen deutlich – im Vergleich zur Gruppe der Angestellten – die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Unfälle (vgl. Grafik 35).

Tabelle 41: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1998

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	zusammen	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	28.027	9.321	18.706	36.900	23.595	13.305
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	2.548	1.352	1.196	5.632	3.796	1.836
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.020	725	1.295	2.527	1.334	1.193
Krankheiten des Blutes (18)	212	118	94	362	236	126
Psychische Krankheiten (19)	4.102	2.177	1.925	6.075	4.177	1.898
Krankheiten des Nervensystems (20)	5.857	2.831	3.026	6.668	5.046	1.622
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	5.141	1.723	3.418	7.176	4.293	2.883
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	10.082	4.644	5.438	12.140	7.016	5.124
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	120.064	42.958	77.106	182.038	115.565	66.473
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	20.692	7.144	13.548	21.748	13.569	8.179
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	8.375	6.182	2.193	14.574	12.359	2.215
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	2.617	2.617	0	6.284	6.284	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	5.453	1.853	3.600	4.751	2.921	1.830
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	67.660	24.072	43.588	40.350	24.066	16.284
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	180	81	99	212	142	70
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	14.294	6.344	7.950	14.435	10.013	4.422
Unfälle (47–51)	38.756	8.354	30.402	25.059	12.773	12.286
Vergiftungen (52–53)	304	49	255	180	93	87
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	586	131	455	244	121	123
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	446	116	330	805	351	454
gesamt	337.416	122.792	214.624	388.160	247.750	140.410

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Grafik 35: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten (Wien 1998)

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

3.6.2 Krankenstandsdauer

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfielen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (26,2 Tage), gefolgt von den Krankenständen aufgrund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (23,0 Tage). Nach **Unfällen** wurden im Durchschnitt 15,2 Krankenstandstage in Anspruch genommen, wobei jedoch Männer fast doppelt so viele Krankenstandstage aufweisen wie Frauen (20 : 11 Tagen).

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug 1998 insgesamt rund 8,710.000 Tage. Davon entfielen 49 Prozent auf weibliche und 51 Prozent auf männliche Personen bzw. 53 Prozent auf ArbeiterInnen und 47 Prozent auf Angestellte.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist – trotz Einbeziehung der Bauernkrankenversicherung seit Oktober 1998 – sowohl ein Rückgang bei den Krankenstandstagen (von 1996 auf 1997 um -8,5 %; von 1997 auf 1998 um -1,7 %) als auch ein Rückgang bei den Krankenstandsfällen (1997: -5,8 %, 1998: -0,1 %) festzustellen. Außer in Vorarlberg (echte Rückgänge) dürften dafür jedoch verschiedene Ursachen ausschlaggebend sein (siehe Ausführungen am Ende dieses Kapitels).

Tabelle 42: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1998

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	zusammen		weiblich		männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	409.043	4,7	204.671	4,8	204.372	4,6
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	264.954	3,0	163.313	3,8	101.641	2,3
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	95.899	1,1	52.100	1,2	43.799	1,0
Krankheiten des Blutes (18)	11.718	0,1	7.234	0,2	4.484	0,1
Psychische Krankheiten (19)	305.733	3,5	182.975	4,3	122.758	2,8
Krankheiten des Nervensystems (20)	151.433	1,7	89.501	2,1	61.932	1,4
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	126.161	1,4	59.803	1,4	66.358	1,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	457.033	5,2	182.545	4,3	274.488	6,2
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	2.285.407	26,2	1.189.353	27,9	1.096.054	24,7
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	458.175	5,3	205.097	4,8	253.078	5,7
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	282.548	3,2	225.419	5,3	57.129	1,3
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	95.578	1,1	95.578	2,2	0	0,0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	126.031	1,4	56.949	1,3	69.082	1,6
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	2.000.492	23,0	938.365	22,0	1.062.127	23,9
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	9.415	0,1	4.381	0,1	5.034	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	265.817	3,1	148.325	3,5	117.492	2,6
Unfälle (47–51)	1.319.63	15,2	449.056	10,5	870.581	19,6
Vergiftungen (52–53)	7.027	0,1	2.273	0,1	4.754	0,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	18.497	0,2	6.064	0,1	12.433	0,3
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	17.515	0,2	6.755	0,2	10.760	0,2
gesamt	8.708.113	100,0	4.269.757	100,0	4.438.356	100,0

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

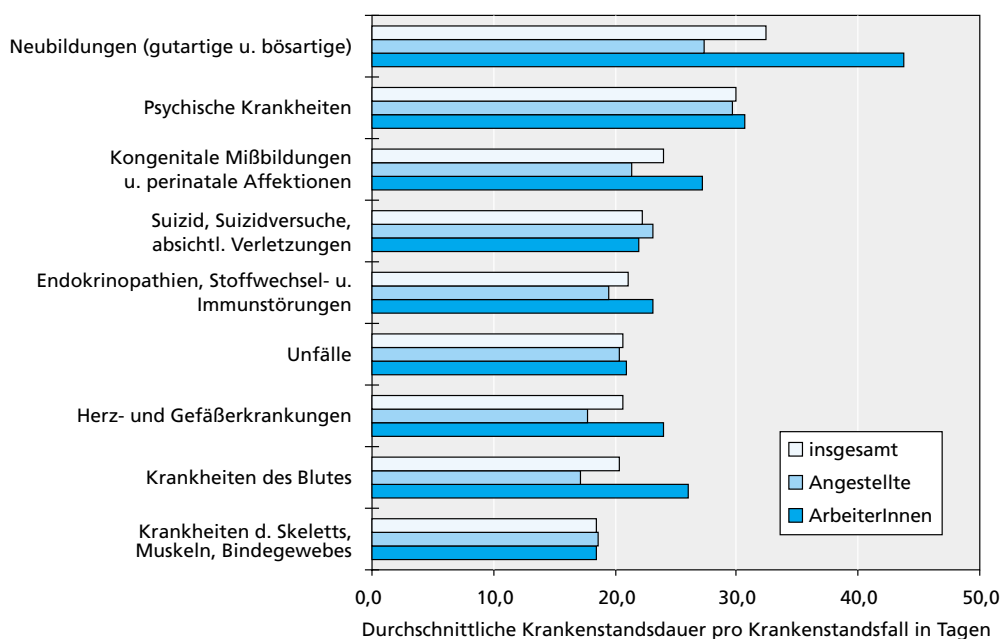
Tabelle 43: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1998

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	zusammen	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	197.606	71.716	125.890	211.437	132.955	78.482
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	111.261	56.791	54.470	153.693	106.522	47.171
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	46.627	21.921	24.706	49.272	30.179	19.093
Krankheiten des Blutes (18)	5.522	2.916	2.606	6.196	4.318	1.878
Psychische Krankheiten (19)	125.769	63.516	62.253	179.964	119.459	60.505
Krankheiten des Nervensystems (20)	82.335	40.721	41.614	69.098	48.780	20.318
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	60.207	21.067	39.140	65.954	38.736	27.218
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	241.684	86.862	154.822	215.349	95.683	119.666
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.054.757	406.856	647.901	1.230.650	782.497	448.153
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	245.028	83.906	161.122	213.147	121.191	91.956
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	126.373	95.146	31.227	156.175	130.273	25.902
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	33.254	33.254	0	62.324	62.324	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	72.743	25.058	47.685	53.288	31.891	21.397
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	1.250.275	489.498	760.777	750.217	448.867	301.350
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	4.901	1.713	3.188	4.514	2.668	1.846
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	146.494	70.357	76.137	119.323	77.968	41.355
Unfälle (47–51)	808.088	191.396	616.692	511.549	257.660	253.889
Vergiftungen (52–53)	4.710	1.154	3.556	2.317	1.119	1.198
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	12.861	3.133	9.728	5.636	2.931	2.705
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	7.389	1.869	5.520	10.126	4.886	5.240
gesamt	4,637.884	1,768.850	2,869.034	4,070.229	2,500.907	1,569.322

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Die **durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall** ist – abgesehen von der Ursache des Krankenstandes – sowohl innerhalb der Gruppen ArbeiterInnen und Angestellte als auch zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmern zum Teil sehr unterschiedlich. So etwa lassen sich bei ArbeiterInnen vergleichsweise längere Krankenstände infolge von Neubildungen, kongenitalen Missbildungen, Krankheiten des Blutes sowie Herz- und Gefäßerkrankungen feststellen als bei Angestellten. Fast gleich lange Zeiten pro Fall weisen ArbeiterInnen und Angestellte bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie nach Unfällen auf (vgl. folgende Grafik).

Grafik 36: Durchschnittliche Krankenstandsdauer nach Häufigkeit (ArbeiterInnen und Angestellte), Wien 1998



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Tabelle 44: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen, Wien 1998

Krankheitsgruppen (Krankenstandsbeurteilung)	Ø Krankenstandstage pro Krankenstandsfall								
	insgesamt			ArbeiterInnen			Angestellte		
	zusammen	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	6,3	6,2	6,4	7,1	7,7	6,7	5,7	5,6	5,9
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	32,4	31,7	33,5	43,7	42,0	45,5	27,3	28,1	25,7
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	21,1	25,3	17,6	23,1	30,2	19,1	19,5	22,6	16,0
Krankheiten des Blutes (18)	20,4	20,4	20,4	26,0	24,7	27,7	17,1	18,3	14,9
Psychische Krankheiten (19)	30,0	28,8	32,1	30,7	29,2	32,3	29,6	28,6	31,9
Krankheiten des Nervensystems (20)	12,1	11,4	13,3	14,1	14,4	13,8	10,4	9,7	12,5
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	10,2	9,9	10,5	11,7	12,2	11,5	9,2	9,0	9,4
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	20,6	15,7	26,0	24,0	18,7	28,5	17,7	13,6	23,4
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	7,6	7,5	7,6	8,8	9,5	8,4	6,8	6,8	6,7
Krankheiten des Verdauungstraktes (33–35)	10,8	9,9	11,6	11,8	11,7	11,9	9,8	8,9	11,2
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	12,3	12,2	13,0	15,1	15,4	14,2	10,7	10,5	11,7
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	10,7	10,7	–	12,7	12,7	–	9,9	9,9	–
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	12,4	11,9	12,7	13,3	13,5	13,2	11,2	10,9	11,7
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	18,5	19,5	17,7	18,5	20,3	17,5	18,6	18,7	18,5
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	24,0	19,6	29,8	27,2	21,1	32,2	21,3	18,8	26,4
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	9,3	9,1	9,5	10,2	11,1	9,6	8,3	7,8	9,4
Unfälle (47–51)	20,7	21,3	20,4	20,9	22,9	20,3	20,4	20,2	20,7
Vergiftungen (52–53)	14,5	16,0	13,9	15,5	23,6	13,9	12,9	12,0	13,8
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	22,3	24,1	21,5	21,9	23,9	21,4	23,1	24,2	22,0
Sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	14,0	14,5	13,7	16,6	16,1	16,7	12,6	13,9	11,5
gesamt	12,0	11,5	12,5	13,7	14,4	13,4	10,5	10,1	11,2

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

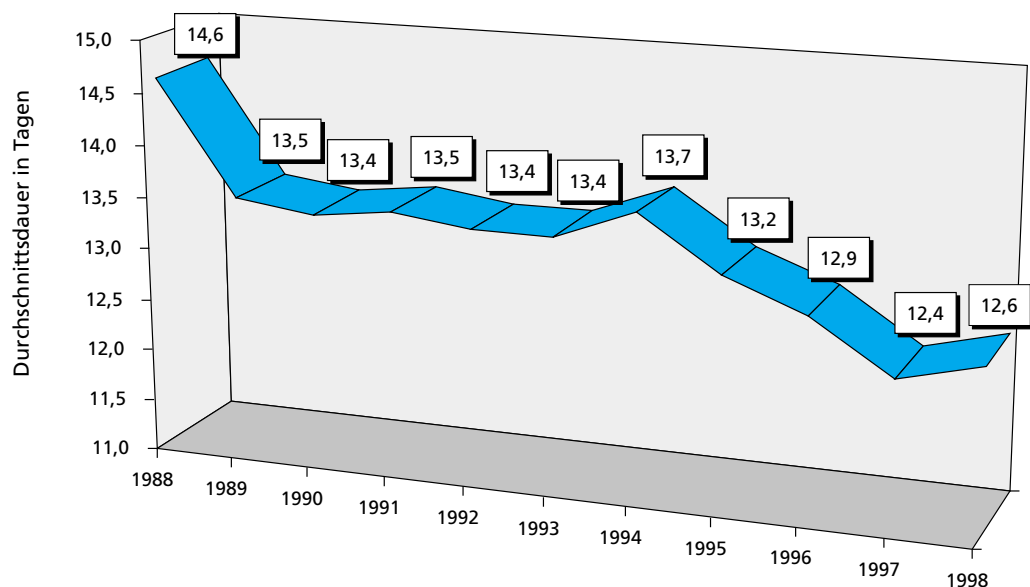
Bei den **ArbeiterInnen** weisen die Frauen vor allem bei den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie infolge von Vergiftungen längere Krankenstände auf als ihre männlichen Kollegen. Diese wiederum haben längere Krankenstände aufgrund von Herz- und Gefäßkrankheiten sowie infolge von kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die Männer. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man – ebenso wie bei den Arbeitern – im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten sowie kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen. Aber auch bei den psychischen Krankheiten, den Krankheiten des Nervensystems sowie den Erkrankungen des Verdauungstraktes weisen Männer im Durchschnitt längere Krankenstände auf als Frauen. Bei den Frauen wiederum lassen sich durchschnittlich längere Krankenstände infolge von Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie Krankheiten des Blutes feststellen.

Getrennt nach **Geschlecht** weisen bei den **Frauen** die Arbeiterinnen in fast allen Fällen (Ausnahme: Suizid, Suizidversuch, absichtliche Verletzungen) längere Krankenstände auf als ihre Kolleginnen im Angestelltenverhältnis. Besonders gravierend sind die Unterschiede bei den Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, Vergiftungen, Blutkrankheiten, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten der Sinnesorgane, Krankheiten der oberen Luftwege und urogenitalen Erkrankungen. Aber auch bei den **Männern** weisen die Arbeiter in fast allen Bereichen längere Krankenstände auf als die Angestellten, insbesondere aber bei den Neubildungen und Blutkrankheiten.

Die **durchschnittliche Krankenstandsdauer** der letzten Jahre wies (österreichweit) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Krankenstandsfall einen absoluten Tiefststand (*siehe Grafik*). 1998 ist ein minimaler Anstieg um 0,2 Tage zu beobachten. Auch in Deutschland ist bei den Krankenständen eine rückläufige Tendenz zu beobachten.

Grafik 37: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles in Tagen, 1988–1998 (Österreich)



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Ursachen für diesen drastischen Rückgang seit 1994 sind vielfältig. Als wichtigste Gründe werden angeführt:

- Altersabhängigkeit der Krankenstände (frühe Pensionen, Alters-Arbeitslosigkeit)
- Rückgang der Kuraufenthalte (die in der Regel mit Krankenständen verbunden sind) seit der Einführung eines Selbstbehaltes (135,– bis 194,– Schilling, je nach Einkommen, bei Rehabilitation 76,– Schilling)
- Rückgang der Geburten (ebenfalls mit Krankenständen verbunden)
- Zunehmender Rückgang von ArbeiterInnen (v.a. in den riskanten Berufen) und Zunahme von Angestellten
- Keine echte Grippewelle in den Jahren 1996, 1997 und 1998
- Verschärfte Wirtschafts- und Arbeitslage (Arbeitsplatzunsicherheit)

Wien weist aufgrund seiner Altersstruktur gemeinsam mit Oberösterreich und Niederösterreich (letztere hoher Industrieanteil) im Vergleich zu den anderen Bundesländern relativ hohe Krankenstände auf. Die niedrigsten Krankenstände sind in Salzburg, Tirol und Vorarlberg zu verzeichnen. (Steiermark, Kärnten und Burgenland rangieren im Mittelfeld.)

1998 weist die Statistik für Wien durchschnittlich 12,0 Krankenstandstage pro Krankenstandsfall aus (Österreich insgesamt: 12,6 Tage). Auffallend ist, dass Frauen – entgegen allgemeinen Behauptungen – seit Jahren eine geringere Krankenstandsdauer aufweisen als Männer. 1998 meldeten sich die WienerInnen im Schnitt um einen Tag weniger krank als ihre männlichen Kollegen. Aktuell dürfte die Abnahme der Krankenstände bei den Frauen zum einen auf den Rückgang der Geburten, zum andern wohl auch auf die für Frauen deutlich spürbaren Auswirkungen der verschärften Wirtschafts- und Arbeitslage zurückzuführen sein.

3.7 Mortalität

Mag. Monika Csitkovics
MA-L – Referat Gesundheitsberichterstattung

Zusammenfassung

Bei mehr als der Hälfte (56 %) der rund 18.000 verstorbenen Wienerinnen und Wiener im Jahr 1998 wurde als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben. Am zweithäufigsten werden von der Mortalitätsstatistik Krebserkrankungen ausgewiesen – fast jeder vierte Todesfall (23 %) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen (v. a. bösartige Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane, gefolgt von Brustkrebs bei Frauen und Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane bei Männern). An weiterer Stelle folgen bei der männlichen Bevölkerung Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen, bei der weiblichen Bevölkerung Krankheiten der Verdauungsorgane.

29 Prozent der verstorbenen Männer, aber nur 12 Prozent der verstorbenen Frauen waren jünger als 65 Jahre. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich durch die bedeutend höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (0 bis 44 Jahre) und das höhere Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der 45- bis 64-jährigen Wiener Männer erklären.

Die altersstandardisierte Gesamtmortalität ist in Wien zwischen 1980 und 1998 sowohl bei Männern als auch bei Frauen um rund ein Drittel gesunken. Dieser positive Trend lässt sich auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie – in etwas abgeschwächter Form – bei bösartigen Neubildungen erkennen.

Die Säuglingssterblichkeit betrug 1998 in Wien 7,0 verstorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene. Damit ist wiederum ein Anstieg im Vergleich zu den beiden Vorjahren festzustellen.

Summary: Mortality

More than half (56 %) of the roughly 18,000 Viennese mortalities in 1998 were due to cardio-vascular diseases. The second most frequent cause of death are cancerous diseases – about one in four deaths (23 %) is caused by cancer (in particular malignant neoplasms of the intestinal tract, followed by cancer of the breast in women and neoplasms of the respiratory organs in men). Next in frequency are accidents, poisonings and the effects of violence in men, and diseases of the intestinal tract in women.

20 percent of the deceased men, but only 12 percent of the deceased women were under 65 years of age. These gender-specific differences can be explained by the much higher accident and suicide rate of younger men (0 to 44 years) and the higher risk of cardiovascular diseases in Viennese men aged 45 to 64 years.

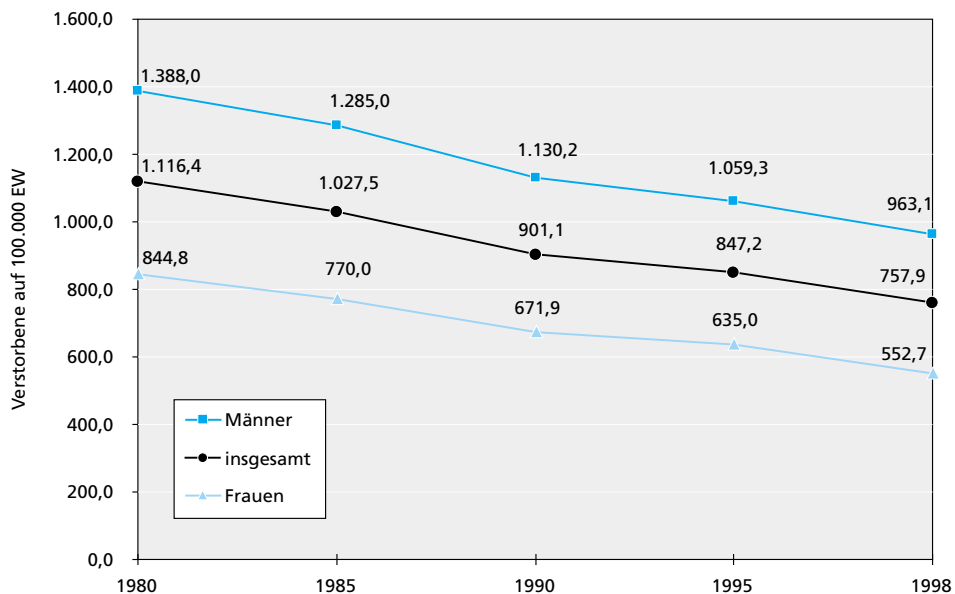
The age-standardised overall mortality in Vienna has decreased by roughly one third between 1980 and 1998 regarding both men and women. This positive trend is also noticeable with respect to cardiovascular diseases and – somewhat less markedly – malignant neoplasms.

In 1998, infant mortality in Vienna accounted for 7.0 deaths in 1,000 live births. This indicates an increase as compared to the two previous years.

3.7.1 Die Mortalität in Wien im zeitlichen Vergleich

Die Mortalität ist in Wien zwischen 1980 und 1998 deutlich gesunken. Dies wird an den altersstandardisierten Sterbeziffern (Gestorbene auf 100.000 der jeweiligen Gruppe) ersichtlich. Lag dieser Wert im Jahr 1980 noch bei 1.116,4, so betrug er im Jahr 1998 nur noch 757,9. Damit kam es in diesem Zeitraum zu einem **Rückgang der Gesamtmortalität** um nahezu ein Drittel. Diese positive Entwicklung zeigt sich sowohl bei den Wiener Frauen als auch bei den Wiener Männern (siehe Grafik 42 und 43).

Grafik 41: Mortalitätsentwicklung (altersstandardisiert¹⁾) 1980–1998



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

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Die Todesursache „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“ verzeichnet in diesem Zeitraum ebenso einen Rückgang von rund einem Drittel. (Dieser Trend betrifft beide Geschlechter.) Bei den bösartigen Neubildungen nahm die altersstandardisierte Gesamtmortalität seit 1980 zwar in einem etwas geringeren Ausmaß, aber immer noch um beträchtliche 18 Prozent ab.

Tabelle 49: Die altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung 1980–1998 nach Haupttodesursachen¹⁾

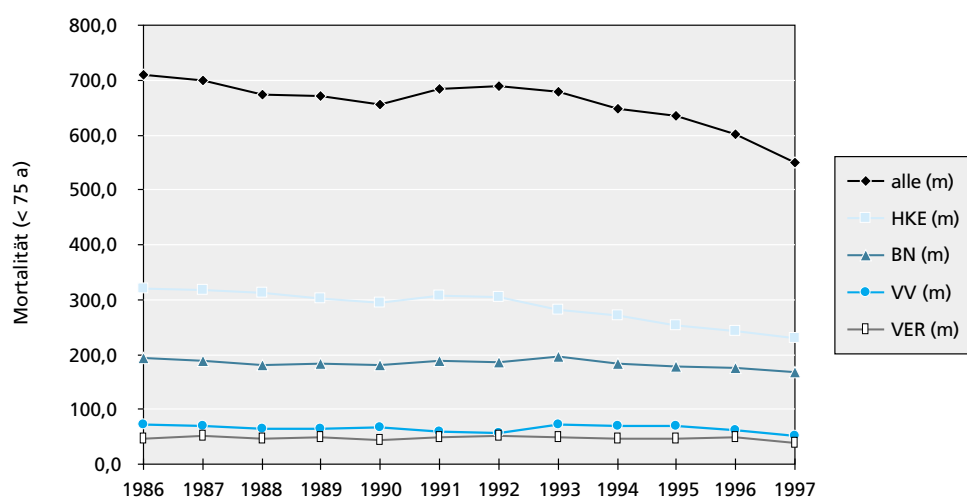
Jahr	Todesursache					
	Herz-Kreislauf-System			bösartige Neubildungen		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
1980	449,7	711,4	580,6	189,3	306,4	247,8
1985	410,0	695,5	552,7	184,1	287,4	235,7
1990	357,3	601,1	479,2	171,2	281,0	226,1
1995	329,9	522,2	426,0	171,4	264,9	218,1
1996	330,8	510,8	420,8	164,2	255,2	209,7
1997	304,9	484,8	394,9	167,1	253,5	210,3
1998	291,4	481,0	386,2	154,5	253,9	204,2

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

Quelle: Statistisches Amt der Gemeinde Wien

Bei beiden Geschlechtern waren bei den **unter 75-Jährigen** zwischen 1986 und 1997 Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen die häufigsten Todesursachen, wobei bei den Männern mit Abstand die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei den Frauen eher die Krebserkrankungen im Vordergrund standen. Die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Erkrankungen der Verdauungsorgane (darunter sind insbesondere auch Lebererkrankungen subsumiert) spielen bei beiden Geschlechtern eine untergeordnete Rolle. Der Rückgang der Mortalität der unter 75-Jährigen in den letzten Jahren ist bei den Männern vor allem auf eine rückläufige Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei den Frauen vor allem auf eine rückläufige Sterblichkeit an Krebserkrankungen zurückzuführen⁸⁰ (vgl. Grafiken).

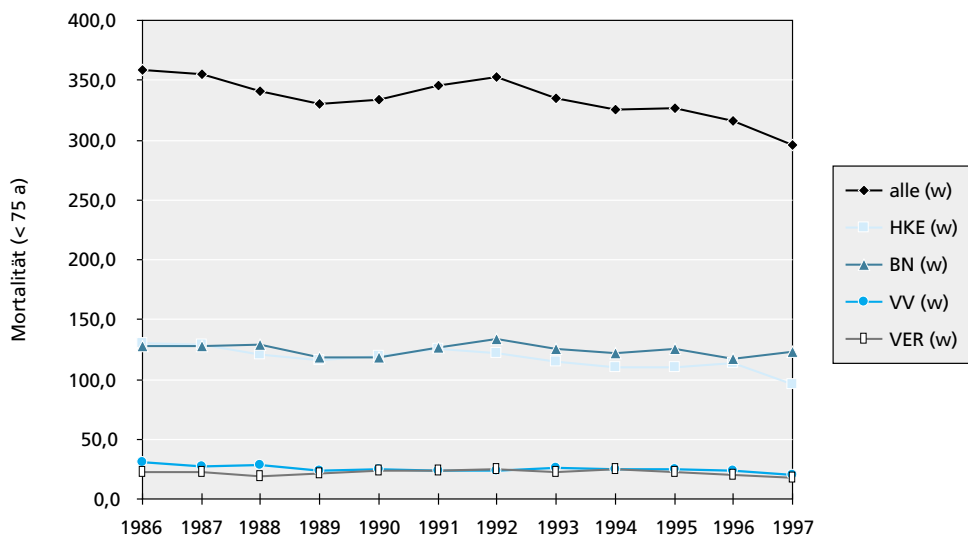
Grafik 42: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Männer 1986–1997 nach Diagnosenobergruppen



Legende: HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 BN = Bösartige Neubildungen
 VV = Verletzungen und Vergiftungen
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik 1986–1996; ÖBIG-Berechnungen

⁸⁰ ÖBIG: Österreichisches Gesundheitssystem. Ausgewählte Auswertungsergebnisse für den Zeitraum 1986–1996. Wien 1998

Grafik 43: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Frauen 1986–1997 nach Diagnosenobergruppen

Legende: HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 BN = Bösartige Neubildungen
 VV = Verletzungen und Vergiftungen
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT-Todesursachenstatistik 1986–1996; ÖBIG-Berechnungen

3.7.2 Todesursachenstatistik

In Wien verstarben im Jahr 1998 etwas mehr als 18.000 Personen der Wiener Wohnbevölkerung. Von den Verstorbenen wurden insgesamt rund 6.800 obduziert. Die im Vergleich zu anderen Ländern sehr hohe Obduktionsrate (1998: 38 Prozent) bildet die Basis für die hohe Aussagekraft der Wiener Todesursachenstatistik.

Tabelle 45: Sterbefälle und Obduktionen, Wien 1998

Gestorbene ¹⁾	in Krankenanstalten verstorben		nicht in Krankenanstalten verstorben		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
obduziert	5.044	39,5	1.763	33,1	6.807	37,6
nicht obduziert	7.717	60,5	3.558	66,9	11.275	62,4
Insgesamt	12.761	100,0	5.321	100,0	18.082	100,0

1) Personen der Wiener Wohnbevölkerung.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsamt

1. Nach wie vor stellen die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit rund 10.200 Verstorbenen (56 %) die häufigste Todesursache dar. Es zeigt sich jedoch, dass bei den verstorbenen Wiener Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine größere Bedeutung einnehmen (61 %) als bei den verstorbenen Wiener Männern (50 %). Der höhere Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Frauen wird vor allem durch deren höhere Lebenserwartung bedingt.

Mehr als drei Viertel der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen entfallen auf Herzkrankheiten, von welchen wiederum nahezu je ein Drittel auf den akuten Myokardinfarkt sowie auf die sonstigen ischämischen Herzkrankheiten (je 29 %) entfallen. Am Geschlechtervergleich lässt sich ersehen, dass der höchste Stellenwert bei den an Herzkrankheiten verstorbenen Frauen den sonstigen ischämischen Herzerkrankungen (31 %), bei Männern hingegen dem akuten Myokardinfarkt (37 %) zukommt. Umfangreiche Präventionsmaßnahmen auf diesem Sektor verlieren daher auch weiterhin nicht an Aktualität.

2. Als zweithäufigste Todesursache weist die Mortalitätsstatistik **Neubildungen** aus. Anhand des prozentuellen Anteiles ist nahezu jeder vierte Todesfall (23 %) auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Krebserkrankungen spielen als Haupttodesursache bei den Wiener Männern (26 %) eine etwas größere Rolle als bei den Wiener Frauen (22 %).

Sowohl in der weiblichen als auch in der männlichen Bevölkerungsgruppe nehmen die bösartigen Neubildungen der *Verdauungsorgane* – mit etwa einem Drittel der an Neubildungen Verstorbenen – den ersten Rang ein.

An zweiter Stelle der Todesursachen aufgrund einer Krebserkrankung stehen beim weiblichen Geschlecht die bösartigen Neubildungen der *Brustdrüse* (19 %), gefolgt von den bösartigen Neubildungen im Bereich der *Atmungsorgane* (13 %).

In der männlichen Bevölkerungsgruppe hingegen stellen die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (v.a. Lunge!) nach wie vor die zweithäufigste Ursache der Krebssterblichkeit dar (29 %). Die dritthäufigste Ursache entfällt auf die bösartigen Neubildungen der *Geschlechtsorgane* (v.a. Prostata).

Aktionen, wie beispielsweise das EU-Programm „Europa gegen den Krebs“, sind daher als wichtige Maßnahmen zur Reduktion der Erkrankungs- und Sterberate zu sehen. Vor allem die hohe Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane könnte durch eine gesündere Lebensweise (gesunde Ernährung, Nichtrauchen) reduziert werden.

3. Wie auch in den letzten Jahren befinden sich **Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen** mit insgesamt fast 900 Toten an dritter Stelle der Todesursachenstatistik. Von diesen lassen sich etwa je ein Drittel auf Stürze und Selbstmord zurückführen. Rund 11 Prozent entfallen auf sonstige Unfälle, je 8 Prozent auf Verkehrsunfälle und Vergiftungen. Innerhalb der Vergiftungen nehmen Drogenunfälle mit 79 Prozent den größten Teil ein.

Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung stellen auch in der männlichen Wiener Bevölkerung Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkung die dritthäufigste Todesursache dar. Die größte Bedeutung kommt dabei den Todesursachen Selbstmord (36 %) und Sturz (24 %) zu.

Bei den Wiener Frauen hingegen sind Krankheiten der Verdauungsorgane die dritthäufigste Todesursache; Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen folgen erst an vierter Stelle. Fast die Hälfte der an Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen verstorbenen Wiener Frauen erlag den Folgen eines Sturzes (45 %). Dem Tod durch Selbstmord kommt bei Frauen mit einem Anteil von 21 Prozent ein bedeutend geringerer Stellenwert zu als bei Männern.

4. Schließlich ist noch auf die **Krankheiten der Verdauungsorgane** hinzuweisen, welche im Berichtsjahr mit insgesamt 830 Todesopfern an vierter Stelle der allgemeinen Todesursachenstatistik stehen. Mehr als die Hälfte der Todesfälle sind dabei auf Leberzirrhose (zum Teil alkoholbedingt, teilweise andere Ursachen, wie z.B. chronische Hepatitis Typ C) zurückzuführen. Allerdings nimmt die Leberzirrhose bei den Männern einen bedeutend höheren Anteil ein (69 %) als bei der weiblichen Bevölkerung (44 %). Auch bei den psychiatrischen Krankheiten sind übrigens nahezu zwei Drittel der Todesfälle auf Alkoholabhängigkeit zurückzuführen (vgl. Tabelle).

Tabelle 46: Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 1998

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I–XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
001–139 darunter 010–018, 137 070	I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten Tuberkulose Virushepatitis	33 7 11	38 18 8	71 25 19
140–239 darunter 150–159 160–165 174, 175 179–187 188, 189 200–208	II. Neubildungen B.N. der Verdauungsorgane B.N. der Atmungsorgane B.N. der Brustdrüse B.N. der Geschlechtsorgane B.N. der Harnorgane B.N. des lymphatischen u. hämatopoetischen Gewebes (inkl. Leukämien)	2.194 753 296 422 235 86 172	2.051 689 600 5 232 156 157	4.245 1.442 896 427 467 242 329
240–279 darunter 250 279.5	III. Stoffwechselerkrankungen, Immunsystemerkrankungen Diabetes mellitus AIDS	203 187 6	160 124 26	363 311 32
280–289	IV. Blut und Blut bildende Organe (ohne Blutkrebs und Leukämie)	11	7	18
290–319 darunter 303 304 305	V. Psychiatrische Erkrankungen Alkoholabhängigkeit Medikamenten-/Drogenabhängigkeit Drogen- u. Medikamentenmißbrauch (auch ohne Abhängigkeit)	21 11 2 –	67 41 7 10	88 52 9 10
320–389	VI. Krankheiten des Nervensystems inkl. Sinnesorgane	155	131	286
390–459 darunter 391, 392.0, 393–398, 402, 404, 410–429 darunter 391, 392.0, 393–398 410 411–414 401, 403, 405, 430–459 darunter 401, 403, 405 430–438 440–448 451–459	VII. Krankheiten des Kreislaufsystems Herzkrankheiten Rheumatische Herzkrankheiten (Klappenfehler etc.) Akuter Myokardinfarkt Sonstige ischämische Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung Gefäßkrankheiten d. Gehirns (Schlaganfall etc.) Sonstige Krankheiten der Arterien Krankheiten d. Venen u. Lymphgefäße, sonst. Krankh. d. Kreislaufsystems	6.222 4.671 28 1.080 1.452 1.551 27 1.097 314 113	3.979 3.150 8 1.176 840 829 24 564 192 49	10.201 7.821 36 2.256 2.292 2.380 51 1.661 506 162

Fortsetzung

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I–XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
460–519 darunter 480–486 466, 490–493 487	VIII. Krankheiten der Atmungsorgane Pneumonie Bronchitis, Emphysem, Asthma bronchiale Grippe	328 123 101 2	346 78 116 2	674 201 217 4
520–579 darunter 531–534 540–543 550–553 571 574–576	IX. Krankheiten der Verdauungsorgane Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür Appendicitis Hernien Leberzirrhose Krankheiten der Gallenwege	405 38 – 9 177 17	428 36 5 4 294 12	833 74 5 13 471 29
580–629 darunter 590 592, 594 600 580–584	X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane Pyelonephritis, Pyelitis, Nierenabszess Steinleiden der Harnorgane Prostatahyperplasie Sonstige Nephritis, Nephrose	115 45 4 – 7	75 14 1 2 6	190 59 5 2 13
630–676	XI. Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	2	–	2
680–709	XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4	–	4
710–739	XIII. Krankheiten des Bewegungsapparates	13	5	18
740–759	XIV. Kongenitale Anomalien	22	31	53
760–779	XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	24	23	47
780–799 darunter 798.0	XVI. Syndrome und schlecht bezeichnete Affektionen SIDS (plötzlicher Tod im Kindesalter)	61 4	32 6	93 10

Fortsetzung

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I–XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
E800–E999	XVII. Unfälle, Vergiftungen, Gewalteinwirkungen	346	550	896
davon				
E800–E807,	Verkehrsunfälle ohne PKW			
E820–E848	(sonst. Straßenfahrzeuge, Fahrrad etc.)	6	13	19
E810–E819	Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr	25	48	73
E850–E869	Vergiftungen (Unfall)	17	54	71
darunter				
E850–E855	Drogenunfälle	11	45	56
E880–E888	Sturz	154	133	287
E950–E959	Selbstmord	74	199	273
E960–E977,	Vorsätzliche Schädigung durch andere			
E980–E989	Personen; Verletzung unbestimmt, ob			
E870–E879,	unbeabsichtigt oder vorsätzlich	20	34	54
E890–E949	Sonstige Unfälle	42	59	101
insgesamt		10.159	7.923	18.082

1) Nr. der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen in der neunten Revision, Ausgabe 1979 (ICD-9).

2) B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Anhand der **altersstandardisierten Sterbeziffern** – das sind die Verstorbenen auf 100.000 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe – läßt sich ersehen, dass die Mortalität der Männer auch 1998 weit höher als jene der Frauen war. Dieser Wert betrug für Männer 963,1 und für Frauen 552,7. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich nicht nur in der Gesamtmortalität, sondern auch bei den bedeutendsten Todesursachen: Sowohl bei den Krankheiten des Kreislaufsystems als auch bei den bösartigen Neubildungen, den Verletzungen und Vergiftungen und den Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane weisen Männer bedeutend höhere Werte auf als Frauen (vgl. Tabelle).

Im Vergleich zum Vorjahr kommt es in der Gesamtmortalität zu einem Sterblichkeitsrückgang von 3 Prozent. Ein leicht positiver Trend zeigt sich bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und den bösartigen Neubildungen, ein negativer vor allem bei den Krankheiten der Verdauungsorgane. Der Rückgang der gesamten altersstandardisierten Sterblichkeit wird in erster Linie durch die positive Entwicklung der weiblichen Mortalität verursacht. Sie reduzierte sich um nahezu 7 Prozent, jene der Männer aber nur um 0,6 Prozent.

Innerhalb der **weiblichen Bevölkerung** macht sich dieser Rückgang v.a. bei den psychiatrischen Krankheiten (-17 %), den Verletzungen und Vergiftungen (-9 %) sowie den bösartigen Neubildungen (-8 %) bemerkbar. Zudem gingen gegenüber dem Vorjahr die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems leicht zurück. Eine Zunahme der Mortalität ist jedoch bei den Krankheiten der Atmungsorgane (+8 %) zu verzeichnen.

Innerhalb der **männlichen Bevölkerung** kommt es bei den Haupttodesursachen nur zu einem geringfügigen Rückgang bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (-1 %). Einen relativ klaren Anstieg verzeichnen hingegen die Krankheitsgruppen Verletzungen und Vergiftungen (+8,5 %) sowie die Krankheiten der Verdauungsorgane (+7 %).

Tabelle 47: Altersstandardisierte Sterbeziffern¹⁾, Wien 1997 und 1998

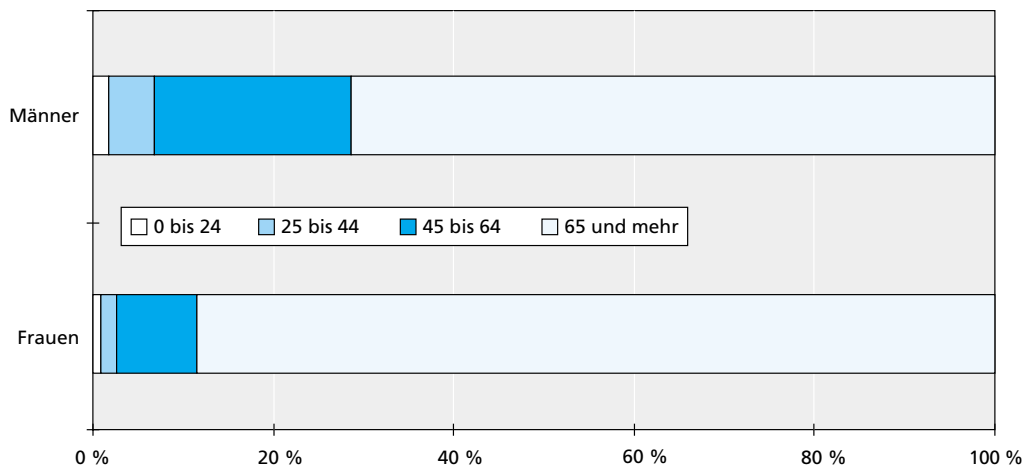
Todesursache	1997			1998			Veränderungen 1997–1998		
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.
Krankheiten des Kreislaufsystems	304,9	484,8	394,9	291,4	481,0	386,2	-4,4 %	-0,8 %	-2,2 %
Bösartige Neubildungen	167,1	253,5	210,3	154,5	253,9	204,2	-7,5 %	+0,2 %	-2,9 %
Verletzungen und Vergiftungen	25,7	62,3	44,0	23,5	67,6	45,5	-8,5 %	+8,5 %	+3,5 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	26,3	50,6	38,4	28,4	54,0	41,2	+8,0 %	+6,8 %	+7,2 %
Krankheiten der Atmungsorgane	17,7	41,8	29,7	17,7	42,8	30,3	+0,1 %	+2,5 %	+2,0 %
Psychiatrische Krankheiten	2,2	7,7	4,9	1,8	8,2	5,0	-16,7 %	+6,6 %	+1,4 %
Todesursachen insgesamt (Wien)	593,3	969,2	781,3	552,7	963,1	757,9	-6,8 %	-0,6 %	-3,0 %

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

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Betrachtet man die Todesursachenstatistik neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch nach dem Alter der Verstorbenen, so zeigt sich, dass die männliche Bevölkerung bedeutend häufiger als die weibliche in jüngeren Jahren verstarb. Rund 7 Prozent der 1998 verstorbenen Wiener Männer waren jünger als 45 Jahre, 22 Prozent 45 bis 64 Jahre und 71 Prozent über 65 Jahre alt. Hingegen waren die verstorbenen Wiener Frauen nur zu 2,5 Prozent jünger als 45 Jahre und lediglich zu 9 Prozent im Alter zwischen 45 und 64 Jahren, jedoch zu 88 Prozent in der Altersklasse 65 Jahre und älter.

Grafik 38: Verstorbene WienerInnen nach Alter, Wien 1998



Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Statistisches Amt der Stadt Wien

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich einerseits durch die bedeutend höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (0 bis 44 Jahre), andererseits durch das höhere Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Wiener Männer im Alter zwischen 45 und 64 Jahren erklären.

In der Altersgruppe **0 bis 24 Jahre** waren 1998 bei beiden Geschlechtern „sonstige Todesursachen“ die häufigste Todesursache, gefolgt von Unfällen. Den dritten Platz nimmt beim männlichen Geschlecht dieser Altersgruppe der Suizid ein, beim weiblichen sind es die bösartigen Neubildungen. Allerdings muss an dieser Stelle eingeräumt werden, dass der Suizid bei jüngeren Kindern kein Thema darstellt und erst mit dem Einsetzen der Pubertät an Bedeutung gewinnt.

Frauen zwischen **25 und 44** Jahren starben am häufigsten an bösartigen Neubildungen (31 %) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (22 %). Für Männer dieser Altersgruppe stellten Unfälle (24 %) die häufigste Todesursache dar, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (19 %) und Suizid (17 %).

Die Haupttodesursachen der **45- bis 65-Jährigen** waren bei den Wiener Frauen bösartige Neubildungen (50 %) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (27 %); bei den Wiener Männern hingegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (37 %), gefolgt von bösartigen Neubildungen (34 %).

In der Altersgruppe **über 65 Jahre** waren bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen die führende Todesursache (Frauen: 66 %, Männer: 58 %), bösartige Neubildungen die zweithäufigste (Frauen: 18 %, Männer: 25 %).

Der **Vergleich zu 1992** läßt bei den jüngeren Altersgruppen, besonders ausgeprägt jedoch in der **jüngeren männlichen Population**, einen klaren Anstieg des Anteils der Unfallopfer an der Gesamtheit der Verstorbenen erkennen. Ganz allgemein weisen Männer ein höheres Unfallrisiko (sowohl hinsichtlich Verkehrsunfällen als auch hinsichtlich Drogenunfällen etc.) sowie ein höheres Suizidrisiko auf. Hingegen ist bei den Männern ein Rückgang der Todesfälle aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems zu verzeichnen.

Tabelle 48: Todesursachenhäufigkeit¹⁾ nach Geschlecht und Alter in Wien, 1992 und 1998

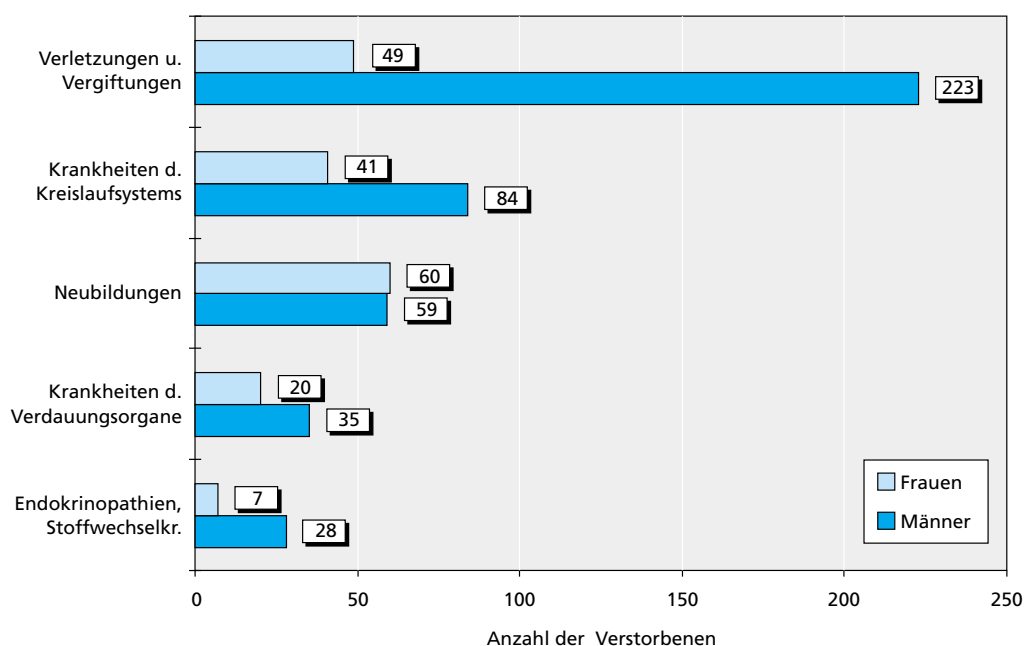
Todesursache(n) nach Alter	weiblich		männlich	
	1992	1998	1992	1998
0 – unter 25 Jahre				
Herz-Kreislauf-System	1,6	2,4	5,1	0,7
Bösartige Neubildungen	4,0	4,8	4,7	5,6
Krankh. d. Atmungsorgane	-	-	1,6	0,7
Krankh. d. Verdauungsorgane	-	1,2	-	0,7
Suizid	8,0	3,6	9,8	12,5
Unfälle ²⁾	6,4	15,5	14,5	30,6
Sonstige Todesursachen	80,0	72,6	64,3	49,3
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
absolut	125	84	255	144
25 – unter 45 Jahre				
Herz-Kreislauf-System	16,7	22,3	25,3	19,0
Bösartige Neubildungen	34,8	31,3	9,5	16,9
Krankh. d. Atmungsorgane	2,1	0,6	3,1	2,9
Krankh. d. Verdauungsorgane	9,0	10,6	10,4	8,3
Suizid	14,6	9,5	15,8	17,2
Unfälle ²⁾	6,4	8,4	8,1	24,2
Sonstige Todesursachen	16,4	17,3	27,8	11,5
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
absolut	233	179	546	399
45 – unter 65 Jahre				
Herz-Kreislauf-System	30,4	27,4	43,4	37,0
Bösartige Neubildungen	45,9	49,7	30,4	33,6
Krankh. d. Atmungsorgane	2,8	2,7	3,1	4,0
Krankh. d. Verdauungsorgane	8,8	8,0	10,8	11,2
Suizid	2,7	2,0	2,9	3,5
Unfälle ²⁾	1,2	3,0	2,1	3,6
Sonstige Todesursachen	8,2	7,3	7,3	7,1
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
absolut	1.065	914	1.950	1.731
über 65 Jahre				
Herz-Kreislauf-System	65,9	66,0	60,5	57,6
Bösartige Neubildungen	19,0	18,3	24,5	24,6
Krankh. d. Atmungsorgane	4,5	3,4	6,0	4,7
Krankh. d. Verdauungsorgane	3,4	3,5	2,9	3,5
Suizid	0,4	0,4	1,0	0,9
Unfälle ²⁾	1,3	2,2	1,1	2,3
Sonstige Todesursachen	5,5	6,2	4,0	6,3
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
absolut	10.471	8.982	6.253	5.649

1) Altersverteilung innerhalb der Krankheitsgruppen in Prozent. Nur ausgewählte Krankheitsgruppen.

2) E 800–E 949

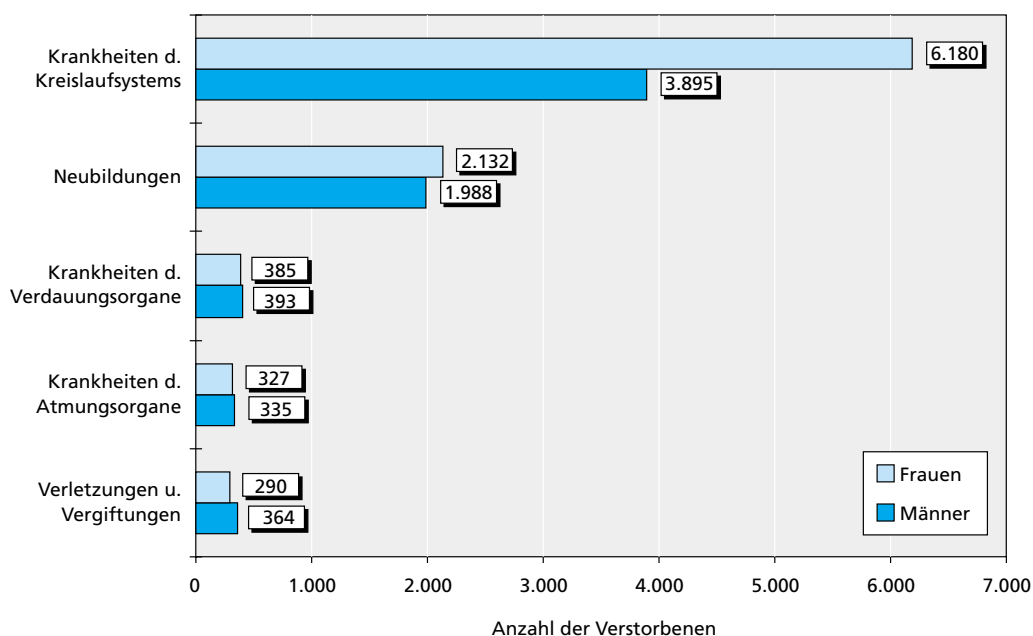
Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 39: Die 5 häufigsten Todesursachengruppen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, Wien 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 40: Die 5 häufigsten Todesursachengruppen im Alter von über 45 Jahren, Wien 1998



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

3.7.3 Die Mortalität in Wien im regionalen Vergleich

In der regionalen Differenzierung zeigt sich, dass die Mortalität der unter 75-jährigen **Männer** im Durchschnitt der Jahre 1986 bis 1996 in einer Reihe von Wiener Gemeindebezirken gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöht ist, und zwar im 10., 12., 15., 16. und 20. Bezirk. Herz-Kreislauf- ebenso wie Krebserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems leisten erhebliche Beiträge zu dieser Situation. Die niedrigste Mortalität der unter 75-jährigen Männer ist für den 1., 7., 18., 19., 23. und vor allem für den 13. Bezirk festzustellen (*siehe erste Wienkarte*).

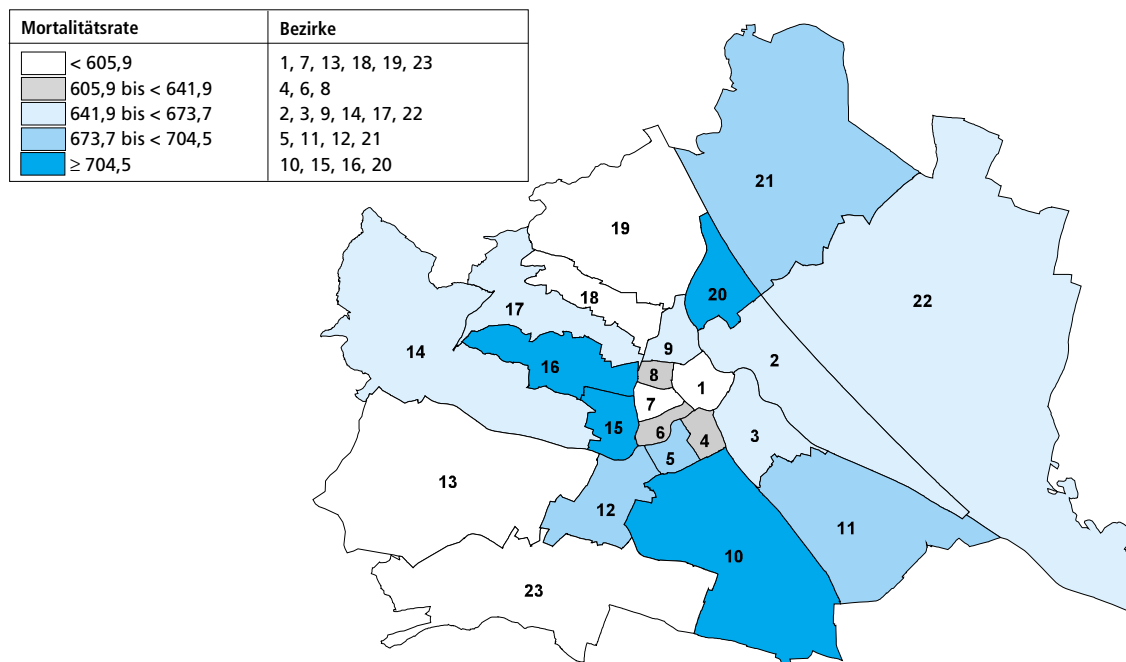
Bei den **Frauen** unter 75 Jahren findet sich im 10. und 11. Bezirk eine gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Mortalität, die sich ebenfalls auf eine erhöhte Sterblichkeit im Bereich der Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen zurückführen läßt. Im 8., 13., 18., 19. und 23. Bezirk hingegen ist die Mortalität niedriger als in der Gesamtbevölkerung Wiens (*siehe zweite Wienkarte*). Darüber hinaus ergibt sich für beide Geschlechter eine Reihe von Bezirken, in denen ebenfalls eine statistisch gesicherte Übersterblichkeit vor allem im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen ist.

Eine Sonderstellung nimmt der 20. Bezirk ein, der in allen vier betrachteten **Diagnosenobergruppen** (Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen) signifikante Abweichungen gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt nach oben zeigt. Ähnlich ungünstig ist die Situation bei den Männern im 10. und 15. Bezirk, wo in drei der vier betrachteten Diagnosenobergruppen signifikante Erhöhungen der Sterblichkeit festzustellen sind.

Bei den unter 75-jährigen Frauen ist die Situation in dieser Hinsicht vor allem im 3., 10. und 21. Bezirk kritisch. Für den 11. Bezirk ist die österreichweit höchste Mortalität der unter 75-jährigen Frauen festzustellen – diese begründet sich vor allem durch die stark erhöhte Sterblichkeit an Herz-Kreislauf- und Verdauungserkrankungen.⁸¹

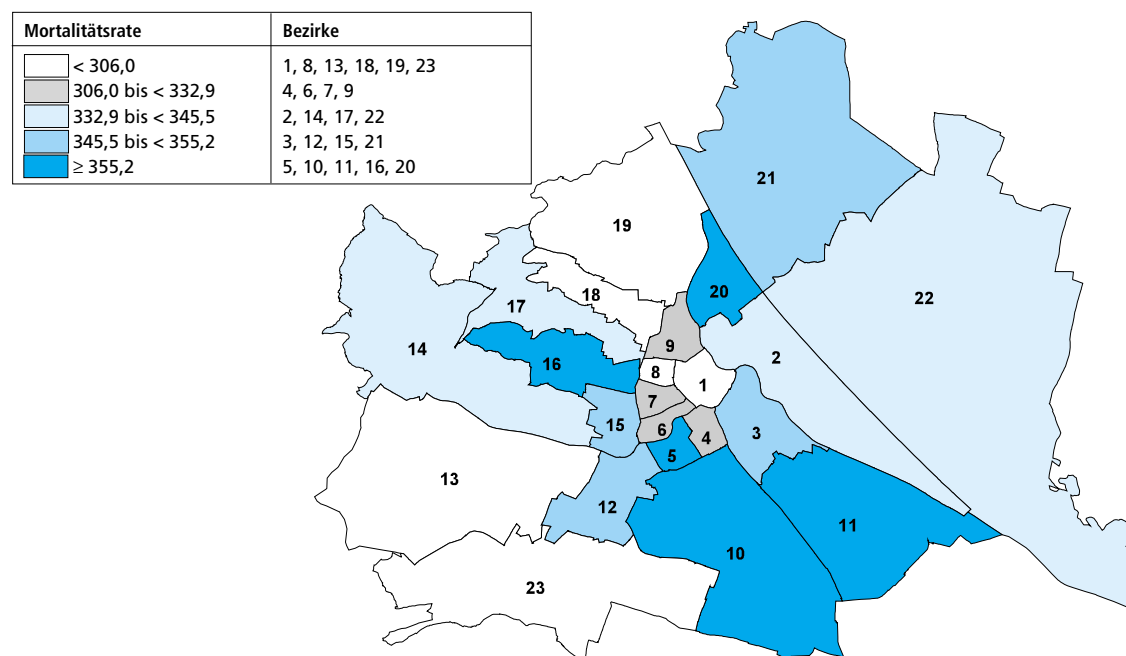
Aufgrund der regionalen Unterschiede der Mortalität scheint es zweckmäßig, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht gießkannenförmig über das gesamte Wiener Stadtgebiet, sondern in Bezirken mit besonders hoher Sterblichkeit vorrangig gesetzt werden.

⁸¹ ÖBIG: Österreichisches Gesundheitssystem. Ausgewählte Auswertungsergebnisse für den Zeitraum 1986–1996. Wien 1998.

Grafik 44: Mortalität der unter 75-jährigen Männer 1986–1996 nach Bezirken

1) Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen der Wohnbevölkerung (altersstandardisiert).

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 45: Mortalität der unter 75-jährigen Frauen 1986–1996 nach Bezirken

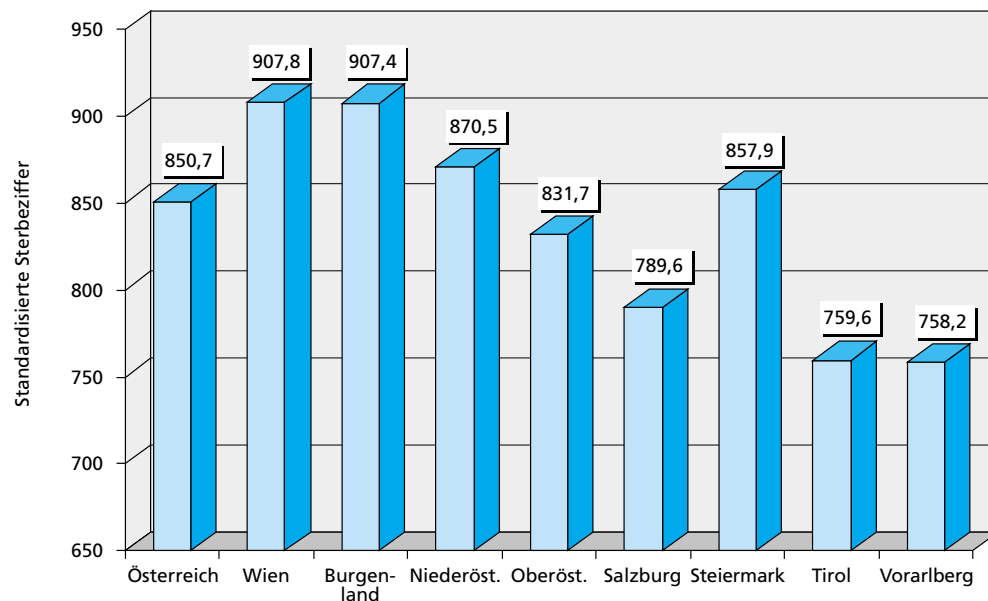
1) Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen der Wohnbevölkerung (altersstandardisiert).

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, ÖBIG-Berechnungen

3.7.4 Die Mortalität in Wien im nationalen Vergleich

Die Sterblichkeit lag in Wien im Zeitraum 1988–1994 über dem österreichischen Durchschnitt: Die **standardisierte Sterbeziffer** (pro 100.000) betrug in diesem Zeitraum in Wien 907,8, im gesamten Bundesgebiet jedoch nur 850,7. Einen annähernd hohen Wert weist neben Wien nur das Burgenland auf (907,4), gefolgt von Niederösterreich (870,5) und der Steiermark (857,9). Eine unterdurchschnittliche Sterblichkeit weisen hingegen Oberösterreich, vor allem aber Tirol, Vorarlberg und Salzburg auf.⁸²

Grafik 46: Standardisierte Sterbeziffer¹⁾ (auf 100.000 Einwohner) – Bundesländer und Österreich insgesamt, 1988/1994



1) Verstorbene auf 100.000 EinwohnerInnen.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/1994, Wien 1998

Die Sterblichkeitsentwicklung Wiens zeigt gegenüber den anderen Bundesländern seit der Periode 1969–1973 den ungünstigsten Verlauf. Im genannten Zeitraum wurden für Wien noch Sterbeziffern um den österreichischen Durchschnitt festgestellt, in der Periode 1988–1994 lag die Sterblichkeit jedoch bereits 7 Prozent über dem Bundesmittel.

Die erhöhten Sterbeziffern Wiens im Vergleich zu den westlichen Bundesländern sind in erster Linie durch eine überhöhte Sterblichkeit der Wiener Bevölkerung an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer überdurchschnittlichen Anzahl von Krebssterbefällen zu erklären. Bei den Krebslokalisationen kommen in Wien vor allem Lungenkrebs, Darmkrebs sowie der weibliche Brustkrebs besonders häufig vor.

Ein klarer Rückgang – eine Halbierung – erfolgte in den letzten 20 Jahren in Wien bei der Sterblichkeit an Krankheiten der Verdauungsorgane. Dies bedeutet den stärksten Rückgang im Vergleich zu allen anderen österreichischen Bundesländern.

⁸² Österreichisches Statistisches Zentralamt: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998.

Bei Krankheiten der Atmungsorgane als Sterbeursache weist Wien einen unterdurchschnittlichen Wert auf, bei Verletzungen und Vergiftungen den niedrigsten im Vergleich zu den anderen Bundesländern.⁸³

Die gegenüber den Bundesländern erhöhte Gesamtmortalität in Wien entspricht einem internationalen Trend: In Großstädten fallen Sterblichkeit und Morbidität ungünstiger aus als in ländlichen Gebieten oder Kleinstädten.

3.7.5 Die Mortalität in Wien im internationalen Vergleich

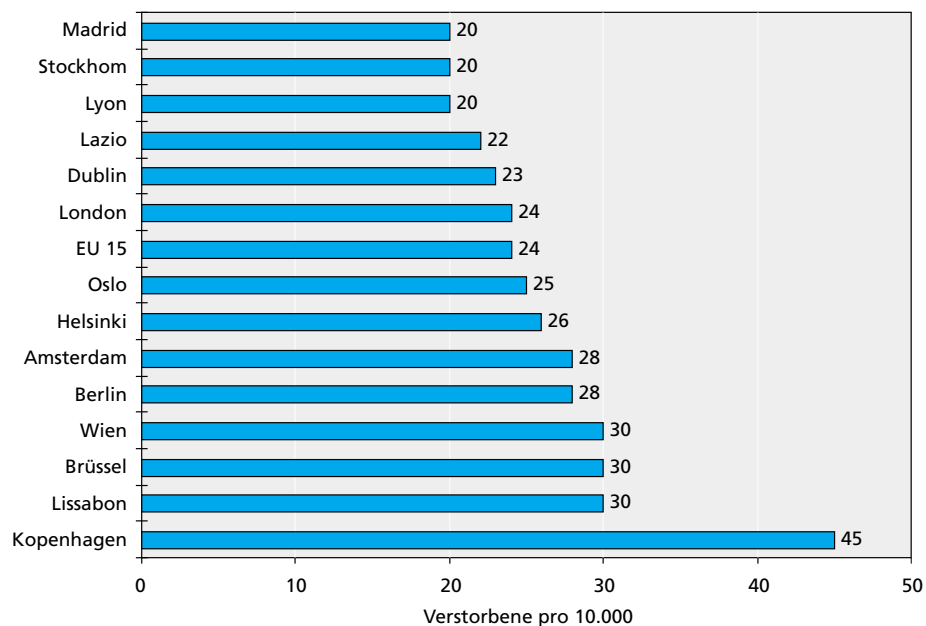
Der Vergleich der Wiener Mortalität mit verschiedenen europäischen Städten beruht auf den Daten des EU-Projektes „Mégapoles“, bei welchem auch die Stadt Wien mitwirkt. Im Rahmen dieses Projektes erschien im Mai 1999 die – von Martin Bardsley verfasste – Studie „Health in Europe’s Capitals“, welche die gesundheitliche Lage sowie die Mortalität der Bevölkerung der einzelnen Städte gegenüberstellt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die standardisierte Mortalitätsrate der unter 65-Jährigen in Wien über dem EU-Durchschnitt liegt. Beim Vergleich Wiens mit den Städten Kopenhagen, Lissabon, Brüssel, Berlin, Amsterdam, Helsinki, Oslo, London, Dublin, Lazio, Lyon, Stockholm und Paris befindet sich Wien mit 30 Verstorbenen pro 10.000 Einwohner (altersstandardisiert) im oberen Drittel der einzelnen Werte (*vgl. Grafik*). Die mit Abstand höchste Rate weist Kopenhagen auf, die niedrigsten Raten haben Madrid, Stockholm und Lyon. Besonders hoch ist die Mortalität Wiens in der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen, in welcher Wien hinter Kopenhagen den zweithöchsten Wert aufweist (Wien: 53,9; Kopenhagen: 73,3; Durchschnitt der Mégapoles-Städte: 38,2).

Nach Todesursachen aufgelistet, lassen sich in Wien – verglichen mit den oben genannten Städten – relativ hohe Mortalitätsraten (standardisiert) vor allem bei Unfällen und Vergiftungen, Selbstmord und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems erkennen. Relativ niedrige Werte treten bei den Todesursachen Verkehrsunfälle, Lungenkrebs, Infektionskrankheiten/parasitäre Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane auf.

Allerdings wird in der Studie eingeräumt, dass durch unterschiedliche Erfassungs- und Berechnungsmethoden statistische Verzerrungen möglich sind.

⁸³ Österreichisches Statistisches Zentralamt: Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998.

Grafik 47: Standardisierte Mortalitätsrate der unter 65-Jährigen in den Mégapoles-Städten

Quelle: Martin Bardsley: *Health in Europe's Capitals*, 1999

3.7.6 Todesursachen bei Säuglingen

In Wien starben 1998 insgesamt 106 Säuglinge, davon 55 männlichen und 51 weiblichen Geschlechts. Die Mortalitätsrate (auf 1.000 Lebendgeborene) beträgt somit für das Jahr 1998 rund 7,0. Dieser Wert liegt etwas über dem Durchschnittswert der letzten Jahre. Ob diese Erhöhung der Mortalitätsrate einen Trend widerspiegelt oder einen einmaligen, zufälligen Ausreißer darstellt, lässt sich erst anhand der Statistiken der nächsten Jahre mit Sicherheit feststellen.

Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen waren auch 1998 kongenitale Anomalien sowie Frühgeburten (Unreife) und plötzlicher Kindestod (SIDS).

Tabelle 50: Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 1998

Diagnose	Anzahl der verstorbenen Säuglinge	Mortalitätsrate auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres	
	1998	Ø 1995–1997	1998 ¹⁾
Infektionskrankheiten	-	0,04	-
Kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems	14	0,65	0,92
Chromosomenanomalien	8	0,19	0,53
Andere kongenitale Anomalien	18	0,67	1,18
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Krankheit der Mutter	6	0,06	0,39
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	2	0,42	0,13
Schädigung d. Fetus oder Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur und Eihäute	9	0,42	0,59
Unreife, Frühgeburt (Geburtsgewicht unter 2.500 g)	16	1,31	1,05
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung	-	0,17	-
Respiratorische Affektionen d. Fetus od. Neugeborenen	7	0,23	0,46
Hämolytische Krankheiten d. Fetus od. Neugeborenen	-	0,02	-
Andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	6	0,40	0,39
Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter (SIDS)	10	0,98	0,66
Unfälle (Vergiftungen und Verletzungen)	-	0,02	-
Mord, Totschlag	1	0,08	0,07
Alle sonstigen Todesursachen	9	0,25	0,59
insgesamt	106	5,89	6,96

1) Anzahl der Lebendgeborenen 1998: 15.235.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien