MA-L
GESUNDHEITSPLANUNG

Wiener

Männer gesundheits bericht

1999

erstellt durch
Univ.-Prof. Dr. Anita Schmeiser-Rieder
und
Univ.-Prof. Dr. Michael Kunze

im Auftrag der
MA-L
Gesundheitsplanung

IMPRESSUM

Projektleitung und Projektkoordination

ao. Univ.-Prof. Dr. Anita Schmeiser-Rieder

o. Univ.-Prof. Dr. Michael Kunze

Berichterstellung und wissenschaftliche Bearbeitung

ao. Univ.-Prof. Dr. Anita Schmeiser-Rieder

Mag. Dr. Ingrid Kiefer

Unter Mitarbeit von

Dr. Hubert Hartl

Stud. Barbara Leitner

Mag. Nicole Mitsche

Cand. med. Charlotte Panuschka

Dr. Michael Schmeiser

Mit Dank für die freundliche Unterstützung

Mag. Jeannette Langgaßner, ÖSTAT

ADir. Vera Dober, ÖSTAT

a. Univ.-Prof. Dr. Christian Vutuc, Institut für Tumorbiologie – Krebsforschung, Wiener Krebshilfe

a. Univ.-Prof. Dr. Michael Micksche, Institut für Tumorbiologie – Krebsforschung, Wiener Krebshilfe

Wiener Krebshilfe

Bettina Schachinger, Berufsförderungsinstitut Wien, Abteilung AMV 1

Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien

Dipl.-Soz. Elisabeth Mayer, MA 15, STD-Ambulanz

Prof. Dr. Larry Brant, Gerontology Research Center, Baltimore

Dr. Thomas Griebling, University of Iowa, Department of Urology

IMPRESSUM

Englische Übersetzung

Jane Neuda

Mag. Sujata Wagner

Projektinitiative

Dr. Hannes Schmidl

Endredaktion

Mag. Monika Csitkovics

Lektorat

Mag. Susanne Spreitzer

Umschlaggestaltung

Mag. art. Christian Fischer

Grafische Produktion

Peter Sachartschenko & Mag. Susanne Spreitzer OEG

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger

Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung, Schottenring 24, 1010 Wien.

Herstellungsort: Wien

VORWORT

Gesundheit hängt nicht nur von der sozialen Lage und den persönlichen Lebensbedingungen ab. Gesundheit ist auch altersabhängig und keinesfalls geschlechtsneutral. Deshalb haben wir bereits vor mehreren Jahren begonnen, die Gesundheitssituation der Wienerinnen und Wiener speziell nach Zielgruppen zu untersuchen.

Die Expertenberatungen über Fragen der Frauengesundheit haben deutlich gemacht, welche Defizite sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der kurativen Medizin entstehen können, wenn solchen geschlechtsspezifischen Unterschieden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Fülle der Erkenntnisse hat übrigens zu einem eigenen Wiener Frauengesundheitsprogramm geführt, das im November des Vorjahres durch einen Beschluß des Wiener Gemeinderates Verbindlichkeit erhielt.

Gerade die politische Diskussion in diesem Zusammenhang hat aber auch die Fragen nach der Männergesundheit aktualisiert. Zeitlich mag es ein Zufall sein, inhaltlich ist es das sicher nicht: Es ist zunehmend auch die Medizin selbst, die auf der fachlichen Ebene ihre Rolle und den Zugang zur Gesundheitssituation der Männer thematisiert. So wäre es sicher falsch, die Bestrebungen, dem „Frauenarzt" einen „Männerarzt" als neues Medizinerfach zur Seite zu stellen, als bloßes Erschließen zusätzlicher Nachfragefelder abzutun.

Männer sind weltweit von vorzeitiger Morbidität und Mortalität betroffen. Trotzdem stellt das Thema Männergesundheit ein bisher kaum erforschtes Gebiet dar. Um diesem Defizit entgegenzuwirken, beauftragte die Stadt Wien Univ.-Prof. Dr. Anita Schmeiser-Rieder und Univ.-Prof. Dr. Michael Kunze mit der Erstellung eines Wiener Männergesundheitsberichtes. Mit diesem Bericht wird in Österreich das Thema Männergesundheit erstmals explizit einer genauen Analyse unterzogen. Der Bericht gibt Auskunft über den Gesundheitszustand und spezielle gesundheitliche Risiken der männlichen Wiener Bevölkerung. Zudem beschäftigt er sich mit demographischen Gegebenheiten und Trends sowie der sozialen Situation und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Wiener Männer. Ein besonderes Augenmerk gilt jenen Gesundheitsbereichen, die für den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung von zentraler Bedeutung sind – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lebensstil, geschlechts- und altersspezifische Erkrankungen sowie Bildung und Sozialverhalten.

Das wesentliche Ergebnis des Berichtes ist die Erkenntnis, daß die männliche Bevölkerung über ein besonders großes präventives Potential verfügt. Die Förderung dieses Potentials – durch entsprechende gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen – kann eine weitere Steigerung der Lebenserwartung und eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes für die gesamte Bevölkerung bewirken. Diese Überlegungen werden in das Wiener Männergesundheitsprogramm Eingang finden.

Wien, Juli 1999

Der amtsführende Stadtrat für
Gesundheits- und Spitalswesen

Dr. Sepp Rieder

INHALTSVERZEICHNIS

I. ZUSAMMENFASSUNG 21

II. SUMMARY 27

III. EINLEITUNG 31–40

3.1 „WAS IST MÄNNERGESUNDHEIT?" 36

IV. DEMOGRAPHIE 41–56

4.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR ÖSTERREICHS UND WIENS 43

4.2 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG DER ÖSTERREICHISCHEN MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG UND DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN 45

4.3 LEBENSERWARTUNG 47

4.3.1 LEBENSERWARTUNG UND TRENDS DER LEBENSERWARTUNG DER ÖSTERREICHISCHEN UND WIENER BEVÖLKERUNG 48

4.3.2 LEBENSERWARTUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH 50

4.3.3 DIE NIEDRIGERE LEBENSERWARTUNG DER MÄNNER 51

4.3.4 LEBENSERWARTUNGSPROGNOSEN 52

4.3.5 GESUNDHEITSERWARTUNG – BEHINDERUNGSFREIE LEBENSERWARTUNG 53

V. SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION 57–84

5.1 SOZIALE FAKTOREN UND GESUNDHEIT 59

5.2 SOZIOÖKONOMISCHE UNTERSCHIEDE IN DER MORTALITÄT BEI MÄNNERN 61

5.3 BILDUNG UND BERUF 63

5.4 EINKOMMEN 66

5.5 FAMILIENSITUATION 68

5.6 SOZIALKONTAKTE 68

5.7 ARBEITSLOSIGKEIT 70

5.7.1 EPIDEMIOLOGIE DER ARBEITSLOSIGKEIT 70

5.7.2 LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT 73

5.7.3 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT 74

5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien 75

5.8 OBDACHLOSIGKEIT BEI MÄNNERN IN WIEN 75

5.9 MIGRATION/AUSLÄNDISCHE MÄNNER IN WIEN 79

VI. GESUNDHEITSSTATUS 85–128

6.1 EPIDEMIOLOGIE 87
6.1.1 KRANKENHAUSENTLASSUNGSSTATISTIK 88
6.1.2 SELF-REPORTED MORBIDITY 90
6.1.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit 90
6.1.2.2 SERMO-Studie 91
6.1.3 TODESURSACHEN IN WIEN UND GESAMTÖSTERREICH 93
6.1.4 MITTLERES STERBEALTER DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN 96
6.1.5 VERLORENE LEBENSJAHRE DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN 97
6.1.6 HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN 100
6.1.7 DIABETES MELLITUS 106
6.1.8 KREBS 109
6.1.8.1 Prostatakarzinom 112
6.1.8.2 Lungenkrebs 116
6.1.8.3 Kolorektalkrebs 117
6.1.8.4 Blasenkrebs 118
6.1.8.5 Magenkrebs 119
6.1.8.6 Hodenkrebs 120
6.1.8.7 Prävention 121
6.1.9 CHRONISCHE LEBERERKRANKUNGEN UND LEBERZIRRHOSE 122
6.1.10 UNFÄLLE ALS TODESURSACHE 123
6.1.10.1 Selbstmord als Todesursache 126

VII. ARBEIT UND GESUNDHEIT 129–134

7.1 URSACHEN VON KRANKENSTÄNDEN IN DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG 131
7.2 BERUFSKRANKHEITEN 132
7.3 INVALIDITÄT 134

VIII. LIFESTYLE 135–154

8.1 GESUNDHEITSVORSORGE UND LEBENSSTILMEDIZIN 138
8.2 NIKOTINABHÄNGIGKEIT 139
8.2.1 STRATEGIEN ZUR KRANKHEITSKONTROLLE – AUSBLICK 141
8.3 ERNÄHRUNG UND KÖRPERGEWICHT 141
8.3.1 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS 141
8.3.2 ESSSTÖRUNGEN 142
8.3.2.1 Anorexia nervosa 142
8.3.2.2 Bulimia nervosa 143
8.3.2.3 Binge-eating-disorder 143
8.4 BEWEGUNG 143
8.5 ALKOHOLKONSUM 146
8.6 ILLEGALER DROGENKONSUM 148
8.6.1 DROGENKONSUM UND SEINE MÖGLICHEN URSACHEN 151
8.6.2 DROGEN UND AIDS 151
8.7 MÄNNERBERATUNGSSTELLEN 152

IX. SEXUELLE GESUNDHEIT 155–168

9.1 SEXUELLE ORIENTIERUNG 157
9.2 GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND SEXUELL ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (STD) 158
9.2.1 DIE KLASSISCHEN GESCHLECHTSKRANKHEITEN 159
9.2.1.1 Prävalenz 159
9.2.1.2 Behandlung 160
9.2.2 HIV UND AIDS 161
9.2.2.1 AIDS 162
9.2.2.2 HIV-Infektionen 162
9.2.3 VIRALE HEPATITIDEN 164
9.2.4 HOSPITALISIERUNGEN 165
9.3 INFERTILITÄT, VERHÜTUNG, KLIMAKTERIUM VIRILE 166
9.4 BETREUUNG, BERATUNG, INFORMATIONEN 167

X. SEELISCHE GESUNDHEIT 169–184

10.1 STRESS 171
10.1.1 EPIDEMIOLOGIE 171
10.1.2 SEELISCHE BELASTUNG DURCH DEN BERUF 172
10.2 DEPRESSION, PSYCHISCHE KRANKHEITEN 176
10.2.1 DEPRESSION 176
10.2.1.1 Epidemiologie 176
10.2.1.2 Gesundheitspolitische Aspekte 180
10.2.1.3 Prävention 180
10.2.1.4 Ökonomische Aspekte 181
10.2.2 PSYCHISCHE KRANKHEITEN 181

XI. GESUNDHEITSVERSORGUNG 185–190

11.1 GESCHLECHTSDIFFERENZEN IN DER INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS 187
11.2 INANSPRUCHNAHME DER VORSORGEUNTERSUCHUNG DER MÄNNLICHEN WIENER BEVÖLKERUNG 189

XII. GESUNDHEITSFÖRDERUNG 191–202

12.1 GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN 194
12.1.1 ERNÄHRUNGSBEWUSSTSEIN 194
12.1.2 CHOLESTERINBEWUSSTSEIN 195
12.1.3 BLUTDRUCKBEWUSSTSEIN 195
12.1.4 EINSTELLUNG ZU VORSORGEUNTERSUCHUNGEN DER MÄNNLICHEN WIENER BEVÖLKERUNG 196

XIII. SENIOREN IN WIEN **203–226**

13.1 SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION **206**
13.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE DES ALTERNS **206**
13.3 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE BEI DER FAMILIENSITUATION ÄLTERER MENSCHEN IN ÖSTERREICH **207**
13.4 SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND DER ÄLTEREN MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG **209**
13.5 PFLEGESITUATION UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT VON ÄLTEREN MÄNNERN IN ÖSTERREICH UND WIEN **210**
13.6 ERKRANKUNGEN DES ÄLTEREN UND ALTEN MANNES **211**
13.6.1 OSTEOPOROSE 211
13.6.2 DEMENZERKRANKUNGEN 214
13.6.2.1 Demenzfreie Lebenserwartung 217
13.6.3 PROSTATAHYPERTROPHIE 217
13.6.4 INKONTINENZ 219
13.7 ALTERSFORSCHUNG – „THE AGING MALE" **221**
13.7.1 THE AGING MALE 222
13.7.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ERGEBNISSE DER „BALTIMORE LONGITUDINAL AGING STUDY" (BLSA) 224

XIV. RESÜMEE **227–230**

XV. LITERATUR **231–248**

TABELLENVERZEICHNIS

III. EINLEITUNG 33–40

Tabelle 3.1.1: Aufteilung der häufigsten Erkrankungen von 60jährigen Männern in den entwickelten Ländern (Angaben in Prozent) 38

IV. DEMOGRAPHIE 41–56

Tabelle 4.1.1: Österreichische Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen 44

Tabelle 4.1.2: Wiener Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen 44

Tabelle 4.3.1: Mittlere Lebenserwartung der Männer in Österreich 1976, 1986 und 1996 50

Tabelle 4.3.2: Lebenserwartung 1996 bei der Geburt – internationale Vergleiche (Angaben in Jahren) 51

V. SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION 57–84

Tabelle 5.3.1: Höchste abgeschlossene Schulbildung der männlichen Bevölkerung (ab 15 Jahren) in Österreich und Wien, in 1.000 63

Tabelle 5.3.2: Entwicklung der Maturantenzahlen von 1971 bis 1995, Prognosewerte bis 2010 in Prozent des Durchschnitts der 18- bis 20jährigen 64

Tabelle 5.3.3: Entwicklung des Männeranteils an den Erstinskribierenden und an den Hörerzahlen von 1976 bis 1995 und Prognose bis 2010 (Angaben in Prozent) 64

Tabelle 5.3.4: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Wiener Männer 1991 nach Bezirken (Angaben in Prozent) 65

Tabelle 5.3.5: Quote der berufstätigen Männer, die im Bezirk wohnen, nach Stellung im Beruf 1991 (Angaben in Prozent) 66

Tabelle 5.4.1: Durchschnittliches Bruttoeinkommen der männlichen Arbeiter und Angestellten im Bundesländervergleich 1997 (Angaben in öS) 67

Tabelle 5.4.2: Prozentsatz der ökonomisch aktiven Population 67

Tabelle 5.5.1: Familienstand der männlichen Wiener Bevölkerung 1997 in 1.000 68

Tabelle 5.7.1: Arbeitslose Männer in Wien im Dezember 1998 nach Berufen 72

Tabelle 5.8.1: Dauer der Obdachlosigkeit der männlichen Wiener Obdachlosen 78

Tabelle 5.8.2: Schulabschluß der männlichen Obdachlosen im Vergleich zur männlichen Wiener Bevölkerung (Angaben in Prozent) 78

Tabelle 5.9.1: Gesamte inländische und ausländische Wohnbevölkerung in Wien 1997 80

Tabelle 5.9.2: Anteil der aus- und inländischen Männer in Wien 1997 80

Tabelle 5.9.3: Nationalität in Österreich, nach Geschlecht 81

Tabelle 5.9.4: Nationalität in Wien, nach Geschlecht 81

Tabelle 5.9.5: Physische Beschwerden der männlichen Ausländer und österreichischen Staatsbürger 83

VI. GESUNDHEITSSTATUS 85–128

Tabelle 6.1.1:	Die 10 häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte Wiener Männer (1996)	89
Tabelle 6.1.2:	Die 10 häufigsten Ursachen von Krankenhausaufenthalten männlicher Patienten in Wien	89
Tabelle 6.1.3:	Die 10 häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte stationär behandelter männlicher Patienten 1996 in Österreich	90
Tabelle 6.1.4:	Die häufigsten Erkrankungen der Männer in Wien, 1995	92
Tabelle 6.1.5:	Die häufigsten Beschwerden der Männer in Wien, 1995	92
Tabelle 6.1.6:	Anzahl der Todesfälle und Anteil der Todesursachen ausgewählter Krankheiten, Männer in Wien und Österreich, 1996	94
Tabelle 6.1.7:	Mittleres Sterbealter bei ausgewählten Krankheiten der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996	96
Tabelle 6.1.9:	Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten Krankheiten der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996	98
Tabelle 6.1.10:	Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten bösartigen Neubildungen der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996	99
Tabelle 6.1.11:	Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten Verletzungen und Vergiftungen der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996	99
Tabelle 6.1.12:	An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Männer nach Bundesländern	101
Tabelle 6.1.13:	Standardisierte Sterbeziffern nach Ursachen für Männer in Österreich	101
Tabelle 6.1.14:	Geschätzte Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen	102
Tabelle 6.1.15:	Geschätzte Prävalenz der koronaren Herzkrankheit	102
Tabelle 6.1.16:	Anzahl der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Wiener Männer nach Alter, 1996	103
Tabelle 6.1.17:	An akutem Myokardinfarkt gestorbene Männer nach Bundesland	104
Tabelle 6.1.18:	Ausgewählte Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der männlichen Wiener Bevölkerung (Absolutzahlen) (Spitalsentlassungsstatistik, 1996)	105
Tabelle 6.1.19:	An Hirngefäßerkrankungen gestorbene Männer nach Bundesland (1996)	105
Tabelle 6.1.20:	Männliche Patienten in Wien mit Hauptdiagnose Diabetes,1996, nach Alter	108
Tabelle 6.1.21:	Krebsinzidenzrate der gesamtösterreichischen Bevölkerung nach Lokalisation und Geschlecht	110
Tabelle 6.1.22:	Krebsinzidenzrate der Wiener Männer nach Lokalisation, 1996	111
Tabelle 6.1.23:	Gesamtzahl der gestorbenen Wiener Männer nach Ursachen, 1997	123
Tabelle 6.1.24:	Altersverteilung bei Todesursache Unfall (E800–E949)	124
Tabelle 6.1.25:	Mittleres Sterbealter der Wiener Männer in Jahren	124
Tabelle 6.1.26:	Verlorene Lebensjahre pro Todesfall der Männer in Wien	125
Tabelle 6.1.27:	Verletzungen der Wiener Männer, 1996	125
Tabelle 6.1.28:	Suizid und Suizidversuch, Wien 1991 bis 1997	126

VII. ARBEIT UND GESUNDHEIT 129–134

Tabelle 7.1.1:	Krankenstandsursachen 1997 der Wiener Männer (Angaben in Prozent)	132
Tabelle 7.2.1:	Krankheiten durch physikalische Einwirkungen	133
Tabelle 7.2.2:	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und des Bauchfells	134

VIII. LIFESTYLE 135–154

Tabelle 8.2.1: Rauchverhalten der Männer in Wien 140
Tabelle 8.4.1: Männer in Wien, die regelmäßig Sport betreiben, 1996 143
Tabelle 8.4.2: Wiener Männer als Freizeitsportler (Angaben in Prozent) 144
Tabelle 8.4.3: Freizeitprofile zwischen Wunsch und Wirklichkeit 144

IX. SEXUELLE GESUNDHEIT 155–168

Tabelle 9.2.1: Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz) 160
Tabelle 9.2.2: Sexuell übertragbare Krankheiten (STD-Ambulanz) 160
Tabelle 9.2.3: Behandlung der Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz) 160
Tabelle 9.2.4: Behandlungen anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten (STD-Ambulanz) 161
Tabelle 9.2.5: AIDS: Erkrankungen (E) und Todesfälle (T) 162
Tabelle 9.2.6: HIV-Infektionen und AIDS 1 163
Tabelle 9.2.7: HIV-Infektionen und AIDS 2 163
Tabelle 9.2.8: HIV-Infektionen 1985 bis 1998 164
Tabelle 9.2.9: Virale Hepatitiden bei Männern und Frauen in Wien, 1997 und 1998 165
Tabelle 9.2.10: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Männer 165
Tabelle 9.3.1: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Hospitalisierungen wegen männlicher Infertilität 166

X. SEELISCHE GESUNDHEIT 169–184

Tabelle 10.1.1: Arbeitsgefühl bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis 173
Tabelle 10.1.2: Verhaltensänderung durch Überbelastung bei Männern 174
Tabelle 10.1.3: Gesundheitsstörungen bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis 175
Tabelle 10.2.1: Häufigkeit psychosozialer Probleme in den letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht 178
Tabelle 10.3.1: Psychiatrische Krankheiten als Ursache für stationären Krankenhausaufenthalt von in Wien wohnhaften Männern, 1996 182
Tabelle 10.3.2: Stationär behandelte Männer aufgrund psychiatrischer Krankheiten in Gesamtösterreich 183

XI. GESUNDHEITSVERSORGUNG 185–190

Tabelle 11.2.1: Vorsorgeuntersuchungen 1997 nach Bundesländern 189
Tabelle 11.2.2: Vorsorgeuntersuchungen 1996 und 1997 in Österreich und Wien 189

XII. GESUNDHEITSFÖRDERUNG 191–202

Tabelle 12.1.1: Lebensmittelverzehr der Wiener Bevölkerung 195

XIII. SENIOREN IN WIEN **203–226**

Tabelle 13.3.1: Prozentsatz der Verwitweten bei den 60jährigen und älteren in den Ländern mit den höchsten Bevölkerungsraten 1996 208

Tabelle 13.6.1: Entwicklung der Prävalenz von Alzheimer-Demenz und der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ bis zum Jahr 2050 216

IV. DEMOGRAPHIE 43

Abbildung 4.3.1: Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich 1950 bis 1996 48
Abbildung 4.3.2: Lebenserwartung der Männer bei der Geburt 1996 nach Bundesländern 49

V. SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION 59

Abbildung 5.6.1: Treffen mit Verwandten, nach Geschlecht (Angaben in Prozent) 69
Abbildung 5.7.1: Gemeldete Arbeitslose in Österreich im Monat Dezember 1991–1998 70
Abbildung 5.7.2: Arbeitslosenrate der Männer seit 1990 in Österreich (Angaben in Prozent) 71
Abbildung 5.7.3: Altersverteilung der arbeitslosen Männer in Wien im Dezember 1998 (Angaben in Prozent, Alterseinteilung in Jahre) 71
Abbildung 5.7.4: Schulbildung der männlichen Arbeitslosen in Wien (Angaben in Prozent) 72
Abbildung 5.7.5: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen in Tagen 73
Abbildung 5.8.1: Altersverteilung der männlichen Obdachlosen in Wien 76
Abbildung 5.8.2: Herkunft der männlichen Obdachlosen in Wien 76
Abbildung 5.8.3: Familienstand der männlichen Obdachlosen in Wien 77
Abbildung 5.8.4: Suchtmittelgebrauch der männlichen Obdachlosen 77

VI. GESUNDHEITSSTATUS 87

Abbildung 6.1.1: Chronische Krankheiten der männlichen Wiener Bevölkerung 93
Abbildung 6.1.2: Anteil der Todesursachen der Männer 1996 in Wien und Österreich 95
Abbildung 6.1.3: Entwicklung der Sterblichkeit bei allen Erkrankungen von 1970 bis 1996 96
Abbildung 6.1.4: Entwicklung der Sterblichkeit an Diabetes mellitus von 1970 bis 1996 107
Abbildung 6.1.5: Entwicklung der Inzidenz des Prostatakarzinoms bei Wiener Männern zwischen1983 und 1996 113
Abbildung 6.1.6: Spitalsentlassungsstatistik 1996 für Wien, maligne Neoplasien der Prostata (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren) 114
Abbildung 6.1.7: Krebsinzidenzrate für Lungenkrebs bei Wiener Männern 116
Abbildung 6.1.8: Krebsinzidenzrate für Kolorektalkrebs bei Wiener Männern 117
Abbildung 6.1.9: Krebsinzidenzrate für Blasenkrebs bei Wiener Männern 118
Abbildung 6.1.10: Krebsinzidenzrate für Magenkrebs bei Wiener Männern 119
Abbildung 6.1.11: Krebsinzidenzrate für Krebs der männlichen Geschlechtsorgane bei Wiener Männern 120
Abbildung 6.1.12: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose von 1970 bis 1996 122
Abbildung 6.1.13: Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose bei Männern, 1994, in ausgewählten Ländern 122
Abbildung 6.1.14: Suizide nach Alter, Wien 1997 127

VII. ARBEIT UND GESUNDHEIT 131

Abbildung 7.2.1: Die häufigsten Berufserkrankungen bei Männern 133

VIII. LIFESTYLE **137**

Abbildung 8.2.1: Regelmäßige Raucher in Wien nach Alter 140
Abbildung 8.5.1: Alkoholkonsum in Wien nach Geschlecht 148
Abbildung 8.6.1: Alter der polizeilich registrierten Drogenopfer in Wien in den Jahren 1990 bis 1996 (Angaben in durchschnittlichem Alter in Jahren) 149
Abbildung 8.6.2: In Notfälle verwickelte Personen nach Geschlecht 149
Abbildung 8.6.3: Einsatzfahrten der Wiener Rettung aufgrund von Drogen in den Jahren 1987 bis 1997 150
Abbildung 8.6.4: Anzahl der polizeilich registrierten Drogenopfer in Wien nach Geschlecht 150
Abbildung 8.6.5: Anzahl der Substitutionsbehandlungen in Wien in den Jahren 1991, 1993, 1996 und 1997 151

IX. SEXUELLE GESUNDHEIT **157**

Abbildung 9.2.1: Gonorrhoe und Lues bei Männern in Wien, Gegenüberstellung 1997 vs. 1998 159
Abbildung 9.2.2: HIV-Infektionen 1985 bis 1998 163

X. SEELISCHE GESUNDHEIT **171**

Abbildung 10.1.1: Streßsituationen der männlichen Wiener Bevölkerung 172
Abbildung 10.1.2: Zeitaufwand pro Woche (in Stunden) für den Beruf bei Männern 173
Abbildung 10.2.1: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Geschlecht in Wien, 1997 179
Abbildung 10.2.2: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Altersgruppen und Geschlecht in Wien, 1997 179
Abbildung 10.3.1: Die drei häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach Alter, 1996 (Männer in Wien) 182

XI. GESUNDHEITSVERSORGUNG **187**

Abbildung 11.1.1: Männliche stationäre Patienten in Wien, 1996, nach Alter 188

XII. GESUNDHEITSFÖRDERUNG **191–202**

Abbildung 12.1.1: Einschätzung der allgemeinen Bedrohung durch verschiedene Erkrankungen 196
Abbildung 12.1.2: Einschätzung der persönlichen Bedrohung durch verschiedene Erkrankungen 197
Abbildung 12.1.3: Einschätzung der Lokalisation der häufigsten Tumore bei Männern 197
Abbildung 12.1.4: Faktoren, die mit einem „sehr großen Einfluß“ auf die Krebsentstehung eingeschätzt werden 198
Abbildung 12.1.5: Häufigkeit des Auftretens von spürbaren Beschwerden im Frühstadium von Krebserkrankungen 199
Abbildung 12.1.6: Einschätzung der Möglichkeit der Krebsfrüherkennung bei der Gesundenuntersuchung 199

Abbildung 12.1.7: Kenntnis der Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchung in Österreich und Wien 200
Abbildung 12.1.8: Angaben zu Abständen zwischen den Prostata-Vorsorgeuntersuchungen der Wiener (Angaben in Prozent) 201
Abbildung 12.1 9: Informationsgefühl über Krebserkrankungen im allgemeinen (Angaben in Prozent) 202

XIII. SENIOREN IN WIEN 203–226

Abbildung 13.6.1: Geschätzte altersspezifische Demenzerkrankungen der Wiener Männer 1996 216
Abbildung 13.6.2: Spitalsentlassungsstatistik 1996 für Wien, Prostatahyperplasie (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren) 218

I.
ZUSAMMENFASSUNG

1 ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Männergesundheitsbericht möchte, aufbauend auf der Darstellung der demographischen Gegebenheiten und Trends sowie des Gesundheitszustandes der männlichen Bevölkerung, eine Grundlage für die Definition der Schwerpunkte für das Gesundheitswesen zur Männergesundheit liefern. Dieser Bericht geht vor allem auf jene Gesundheitsbereiche ein, die für den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung von besonderer Bedeutung sind, weiters auf Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Situation der Männer. Folgende Ergebnisse sind dabei von besonderem Interesse:

- Von den 1,6 Millionen WienerInnen sind 47,2 % Männer. Bis zur Altersgruppe der 45jährigen überwiegt der Anteil der Männer in der Bevölkerung. Bei den über 60jährigen beträgt der Männeranteil lediglich 36,2 %. Die demographischen Prognosen lassen jedoch, vor allem bei den jüngeren SeniorInnen, bis zum Jahr 2030 relativ ausgeglichene Geschlechterproportionen erwarten.
- Männer haben sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich eine um 6 Jahre kürzere Lebenserwartung als Frauen. Die Lebenserwartung der Wiener Männer liegt derzeit bei 73 Jahren und damit ein Jahr unter dem Bundesdurchschnitt. Die Lebenserwartung der Männer hat ein enormes Potential, weiter zu wachsen, da viele frühzeitig auftretende Todesfälle zu verhindern wären.
- Über 70 % der Wiener Männer schätzen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut" beziehungsweise „gut" ein. Etwa ein Fünftel leidet unter chronischen Erkrankungen, vor allem an Bluthochdruck und chronischem Gelenksrheuma.
- Gesundheitszustand und Mortalität sind bei Männern besonders eng mit sozialen Faktoren, wie Bildungs- und Einkommensstatus, verknüpft. Pflichtschulabsolventen weisen eine doppelt so hohe Sterblichkeit als Hochschulabsolventen auf.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Unfälle sind die drei häufigsten Todesursachen bei Männern. Sie sind auch für die Mehrzahl der stationären Aufenthalte verantwortlich.
- Über 50 % der Männer sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das sind für Wien über 4.000 Männer im Jahr 1996. Wien hat in Österreich die höchste Herz-Kreislauf-Mortalität. Ein Drittel bis die Hälfte der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird durch die koronare Herzerkrankung verursacht. Etwa 15 % aller Männer leiden an einer koronaren Herzkrankheit. Die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind bis zu 40 % auf diese Erkrankung zurückzuführen. Es sind vor allem die Lebensstilfaktoren, die diese Übersterblichkeit verursachen. In Wien sterben 11 % aller Männer durch einen akuten Myokardinfarkt, 13 % durch Hirngefäßerkrankungen. Insgesamt gehen die Sterblichkeitsraten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück, auch bei den Männern. Hinweise, daß die Inzidenz zurückgeht, gibt es nicht. Es ist aber anzunehmen, daß der Schweregrad der Erkrankungen und damit die Fatalitätsrate abnimmt.
- Männer haben ein höheres Risiko, an Krebserkrankungen zu sterben, als Frauen. Die altersstandardisierte Krebsinzidenzrate beträgt bei Wiener Männern 435/100.000. In Wien wie im gesamten Bundesland erkranken Männer am häufigsten an Prostatakarzinom, Lungenkarzinom und Kolorektalkarzinom. Seit 1986 war eine Zunahme der Inzidenz bei Prostatakarzinom, Pankreaskarzinom, Lippen-, Mundhöhlen-, Rachenkarzinom und Leberkarzinom zu verzeichnen.
- Die Inzidenzrate für das Prostatakarzinom ist bei den über 60jährigen seit 1983 um über 50 % angestiegen. Die Sterblichkeitsrate ist hingegen gesunken. Das mittlere Sterbealter liegt beim Prostatakarzinom um 10 Jahre höher als bei anderen, durch Krebs verursachten Todesfällen.
- Zigarettenrauchen ist jener Risikofaktor, der die Lebenserwartung der Männer erheblich beeinträchtigt. Etwa 90 % aller Lungenkrebsfälle sind durch Zigarettenrauchen verursacht. Lungenkrebs ist die bedeutendste Krebstodesursache bei Männern. Zwar nimmt der Anteil der an Lungenkrebs erkrankten Wiener Männer seit 1993 kontinuierlich ab (im Gegensatz zu den Frauen) – die Sterblichkeit bei Lungenkrebs liegt aber bei den Wiener Männern aber um 11 % über dem Bundesdurchschnitt. Die männliche Inzidenzrate liegt derzeit bei 74/100.000.

- Männer haben ein fast doppelt so hohes Risiko, an Darmkrebs zu sterben, als Frauen. In Wien liegt die Sterberate um 15 % über dem Bundesdurchschnitt. Die Inzidenzrate ist seit 1995 von 60/100.000 auf 69/100.000 angestiegen.
- Unfälle, hoher Alkoholkonsum und Selbstmorde gehören zu jenen Ursachen, die für die niedrigere Lebenserwartung der Männer verantwortlich sind.
- Das mittlere Sterbealter liegt bei den männlichen Unfallopfern in Wien bei 42,4 Jahren. In Wien hat sich jedoch die Sterblichkeit durch KFZ-Unfälle seit 1981 um 60 % verringert. Insgesamt starben 1997 in Wien 508 Männer durch Unfälle, Vergiftungen und gewaltsamen Tod, darunter waren 187 Selbstmordopfer. Männer begehen dreimal häufiger Selbstmord als Frauen (obwohl Frauen die dreifach höhere Rate an Selbstmordversuchen aufweisen). Am häufigsten betroffen sind die Altersgruppen der 30- bis 40jährigen und der über 80jährigen.
- Die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Leberzirrhose sind unbestritten. Männer haben das dreifache Risiko, an Leberzirrhose zu sterben, als Frauen. Das mittlere Sterbealter bei Leberzirrhose liegt bei etwa 60 Jahren. Die Leberzirrhosesterblichkeit der österreichischen Männer ist im internationalen Vergleich an zweiter Stelle gereiht (nach Ungarn).
- Krankenstände werden in erster Linie durch Erkrankungen der Atemwege hervorgerufen (bei 40 %). Bei Berufskrankheiten stehen diese an zweiter Stelle, nach Lärmschäden. Die Folgen von Arbeitsunfällen und Sportunfällen verursachen bei Männern doppelt so viele Krankenstände wie bei Frauen und stehen an dritter Stelle der Krankenstandsursachen. Invaliditäts- und vorzeitige Alterspensionen sind vor allem auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurückzuführen, weiters auf Herzkrankheiten, Erkrankungen der Atemwege und psychische Erkrankungen.
- Etwa 40 % der Wiener Männer leiden laut eigenen Aussagen unter Streß. Besonders belastend empfinden sie Zeitdruck und schwere körperliche Arbeit. Bei Überbelastung wird vor allem mit erhöhtem Zigarettenkonsum, Alkoholkonsum und Überernährung reagiert.

- Aufgrund der demographischen Entwicklung werden die Alterserkrankungen des Mannes, wie Prostatahypertrophie, Prostatakarzinom, Osteoporose, Inkontinenz und Demenzerkrankungen, immer mehr an Bedeutung gewinnen.
- In Österreich wird es zwischen den Jahren 2010 und 2040 zu einem rapiden Ansteigen osteoporotischer Frakturen kommen. Eine der häufigsten Ursachen für die männliche Osteoporose ist der Alkoholkonsum.
- Männer sind zur Zeit häufiger von Multiinfarktdemenzen als von Alzheimer-Demenz betroffen. Man kann, auf Basis internationaler epidemiologischer Studien, davon ausgehen, daß in Wien etwa 6.800 Männer an einer Demenzerkrankung leiden. Die Multiinfarktdemenz ist mit den gleichen Risikofaktoren behaftet wie Herzerkrankungen. Diese Risikofaktoren, wie z.B. Bluthochdruck und Zigarettenrauchen, treten in der männlichen Bevölkerung besonders gehäuft auf (40 % der Wiener Männer sind Zigarettenraucher, über ein Viertel leidet unter Bluthochdruck).
- Die Prostatahypertrophie zählt zu den häufigsten Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter. Eine klinisch relevante Prostatahypertrophie betrifft etwa 14 % der 40- bis 49jährigen Männer und 43 % der 60- bis 69jährigen Männer. Eine ausreichend gesundheitsstatistische Erfassung dieser Erkrankung liegt nicht vor. 1996 waren an die 1.700 Wiener Männer aufgrund einer Prostatahypertrophie in stationärer Behandlung, annähernd 60 % dieser Männer waren über 70 Jahre alt.
- Harninkontinenz betrifft etwa ein Drittel der Männer, vor allem Männer über dem 60. Lebensjahr. Bei der männlichen Bevölkerung mittleren Alters und bei Jüngeren wird die Prävalenz auf 3 bis 5 % geschätzt. Urologische Probleme sind häufig auftretende Beeinträchtigungen der männlichen Gesundheit. In Untersuchungen werden von bis zu 90 % der Männer ab dem 50. Lebensjahr urologische Probleme angegeben, zwei Drittel dieser Männer fühlen sich dadurch erheblich beeinträchtigt.

- Im Alter leben Männer weniger häufig allein, und bei Krankheit werden sie in größerem Ausmaß von der Partnerin betreut. Hilfsbedürftigkeit ist weniger häufig gegeben. Sie pflegen auch mehr Sozialkontakte und geben häufigere Freizeitaktivitäten an. Der Umstand der Vereinsamung im Alter trifft auf Männer wesentlich seltener zu.
- Männer frequentieren Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens wesentlich seltener als Frauen. In Wien waren 43 % der stationären Aufenthalte durch Männer bedingt, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 12,7 Tagen. Aus internationalen Untersuchungen geht hervor, daß die Hospitalisierungsrate bei Männern jedoch insgesamt höher ist. In bezug auf die Lebenszeitkosten im Gesundheitswesen ist der höchste Anteil im letzten Lebensjahr vorzufinden.
- Männer sind seltener in Vorsorgeeinrichtungen anzutreffen als Frauen. In Wien waren 1997 etwa 5 % bei einer Gesundenuntersuchung. In Gesamtösterreich waren es knapp 7 %. Auffällige Befunde sind bei Männern wesentlich häufiger als bei Frauen. Die insgesamt geringere Anzahl von Arztkontakten verringert auch die Chance auf die Früherkennung von Krankheiten. Insgesamt weist das Gesundheitsbewußtsein der männlichen Bevölkerung erhebliche Defizite auf. Es bedarf einer erheblichen Motivationsarbeit für die Erhöhung der Teilnahme von Männern an Präventionsmaßnahmen.
- Männer sind damit als spezifische Zielgruppe präventivmedizinischer Maßnahmen anzusprechen. Das präventive Potential („Gesundheitspotential") ist in bezug auf die männliche Bevölkerung besonders groß, und die Lebens- sowie Gesundheitserwartung sind deutlich auszubauen. Die Ziele dafür sind auf der einen Seite die Reduktion der Risikofaktoren für die häufigsten Ursachen frühzeitiger Todesfälle, auf der anderen Seite die Berücksichtigung der zunehmenden Zahl von Alterserkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen und besonders auch in der Gesundheitsvorsorge.

II. SUMMARY

2 SUMMARY

It is the intent of the men's health report presented here to offer the health system a basis to identify focal points of men's health issues. The report builds on demographic conditions and trends and the health status of the male population. This report deals particularly with those health issues that are most essential to the state of health and the life expectancy of the male population. In addition, it deals with the connection between male health and social status. The following findings are of particular interest.

- Of the 1.6 million Viennese, 47.2 % are men. Up to the age of 45, the proportion of men in the population outweighs that of women, but men make up only 36.2 % of those over 60. Demographic studies anticipate that the proportions will tend to equalise by the year 2030, particularly among the younger seniors.
- Men's life expectancy is 6 years lower than that of women, both in Vienna and in Austria generally. At present the life expectancy of men in Vienna is 73 years, which is one year below the national average. There is a tremendous potential for increases in men's life expectancy, as many early deaths are preventable.
- Over 70 % of Viennese men judge their state of health to be very good or good. About one fifth suffers from chronic illnesses, above all hypertension and arthritis.
- The state of health and mortality of men are very closely connected to social factors, such as education and income. The mortality of those with only compulsory-level schooling is twice that of men with higher education.
- The three most frequent causes of death among men are cardiovascular diseases, cancer, and accidents. They are also responsible for the greatest proportion of hospital stays.
- Over 50 % of men die of cardiovascular illness; the absolute number of such deaths in Vienna in 1996 was 4,000. Vienna has the highest mortality from cardiovascular diseases in Austria. Coronary heart disease makes up a third to a half of these diseases. About 15 % of all men suffer from a coronary heart disease, which is responsible for up to 40 % of the difference in mortality between men and women. Above all, life style factors cause this increased mortality. In Vienna, 11 % of all men die of acute myocardial infarction and 13 % of cerebral vascular disease. The mortality rates for cardiovascular diseases are declining overall, also for men. There are no indications that the incidence of these diseases is falling. We assume that the severity of the illnesses and thus mortality from them is declining.
- Men have a higher risk of dying of cancer than do women. The age-corrected incidence of cancer among Viennese men is 435 per 100,000. In Vienna, as in the country as a whole, men most frequently develop prostate, lung, and colorectal cancer. Since 1986, there has been an increase in the incidence of prostate, pancreatic, oropharyngeal, and hepatic cancer. The incidence rate for prostate cancer among those over 60 has climbed by over 50 % since 1983, while at the same time the mortality rate has dropped. The mean age of death from prostate cancer is 10 years higher than from other cancers.
- Cigarette smoking is that risk factor which most severely reduces men's life expectancy. About 90 % of all lung cancer is caused by cigarette smoking, and lung cancer is the most important cause of death among men. Although, in contrast to women, the proportion of Viennese men with lung cancer has been declining steadily since 1993, mortality from lung cancer among Viennese men is 11 % higher than the national average. At present, the rate of incidence among men is 74 per 100,000.
- The risk of dying of colon cancer is almost twice as high for men as for women. In Vienna the death rate is 15 % above the national average. The incidence rate has increased since 1995 from 60 per 100,000 to 69 per 100,000.

- Accidents, excessive alcohol consumption, and suicide are among the causes of the lower life expectancy of men.
- The median age of death of male accident victims is 42.4 years. In Vienna mortality from motor vehicle accidents has fallen by 60 % since 1981. In 1997 a total of 508 men died as a result of accidents, poisoning, and violence, among them 187 suicides. Men commit suicide three times more frequently than do women (although women have a 3 times higher rate of attempted suicide). The age groups most affected are 30 to 40-year-olds and those over 80.
- The connection between alcohol consumption and cirrhosis of the liver is unequivocal. Among men the risk of dying of liver cirrhosis is three times that of women. The median age of death from liver cirrhosis is about 60 years. In international comparisons, Austrian men rank second (after Hungary) in their rate of mortality from this illness.
- Sick leaves are primarily due to respiratory illnesses (about 40 %). These rank second among occupational illnesses, after noise damage. The consequences of work and sport accidents cause twice as many sick leaves among men as among women and rank third among the reasons for sick leave. Disability pensions and early retirement are above all due to illnesses of the musculoskeletal system, further to cardiac and respiratory diseases, and psychological disabilities.
- About 40 % of Viennese men report suffering from stress. They experience time pressure and hard physical labor as particularly burdensome. They deal with high levels of stress by increasing their smoking, consumption of alcohol, and food intake.
- In consequence of demographic developments, the age-related illnesses of men, such as benign prostatic hypertrophy, prostate cancer, osteoporosis, incontinence, and dementias, will become increasingly significant.
- In Austria there will be a rapid climb in the number of osteoporotic fractures between the years 2010 and 2040. One of the most frequent causes of male osteoporosis is alcohol consumption.
- At present men are more prone to dementias consequent on multiple infarction than to Alzheimer's dementia. On the basis of international epidemiological studies one can assume that in Vienna some 6,800 men suffer from a dementia. The same risk factors are at work in multiple infarction dementias as in cardiac disease. These risk factors, such as hypertension and cigarette smoking, appear particularly frequently among males (40 % of Viennese men are cigarette smokers, and over 25 % suffer from hypertension).
- Benign prostatic hypertrophy (BPH) is one of the most frequent illnesses in advanced age. Clinically relevant BPH affects about 14 % of men aged 40 to 49 and 43 % of those 60 to 69 years old. Health statistics do not register this illness sufficiently. In 1996, about 1,700 Viennese men were admitted to hospital for treatment of BPH, 60 % of them were over the age of 70.
- Bladder incontinence affects about one third of men, above all men past their 60th birthday. The prevalence among middle-aged and younger men is estimated at 3 to 5 %. Urological problems are a frequent cause of impaired male health. During examinations, up to 90 % of men above the age of 50 report urological problems. Two thirds of these men report their impairment from these problems to be considerable.
- Older men live alone less frequently than do women and when ill are more frequently tended by their partner. They are less likely to require help. They maintain social contacts more than do women and they more frequently report participating in leisure activities. Men become isolated in old age far less than do women.
- Men make use of public health institutions significantly less frequently than do women. In Vienna, men accounted for 43 % of hospital stays, with an average stay of 12.7 days. International studies have shown that the hospitalisation rate among men is higher than for women. The highest proportion of health care costs over a lifetime is ascribable to the last year of life.

- Men make less use of preventive care settings than do women. In Vienna in 1997 about 5 % had a regular health check-up. In all of Austria it was 7 %. Men's examinations yield suspect results much more frequently than do women's. The lower number of visits to a doctor also reduces the chance of early detection of illness. Altogether the health consciousness of men is seriously deficient. A great deal of work will be necessary to motivate men to increase their participation in preventive health measures.
- Men therefore need to be specifically addressed as a target group for preventive medicine. The preventive potential (actually health potential) is, in fact, particularly great among men, and their life and health expectancy can be markedly increased. The goals here are, on the one hand, the diminishment of the risk factors for premature death, and on the other hand, consideration by the health and social system and providers of preventive measures of the increasing number of age-related illnesses.

III.
EINLEITUNG

INTRODUCTION

III. EINLEITUNG **31–40**

3.1 „WAS IST MÄNNERGESUNDHEIT?" **36**

3 EINLEITUNG

Der Weltgesundheitsbericht der WHO 1997 betonte im Zusammenhang mit chronischen nichtansteckenden Krankheiten die Bedeutung der GESUNDHEITSERWARTUNG gegenüber der Lebenserwartung. Die Empfehlungen lauteten auf Integration krankheitsspezifischer Interventionen in ein umfassendes Überwachungspaket für chronische Krankheiten, das Prävention, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und die verbesserte Schulung der medizinischen Fachkräfte beinhaltet (WHO, 1997). 1997 fand auch die dritte Evaluation der Fortschritte der „Gesundheit für alle"-Strategie statt. Die WHO vermeldete Erfolge in bezug auf die Lebenserwartung und die Kontrolle von Infektionskrankheiten sowie die Sterblichkeit von unter fünfjährigen Kindern. Weltweit kam es zu deutlichen Verbesserungen bei der Durchimpfung und in bezug auf die mütterliche Fürsorge sowie bei der Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten (WHO, 1997).

Die WHO nennt für die künftige Erhöhung des Gesundheitspotentials die Abhängigkeit desselben von der Prävention und der Reduktion der vorzeitigen Mortalität und Morbidität sowie gesundheitlicher Einschränkungen (WHO, 1998). Besonders die männliche Population ist von der vorzeitigen Mortalität und Morbidität betroffen. Frühzeitig erhöhte Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit sind vielfach auf Ursachen zurückzuführen, die der Prävention (primär, sekundär, tertiär) in großem Maße zugänglich sind.

Die Lebenserwartung und Gesundheitserwartung der Männer beinhaltet im Vergleich zur weiblichen Bevölkerung aufgrund des großen präventiven Potentials wahrscheinlich eine überproportionale weitere Steigerung.

Für die Erreichung dieser Ziele sind auf der einen Seite zur Reduktion der Risikofaktoren für die heute häufigsten Todesursachen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Unfälle) massive Präventionsstrategien zu entwickeln, auf der anderen Seite werden aufgrund der steigenden Lebenserwartung andere Erkrankungen, die vor allem im Alter gehäuft auftreten und eine enorme Morbidisierung bedeuten (Osteoporose, Demenzerkrankungen, Krebserkrankungen, wie etwa das Prostatakarzinom, Schlaganfälle, Inkontinenz etc.), für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge der männlichen Bevölkerung immer wesentlicher. Diese Erkrankungen bekommen im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen einen immer höheren Stellenwert, da die männliche ältere Bevölkerung auch zahlenmäßig steigen wird.

Obwohl sich die medizinische Forschung in ihren Untersuchungen bisher vor allem auf den männlichen Teil der Bevölkerung beschränkt hat, sind neue Forschungsbereiche für die männliche Bevölkerung zu definieren, die sich besonders mit dem alternden Mann auseinanderzusetzen haben. Dabei ist nicht nur die klinische Forschung angesprochen, sondern in großem Maße auch die Gesundheits- und Präventionsforschung.

Aus vielen Untersuchungen geht hervor, daß das Gesundheits- und Vorsorgebewußtsein bei Männern im Vergleich zu Frauen geringer ausgeprägt ist, was vor allem die jüngeren und mittleren Altersgruppen betrifft. Männer müssen als spezifische Zielgruppe von Gesundheits- und Vorsorgekampagnen ihre Charakterisierung finden, um das bestehende Gesundheitspotential ausschöpfen zu können.

Die WHO fordert, daß die Bevölkerung aller Altersklassen in die Lage versetzt werden muß, ihr maximales Gesundheitspotential auszuschöpfen. Die Stärkung des körperlichen und intellektuellen Bereiches erfolgt über Bildung, Entwicklung von Fertigkeiten und eine gesunde Lebensweise (WHO, 1998).

Der vorliegende Männergesundheitsbericht möchte, aufbauend auf den demographischen Gegebenheiten und Trends sowie der Darstellung der epidemiologischen Situation in bezug auf die Gesundheit der männlichen Bevölkerung, eine Vorstellung des präventiven Potentials in bezug auf Männergesundheit liefern. Weiters soll ein Ausblick auf die Gesundheitsprobleme der männlichen Bevölkerung für das nächste Jahrhundert geliefert werden. Der Männergesundheitsbericht soll als Grundlage für die Definition von Schwerpunkten und Prioritäten für das Gesundheitswesen zur Männergesundheit dienen.

3.1 „Was ist Männergesundheit?"

Männer und Frauen haben zwar die gleichen Vorstellungen von Gesundheit, beide Geschlechter sehen Männer aber als gesünder an. Männer empfinden körperliche Betätigung am wichtigsten für die Gesundheit, Frauen Ernährung und Erholung. Männer beschreiben ihren Körper mit mechanischen Ausdrücken, und sie beschreiben sich den männlichen Normen entsprechend.

Trotz der höheren Morbiditätsrate von Männern haben sie ein Krankheitsverhalten, das dem männlichen Status und der männlichen sozialen Rolle gerecht werden muß. Sie legen häufiger ein kompensatorisches, aggressives und risikoreiches Verhalten an den Tag, das sie für Krankheit, Verletzung oder sogar Tod begünstigt. Dieses Risikoverhalten von Männern basiert auf Lebensstil, Rollenverhalten, Streß und präventivem Umgang mit Gesundheit.

Männer nehmen Symptome einer möglichen Krankheit nicht so deutlich wahr, und sie sind nicht so rasch gewillt, einen Arzt aufzusuchen, als Frauen. Sie berichten von Symptomen nur dann, wenn sie mit ihrem männlichen Selbstbild vereinbar sind. Zusätzlich tendiert das medizinische Personal dazu, Männer als weniger krank einzustufen als Frauen. Männer verschieben Arztbesuche häufiger auf später oder suchen Ärzte nur bei auftretenden Problemen auf.

Schon im Kleinkindalter lernen Mädchen eher, medizinische Hilfe zu suchen und von ihren Problemen zu berichten, Buben lernen, Schmerzen nicht zu zeigen und Arztbesuche zu vermeiden.

Viele Männer berichten, daß ihre Arbeit im Konflikt mit ihren Gesundheitsbedürfnissen steht. So wird zum Beispiel über ungesundes Eßverhalten aufgrund von Arbeitsbedingungen berichtet (MEN'S HEALTH REVIEW, 1996).

Im folgenden wird auf einige dieser Aspekte der Männergesundheit kurz eingegangen, die sie von der Frauengesundheit wesentlich unterscheiden.

Zu Beginn unseres Jahrhunderts war die Lebenserwartung der Männer 45 Jahre, die der Frauen 43 Jahre. Die Differenz in der Lebenserwartung betrug lediglich die Hälfte von der heutigen Differenz. Die Ursachen für diese Unterschiede liegen in der höheren Mortalität der Männer vor allem bis zum 25. Lebensjahr. Im 70. Lebensjahr ist die Differenz auf 2,5 Jahre zusammengeschrumpft. Die Grundlagen für die großen Unterschiede in der männlichen und weiblichen Lebenserwartung werden also bereits im jüngeren Lebensalter gesetzt. Es ist wesentlich, epidemiologische Untersuchungen verschiedener Krankheiten durchzuführen, um dafür die Ursachen zu erkennen.

Die Suche nach den Ursachen führt unter anderem zur Untersuchung des Gesundheitsverhaltens von Männern. Männer ernähren sich anders als Frauen. Ungesunde Ernährungsgewohnheiten spiegeln sich in der Prävalenz der Adipositas wider, die bei Männern bereits in jüngeren Jahren häufiger auftritt, bei Frauen erst mit zunehmendem Alter. 70 % der Männer zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr sind übergewichtig. Hypertonie und erhöhte Cholesterinspiegel kommen entsprechend gehäuft vor. Nicht nur die Menge, auch die Auswahl der Nahrungsmittel ist Ursache für die Prävalenz des Übergewichtes. Bereits im Kindes- und Jugendalter konsumiert das männliche Geschlecht mehr Zucker, Fett und Salz sowie weniger Obst und Gemüse. Erwachsene Männer konsumieren laut eigenen Angaben gehäuft Fleisch, Brot, Alkohol und Süßigkeiten; Frauen häufiger Joghurt, Früchte und Kaffee. Nach einer jüngsten Meta-Analyse korreliert der Konsum von rotem Fleisch (z.B. Schweine- und Rindfleisch) mit einem erhöhten Darmkrebsrisiko. Zusätzlich werden fritiertes und gegrilltes Fleisch als Risikofaktoren erachtet. Männer bevorzugen Fleisch und die genannten Zubereitungsarten (KLOTZ et al., 1998). Dies führt zur Forderung intensivierter Ernährungsberatung für Männer.

Männer nehmen zu einem wesentlich geringeren Prozentsatz als Frauen an Screening-Aktionen teil. In Deutschland sind es lediglich 16 % der Männer, die dies tun, aber 39 % der Frauen. Die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen zeigte sich unter anderem bei Frauen beim Cervixkarzinom, wo die Mortalität bei jüngeren Frauen massiv gesenkt wurde.

Männer vermehrt zur Teilnahme an präventiven Maßnahmen zu motivieren, bedarf einer sensiblen Politik. Das Erkennen von Erkrankungen durch Vorsorgeuntersuchungen macht vielen Männern

Angst. Sie sehen oftmals auch keine Veranlassung zur Lebensstiländerung und betrachten sich häufig als unverwundbar (KLOTZ et al., 1998).

Weiters haben soziales und kulturelles Umfeld Einfluß auf Morbidität und Lebenserwartung. Von früher Kindheit an sind beide Geschlechter der Erziehung und dem Sozialisationsprozeß ausgesetzt, was in Verbindung mit der genetischen Komponente und/oder Persönlichkeitsvariabeln sowie dem kulturellen Umfeld zur Prägung führt. In der westlichen Welt ist die Rolle des Mannes geprägt durch körperliche und psychische Stärke, der Verantwortung für die finanzielle Sicherheit. Zeichen von Schwäche, vor allem wenn sie einen Bezug zur Gesundheit hat, sind nicht mit dem männlichen Rollenbild vereinbar.

Man meint, daß dieses typische männliche Verhalten Streß erzeugt, der auf Kosten der Gesundheit zu kompensieren versucht wird. Männer erleiden um ein Vielfaches häufiger Unfälle als Frauen. Durch Alkohol verursachte Unfälle kommen bei Männern mehr als 10mal so häufig vor als bei Frauen.

Außerdem müssen verschiedene Rollen erfüllt werden – Vaterrolle, Berufsrolle. Diese verschiedenen Rollen haben auch Bezug zum subjektiven Gesundheitszustand. Es konnte gezeigt werden, daß bei Männern, die alle Rollen vereinen – Vater, Ehemann, berufliche Position –, körperliche Beschwerden vor allem im Zusammenhang mit der Berufssituation angegeben werden. Bei Frauen scheint es, daß die Familie einen gewissen Puffer zu beruflichen Belastungen darstellt.

Das Gesundheitswesen kann diese Faktoren nur schwer beeinflussen. Hier bedarf es einer neuen Definition der männlichen Rolle durch die Gesellschaft.

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung sind für die Männergesundheit genauso wesentlich wie für die Frauengesundheit. In einer Untersuchung an männlichen Bypass-Patienten hatten jene mit größerer sozialer Unterstützung die kürzere postoperative Krankenhausaufenthaltsdauer. Bei Männern führt der Verlust der Ehe zu einem relativen Anstieg in der Mortalität, welcher im Vergleich zu Frauen doppelt so hoch ist. Männer profitieren von der Ehe anscheinend in bezug auf ihre Gesundheit mehr als Frauen. Der Grund dafür wird unter anderem in der stärkeren Motivation zu gesundheitsbewußtem Verhalten durch die Ehefrauen gesehen, aber auch gesündere Lebensweisen werden praktiziert (z.B. Ernährung) (nach DICZFALUSY, 1998).

Es besteht der Bedarf an geschlechtsspezifischer Forschung und an Angeboten im Gesundheitswesen. OLSHANSKY et al. (1990) kalkulierten eine maximale Ausdehnung der mittleren Lebenserwartung auf 85 Jahre. Zur Erreichung dieses Zieles müssen die Mortalitätsraten für alle Altersgruppen um 55 % gesenkt werden, für die über 50jährigen um 60 %. Die Elimination der ischämischen Herzerkrankung würde für Männer 3,55 Jahre an Lebenserwartung bringen, für Frauen 3 Jahre. Die Elimination aller Tumorerkrankungen würde für Männer 3,2 Jahre, für Frauen 3,17 Jahre bringen.

Mehr Lebensjahre müssen nicht unbedingt mit einer erhöhten Lebensqualität einhergehen. Lebensqualität hat wiederum geschlechtsspezifische Ausprägungen. Verschiedene Studien kamen zu dem Ergebnis, daß die männliche Rolle, die aktivitätsorientiert ist, mit einer höheren Lebensqualität einhergeht. Die Rolle der Geschlechtshormone ist dabei noch nicht geklärt. Männer neigen eher nicht zu psychischen Erkrankungen und Beschwerdebildern. Eher ein kürzeres, jedoch mit größerer Lebensqualität ausgefülltes Leben steht als Erklärung für höheres „risk-taking behavior" (z.B. Risikosportarten, schnelles Autofahren, …).

Jedoch sind dies zu einfache Erklärungen. Die Lebensqualitätsforschung hat erst damit begonnen, Erklärungen oder auch andere Thesen für männliches Verhalten im Zusammenhang mit Lebensqualität zu bilden und zu testen.

Eine signifikante Anzahl von männerspezifischen Gesundheitsproblemen wie Prostatahypertrophie, Prostatakarzinom, Hodenkrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Veränderungen der körperlichen Konstitution, männliche Fettverteilung, Muskelschwäche, Gedächtnisleistung, Wohlbefinden oder sexuelle Dysfunktionen könnten früh erkannt und behandelt werden, wenn das männliche Gesundheitsbewußtsein stärker ausgeprägt wäre. Frauen suchen 150mal häufiger den Arzt auf, als Männer dies tun. Somit ist die Wahrscheinlichkeit, daß bei Frauen Krankheiten früher erkannt werden, auch größer.

Ein verstärktes Gesundheitsbewußtsein muß sowohl in der männlichen Bevölkerung als auch im Gesundheitswesen geschaffen werden. Eine bessere Früherkennung von männlichen Gesundheitsproblemen führt zu einer reduzierten Morbidität und Mortalität wie auch zu reduzierten Kosten im Gesundheitswesen für diese Erkrankungen.

1992/93 haben die Weltbank und die WHO eine Schätzung des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung vorgenommen. Die Bevölkerung über 60 Jahre in den entwickelten Ländern leidet vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen und Demenzerkrankungen, wie Morbus Alzheimer. Die zukünftige Entwicklung von Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankungen läßt einen Anstieg in der Zahl der Alzheimer-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, osteoporotischen Frakturen sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen erwarten (nach DICZFALUSY, 1998).

In der Tabelle sind die Prozentaufteilungen für die häufigsten Erkrankungen von über 60jährigen Männern in den entwickelten Ländern angegeben (Tab. 3.1.1).

Tabelle 3.1.1: Aufteilung der häufigsten Erkrankungen von 60jährigen Männern in den entwickelten Ländern (Angaben in Prozent)

Erkrankung	in %
Hirngefäßerkrankungen	*13,8*
Ischämische Herzkrankheiten	*11,7*
Krebserkrankungen	*14,5*
Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen	*9,6*
Alzheimer	*4,1*
Respiratorische Infektionen	*4,0*
Peri-, Endo- und Myocarditis	*3,6*
Diabetes mellitus	*1,5*
Tuberkulose	*4,0*
Zirrhose	*2,1*

Quelle: Klotz et al., 1998

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen 50 % der Todesursachen in den Industrieländern aus. Besonders in den mittleren Altersgruppen sind vor allem Männer betroffen (24- bis 75jährige). In Deutschland haben 12 von 100 gestorbenen Männern einen Herzinfarkt erlitten. Tödliche Herz-Kreislauf-Ereignisse treffen Männer vorwiegend am Ende ihres Berufslebens.

Die Wahrscheinlichkeit, daß ein Mann ein Prostatakarzinom entwickelt, ist heute 1 zu 11, und 90 % aller Männer, die ein Alter von 85 Jahren erreichen, werden ein In-situ-Prostatakarzinom haben. Die Sterblichkeitsraten für das Prostatakarzinom sind im letzten Jahrzehnt zweimal so stark gewachsen wie die Sterblichkeitsraten für Brustkrebs. Auch wenn die altersspezifischen Sterblichkeitsraten stabil bleiben, nimmt das Problem des Prostatakarzinoms in absoluten Zahlen aufgrund der älter werdenden männlichen Population zu. Das hat auch besondere ökonomische Implikationen.

Die benigne Prostatahypertrophie ist eine weitverbreitete Erkrankung des älter werdenden Mannes. In den USA haben 17 % der 50- bis 59jährigen Männer, 27 % der 60- bis 69jährigen Männer und 35 % der 70- bis 79jährigen Männer Symptome einer benignen Prostatahyperplasie, welche behandelt werden müssen.

Lungenerkrankungen und Darmkrebs nehmen bei Männern zu, wobei der Anstieg bei 85 % beziehungsweise 33 % der Sterberaten liegt.

Die Kosten im Gesundheitswesen aufgrund von Osteoporose, Oberschenkelfrakturen, osteoporosebezogener Morbidität, Hospitalisierung und Rehabilitation sind bei Männern heute signifikant niedri-

ger als bei Frauen. Nichtsdestotrotz sind in den USA 5 bis 8 Millionen Männer von Osteoporose betroffen, und jährlich werden etwa 2 Milliarden Dollar im Gesundheitswesen dafür aufgewendet. Nach den Daten aus den USA liegt das Lebenszeitrisiko für Männer, eine osteoporosebedingte Fraktur zu erleiden, bei 13,1 %. Weltweit sind ungefähr 30 % aller Oberschenkelfrakturen in der männlichen Bevölkerung anzutreffen, und die Mortalität dieser Erkrankung ist bei Männern höher als bei Frauen.

Mit zunehmender Lebenserwartung sind die osteoporosebedingten Erkrankungen ein zunehmendes Public-Health-Problem. Im Jahr 2010 werden die Männer die osteoporosebedingten Morbiditätsraten der Frauen aufgeholt haben. 20 % der Männer mit Wirbelfrakturen und 50 % der Männer mit Oberschenkelfrakturen haben einen Hypogonadismus (nach LUNENFELD, 1998).

Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei älteren Männern. Sie sind jedoch meist nicht diagnostiziert und deshalb auch nicht behandelt. Diese Erkrankungen kommen immer wieder und sind mit signifikant verminderter Produktivität sowie erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden. Die Depression geht oft auch mit physischen Erkrankungen einher. 90 % der älteren Männer mit Selbstmordversuch oder die durch Selbstmord sterben, litten an Depressionen. Die demographischen Veränderungen fordern eine Schwerpunktsetzung in der Forschung und Betreuung in diesem Bereich (nach LUNENFELD, 1998).

Im präventivmedizinischen Bereich und in der Gesundheitsförderung sind der Bedarf und die Notwendigkeit an männerspezifischen Einrichtungen eindeutig vorhanden. Präventive Maßnahmen mit der Zielgruppe Männer sollen zu einer erhöhten Früherkennungsrate und sinkenden Mortalität führen. Diese Maßnahmen beinhalten auch Gesundheitsberatungseinrichtungen, Telefon-Hotlines, Selbsthilfeangebote, psychologische Beratung, Krebskampagnen, Ernährungsberatung, Streßberatung etc.

FARRELL (1995) stellt fest, daß die Problematik der sozialen Rolle der Männer und die daraus erwachsenden Implikationen für die Gesundheit ernsthafter Beachtung bedürfen.

Folgende Fragestellungen und Forderungen in bezug auf Forschung im Bereich Männergesundheit und der entsprechenden Umsetzung im Gesundheitswesen werden von EICKENBERG et al. (1997) formuliert:

- Welche geschlechtsspezifischen Ergebnisse liegen aus dem präventivmedizinischen Bereich vor?
- Ist eine Reevaluierung von Prävention, Diagnose und Therapie der führenden Tumorarten erforderlich? Dem Prostatakarzinom sollte besondere Bedeutung zukommen.
- Welche effektiven Präventionsprogramme für chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) existieren für Männer und Frauen?
- Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen in der Lebensqualität von Männern und Frauen in den verschiedenen Lebensphasen?
- Wie kann man qualitative soziale Netzwerke für die ältere Bevölkerung erhalten bzw. einrichten?
- Forschungsstrategien, die die soziale Rolle des Mannes in den Kontext Gesundheit miteinbeziehen.
- Maßnahmen für mehr geschlechtsspezifische Forschung.

IV.
DEMOGRAPHIE

DEMOGRAPHY

IV. DEMOGRAPHIE **41–56**

4.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR ÖSTERREICHS UND WIENS **43**

4.2 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG DER ÖSTERREICHISCHEN MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG UND DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN **45**

4.3 LEBENSERWARTUNG **47**

4.3.1 LEBENSERWARTUNG UND TRENDS DER LEBENSERWARTUNG DER ÖSTERREICHISCHEN UND WIENER BEVÖLKERUNG 48

4.3.2 LEBENSERWARTUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH 50

4.3.3 DIE NIEDRIGERE LEBENSERWARTUNG DER MÄNNER 51

4.3.4 LEBENSERWARTUNGSPROGNOSEN 52

4.3.5 GESUNDHEITSERWARTUNG – BEHINDERUNGSFREIE LEBENSERWARTUNG 53

4 DEMOGRAPHIE

4.1 Bevölkerungsstruktur Österreichs und Wiens

Zusammenfassung

Die heutige Bevölkerungsstruktur Wiens ist insgesamt durch einen geringeren Männeranteil (47,2 %) gekennzeichnet. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 60jährigen ist der Anteil der Männer jedoch höher als jener der Frauen. Der Anteil der 75jährigen und älteren Männer ist mit 28,1 % im Vergleich zu den Frauen relativ niedrig. Ursachen sind die kürzere Lebenserwartung der Männer und die Folgen der beiden Weltkriege.

Die demographischen Prognosen deuten auf einen Ausgleich der Geschlechteranteile bei den jüngeren Senioren bis zum Jahr 2030 hin (94 Männer auf 100 Frauen). Ein ebensolcher Trend zeichnet sich bei den 75- bis 85jährigen (61 Männer auf 100 Frauen) und bei den über 85jährigen ab.

Insgesamt wird in Wien der Anteil der Männer weiterhin unter der älteren Bevölkerung geringer sein als der Anteil der Frauen, jedoch ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Männer und der Abnahme der Säuglingssterblichkeit unter den männlichen Neugeborenen (erstmals liegt in Wien die Säuglingssterblichkeit bei den Knaben unter jener der Mädchen) ein Ausgleich innerhalb der Geschlechter im Alter zu erwarten.

Summary

The present-day population structure of Vienna is characterized by a lower proportion of men (47.2 %) than women. However, up to the age of 60, the proportion of men is higher than that of women. The proportion of 75-year-old men in the population (28.1 %) is relatively low in comparison to women. The reasons are the shorter life expectancy of men and the consequences of the two World Wars. Demographic prognostications point to an equalisation of the proportions of men and women among those 60 to 75 by the year 2030 (94 men to 100 women). A similar trend is discernible for 75 to 85-year-olds (61 men to 100 women) and for those over 85.

Österreich hatte im Jahresdurchschnitt 1997 eine Bevölkerungszahl von 8,07 Millionen. Davon machte der Männeranteil 48,5 % und der Anteil der weiblichen Bevölkerung 51,5 % aus (ÖSTAT, 1998). Die Geschlechterverteilung der einzelnen Altersgruppen ist in der angeführten Tabelle 4.1.1 ersichtlich.

Tabelle 4.1.1: Österreichische Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen

	Männer		Frauen		insgesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
0 bis unter 15 Jahre	713.227	*18,2*	679.394	*16,3*	1.392.621	*17,2*
15 bis unter 30 Jahre	832.656	*21,2*	808.462	*19,5*	1.641.118	*20,3*
30 bis unter 45 Jahre	993.589	*25,4*	947.932	*22,8*	1.941.521	*24,1*
45 bis unter 60 Jahre	750.600	*19,2*	753.062	*18,1*	1.503.662	*18,6*
60 bis unter 75 Jahre	464.201	*11,8*	597.881	*14,4*	1.062.082	*13,2*
75 Jahre und älter	163.039	*4,2*	368.139	*8,9*	531.178	*6,6*
insgesamt	3.917.312	*100,0*	4.154.870	*100,0*	8.072.182	*100,0*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Vergleicht man die Anzahl der Männer mit jener der Frauen, so zeigt sich, daß in den Altersgruppen der unter 15jährigen, der 15- bis unter 30jährigen und der 30- bis unter 45jährigen der Anteil der Männer überwiegt. In der ersten Gruppe beträgt die Differenz 33.833, was 3 % der gesamten Bevölkerung unter 15 Jahren entspricht. Bei den anderen beiden Gruppen sind dies 24.194, 1,47 % der 15- bis unter 30jährigen, und 45.657 Männer bzw. 2,3 % der 30- bis unter 45jährigen. Ab der Gruppe der 45- bis unter 60jährigen kehrt sich das Verhältnis um, und die Frauen überwiegen. Dies entspricht 0,6 % bei den 45- bis unter 60jährigen, 1,2 % bei den 60- bis unter 75jährigen und beträchtliche 38 % bei den 75jährigen und älteren (ÖSTAT, 1998).

Die Wiener und Wienerinnen zählten 1997 1,60 Millionen. Davon waren 47,2 % männlichen und 52,5 % weiblichen Geschlechts. Mit leichten Unterschieden finden sich in Wien die gleichen Geschlechterverhältnisse in den einzelnen Altersgruppen wie in Gesamtösterreich. Nur die Altersgruppe der 15- bis unter 30jährigen weist zum gesamtösterreichischen Bild einen Unterschied auf. Hier finden sich mit einem Gesamtanteil an dieser Altersgruppe von 2 % um 4.318 weniger Männer als Frauen. Bei den 30- bis unter 45jährigen überwiegen die Männer mit einer Differenz von 6.119, was 2 % dieser Altersgruppe entspricht. Eine ebensolche Verteilung findet sich bei den unter 15jährigen. Hier überwiegen die Männer mit einem Anteil von 3 %, bzw. sind es um 6.264 mehr Männer. Ab dem 45. Lebensjahr ist auch in Wien der Männeranteil geringer: um 7.697 bzw. 3 % bei den 45- bis unter 60jährigen, um 34.531 bzw. 18 % bei den 60- bis unter 75jährigen und 54.237 (Tab. 4.1.2) bzw. 44 % bei den 75jährigen und älteren) (Tab. 4.1.2) (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 4.1.2: Wiener Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen

	Männer		Frauen		insgesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
0 bis unter 15 Jahre	123.420	*16,3*	117.156	*13,9*	240.576	*15,0*
15 bis unter 30 Jahre	154.356	*20,4*	158.674	*18,8*	313.030	*19,6*
30 bis unter 45 Jahre	202.340	*26,8*	196.221	*23,2*	398.561	*24,9*
45 bis unter 60 Jahre	159.411	*21,1*	167.108	*19,8*	326.519	*20,4*
60 bis unter 75 Jahre	81.898	*10,8*	116.429	*13,8*	198.327	*12,4*
75 Jahre und älter	34.602	*4,6*	88.665	*10,5*	123.267	*7,7*
gesamt	756.027	*100,0*	844.253	*100,0*	1.600.280	*100,0*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Hinter dieser zahlenmäßigen Unausgewogenheit stehen biologische und historische Gegebenheiten. So spielen für das momentane Ungleichgewicht sowohl die kürzere Lebenserwartung der Männer als auch die Folgen zweier Weltkriege eine Rolle. Deshalb zeigt der Vergleich Männer – Frauen, daß die massive geschlechtliche Unausgewogenheit vor allem in der Altersgruppe der 75jährigen und älteren auftritt. Hier trifft man in Wien um 44 % weniger Männer als Frauen. Eine ähnliche, allerdings abgeschwächte Situation findet sich auch bei der 60- bis unter 75jährigen Wiener Bevölkerung.

Im Jahr 1997 gab es in Wien mit 7.926 um 4,5 % mehr männliche als weibliche Lebendgeborene. Knaben weisen mit einem durchschnittlichen Geburtsgewicht von 3.400 g ein um 200 g höheres Geburtsgewicht als Mädchen auf. Von den etwas mehr als 1 % der lebend geborenen Säuglinge mit einem Geburtsgewicht über 4.500 g zählen rund 70 % zum männlichen Geschlecht. Weniger als 2.500 g wiegen lediglich 5,7 % der männlichen, aber immerhin 7,2 % der weiblichen Säuglinge. In Wien war bei den Knaben die Säuglingssterblichkeit 1997 äußerst gering. In den letzten fünf Jahren ist sie beim männlichen Geschlecht stark zurückgegangen, und männliche Säuglinge zeigen somit erstmals eine niedrigere Sterblichkeit als weibliche Säuglinge (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN, 1997). Die höhere Säuglingssterblichkeit bei männlichen Säuglingen war immer eine der Ursachen für die kürzere Lebenserwartung der Männer. Diese Ursache trifft nun in diesem Bezug nicht mehr auf die männliche Wiener Bevölkerung zu.

4.2 Bevölkerungsentwicklung der österreichischen männlichen Bevölkerung und der männlichen Bevölkerung in Wien

Die Gesamtzahl der österreichischen Bevölkerung und die geschlechtsspezifische Verteilung dürfte vorerst stabil bleiben und erst in 30 Jahren sinken (ÖSTAT, 1998). Insgesamt ist gegenwärtig die Zahl der männlichen Bevölkerung geringfügig niedriger als die der Frauen, dies gilt sowohl für Wien als auch für Österreich. In Wien tritt vor allem innerhalb der Bevölkerung höheren Alters verstärkt eine „Feminisierung“ auf.

Die 321.594 Wiener Senioren (Senioren = über 60 Jahre) verteilen sich auf 116.500 Männer und 205.094 Frauen. Die Männer machen demnach nur 36,2 % aller über 60jährigen aus bzw. entfallen auf 100 Frauen 56 Männer.

Je älter, desto sichtbarer wird der Trend der Feminisierung. Bei den über 75jährigen stehen 34.602 Männer immerhin 88.665 Frauen gegenüber, womit auf 100 Frauen nur 39 Männer entfallen. Die Hochbetagten sind nur mehr zu weniger als einem Viertel männlich: 8.432 Männer im Alter von über 85 Jahren stehen 28.315 Frauen dieses Alters gegenüber, womit nur 30 Männer auf 100 Frauen entfallen. Gründe für dieses Männerdefizit liegen in der kürzeren Lebenserwartung der Männer; sie leben derzeit im Schnitt um 6,3 Jahre kürzer als Frauen. Des weiteren begünstigt die starke Alterung der Wiener Bevölkerung in Verbindung mit dem Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung einen überproportionalen Frauenanteil bei den Senioren. Weiters sind historische Begebenheiten zu berücksichtigen, da die Gefallenenverluste des Zweiten Weltkriegs vor allem die Jahrgänge ab dem Alter von derzeit etwa 70 Jahren betroffen hatten und gerade diese Altersgruppe ein starkes Männerdefizit aufweist. Dieses geschlechtsspezifische Ungleichgewicht ist heute geringer als vor etwa zehn Jahren, da von den Kriegsgefallenen des Zweiten Weltkriegs nicht mehr betroffene Jahrgänge die Altersgrenze von 60 Jahren überschreiten und gleichzeitig betroffene Jahrgänge in den höheren Altersgruppen durch Sterblichkeit reduziert werden. Beispielsweise entfielen 1981 noch 51 Männer auf 100 Frauen. Wie demographische Prognosen zeigen, bleibt das Alter – und vor allem das hohe Alter – auch weiterhin ein von Frauen dominierter Lebensabschnitt. Das allmähliche Wegsterben der Kriegsgeneration wird das zahlenmäßige Ungleichgewicht der Geschlechter aber verringern. Die Zahl älterer Männer wächst in den kommenden Jahrzehnten deutlich stärker als die Zahl älterer Frauen. Während das Durchschnittsalter der österreichischen Männer bis 2050 um 10 Jahre steigen wird (von 37,0 auf 47,0), wird das Durchschnittsalter der Frauen nur um 9,1 Jahre zunehmen (ÖSTAT, 1998). Die Bevölkerungsprognose des ÖSTAT läßt bei den Senioren bereits für das Jahr 2000 61 Männer, für 2015 74 Männer und für das Jahr 2030 82 Männer auf 100 Frauen erwarten (ÖSTAT, 1998). Bei jüngeren Senioren wird sogar mit einem nahezu ausgeglichenen Verhältnis ge-

rechnet. Im Jahr 2030 sollen in der Altersgruppe der 60- bis 74jährigen 94 Männer auf 100 Frauen entfallen. Ebenso gleichen sich der Männer- und Frauenanteil bei den älteren Senioren an, wo laut Prognose im Jahr 2030 61 Männer auf 100 Frauen entfallen werden und bei Hochaltrigen (85 und älter) der Anteil bei 45 Männern pro 100 Frauen liegen wird (ÖSTAT, 1998).

Anscheinend hat die Feminisierung im Alter bereits ihren Höhepunkt überschritten und ist rückläufig. Wenn man außerdem berücksichtigt, daß sich auch die Lebenserwartungsunterschiede zwischen Mann und Frau, wie prognostiziert, verringern, dürfte eine Normalisierung der Geschlechterproportionen im Alter zu erwarten sein.

4.3 Lebenserwartung

Zusammenfassung

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt liegt in Österreich für Männer bei 73,9 und für Frauen bei 80,2 Jahren (Stand 1996). Seit 1950 zeigt sich ein steigender Trend bezüglich der Lebenserwartung, wobei bei den Männern in den letzten Jahren eine Steigerung um 1,6 Jahre stattfand. In Wien haben die Männer eine Lebenserwartung von durchschnittlich 73 Jahren, was etwa ein Jahr unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt.

Die Lebenserwartung der Männer hat ein enormes Potential, weiter zu wachsen, da viele frühzeitig auftretenden Todesfälle verhinderbar sind. Die Lebenserwartung ist eng mit dem Lebensstil verknüpft. Im Erwachsenenalter sind es Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, dabei vorwiegend Tumore der Atemwege und der Verdauungsorgane, sowie Unfälle, die die Lebenserwartung der Männer beeinträchtigen. Das präventive Potential ist als groß zu erachten. Die Gesundheitserwartung (Lebenserwartung frei von Behinderung) der Männer liegt heute bei 95 %. Unmittelbares Ziel der Krankheitskontrolle muß es sein, diese behinderungsfreie Lebenserwartung parallel zur steigenden Lebenserwartung zu führen.

Die Einflußfaktoren auf die Lebenserwartung der Männer und warum die Lebenserwartung um einiges kürzer ist als jene der Frauen, bedürfen einer weiteren eingehenden Erforschung, vor allem sozioökonomische Einflüsse sind noch weitgehend unbekannt.

Summary

In Austria the average life expectancy at birth is 73.9 years for men and 80.2 years for women (as at 1996). Since 1950 there has been an upward trend in life expectancy, and in the last six years the increase for men has been 1.6 years. In Vienna, male life expectancy is 73 years, which is about one year below the country-wide average.

There is enormous potential for further growth in male life expectancy, since many early deaths are preventable. Life expectancy is closely related to life style and, in the adult male, is depressed by cardiac and cardiovascular disorders, cancer – primarily of the respiratory and digestive systems – and accidents. Male health expectancy (life expectancy free of disability) is 95 % today. The immediate goal of disease control should maintain disability-free life expectancy parallel with the increase in life expectancy generally.

Additional in-depth research is needed into the factors influencing male life expectancy and the reason why it lags behind.

Lebenserwartung definiert sich als die Zahl der Jahre, die ein Individuum eines bestimmten Alters noch zu leben hat, falls die heutige Mortalitätstendenz weiterhin anhält. Sie ist eine statistische Abstraktion, die auf existierenden altersspezifischen Sterbeziffern beruht (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986; BISIG et al., 1996).

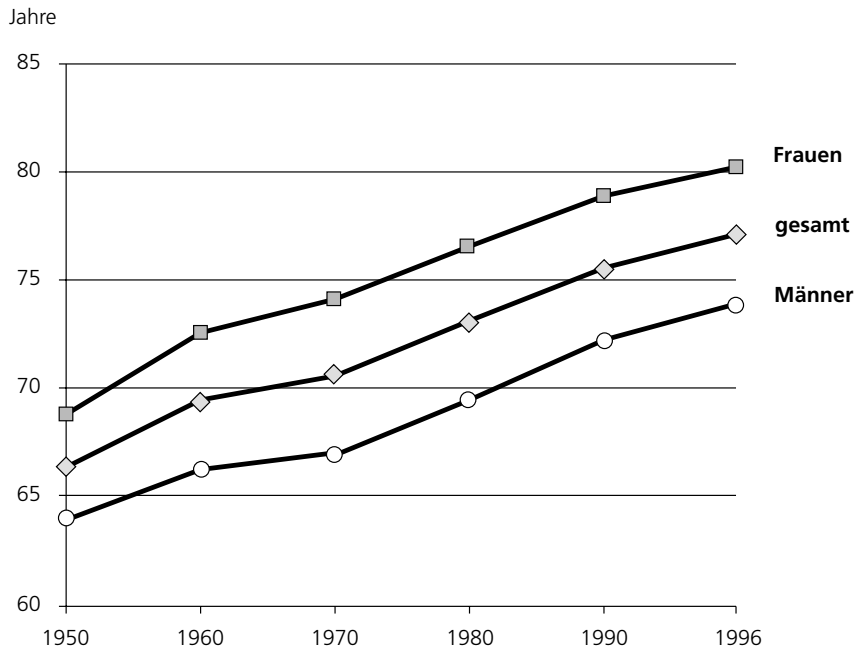
Weil man die effektive Lebenserwartung der heute Geborenen erst in hundert Jahren beziffern könnte, behilft man sich mit einem mathematischen Wert, der auf einer Hochrechnung der altersspezifischen Sterbeziffern der Beobachtungsperiode auf die ganze Lebensdauer beruht. Die Lebenserwartung ist ein Durchschnittswert, wobei sich beträchtliche Unterschiede, wie z.B. sozialer Art, verbergen können (INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN, 1994).

Da sich die Mortalitätsraten im Laufe der Zeit verändern werden, wird die so berechnete Lebenserwartung in Wirklichkeit für keine einzelne Person eine prognostische Gültigkeit haben. Trotzdem erlaubt die Lebenserwartung eine klarere Vorstellung von der Größenordnung der Sterblichkeit als etwa die Sterblichkeitsraten, und zudem ist ihre Berechnung unabhängig von der Altersstruktur der untersuchten Bevölkerung. Die durchschnittliche Lebenserwartung dient deshalb als häufig benutzter Gesundheitsindikator (ABELIN et al., 1996).

4.3.1 Lebenserwartung und Trends der Lebenserwartung der österreichischen und Wiener Bevölkerung

Die durchschnittliche Lebenserwartung lag in Österreich 1996 bei der Geburt bei 77,1 Jahren, wobei die der Männer 73,9 Jahre und die der Frauen 80,2 Jahre betrug. Seit dem Jahre 1950 zeigt sie eine steigende Tendenz, wobei alleine in den letzten sechs Jahren bei den Männern eine Steigerung um 1,6 Jahre und bei den Frauen um 1,3 Jahre stattfand (Abb. 4.3.1).

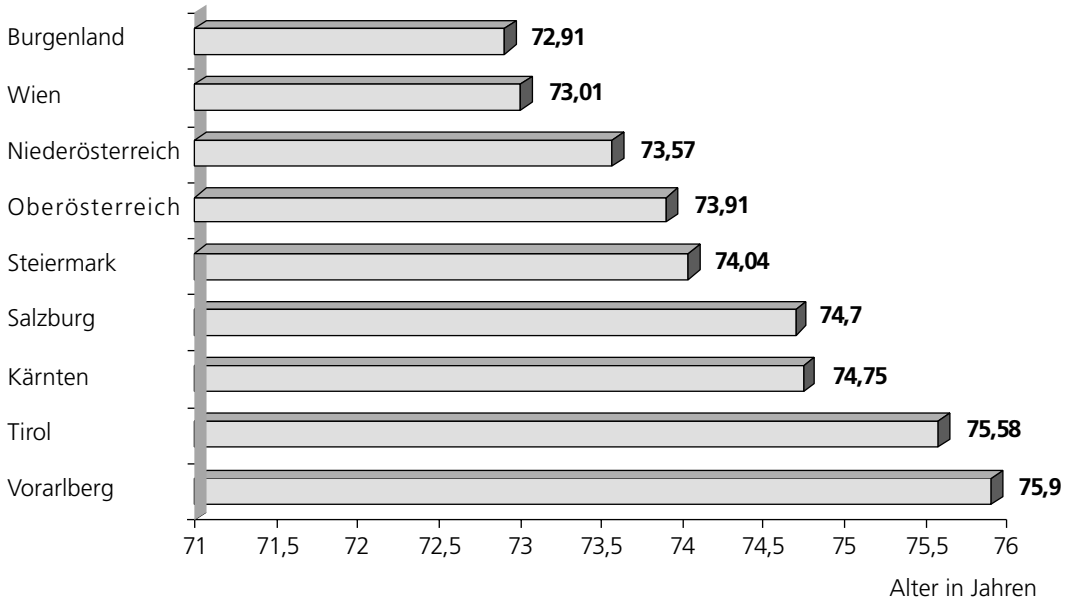
Abbildung 4.3.1: Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich 1950 bis 1996



Quelle: ÖSTAT, 1998

Unterschiede in der Lebenserwartung der Männer findet man auch innerhalb von Österreich. Die burgenländischen und die Wiener Männer haben die niedrigste Lebenserwartung (Abb. 4.3.2).

Abbildung 4.3.2: Lebenserwartung der Männer bei der Geburt 1996 nach Bundesländern



Quelle: ÖSTAT, 1998

Die höchste Lebenserwartung innerhalb von Österreich findet man bei den Männern Vorarlbergs und Tirols (Abb. 4.3.2). Die Differenz der Lebenserwartung 1996 zwischen den Wiener Männern und den Vorarlberger Männern beträgt 2,89 Jahre (ÖSTAT, 1998). Die Differenz zur weiblichen Lebenserwartung beträgt 6 Jahre.

Für jedes Lebensalter und Geschlecht kann eine mittlere Lebenserwartung errechnet werden, die abhängig von der Sterblichkeit einer Bevölkerung ist. Ein 30jähriger Mann hatte in Österreich im Jahr 1996 eine mittlere altersspezifische Lebenserwartung von 45,32 Jahren, das heißt, es kann damit gerechnet werden, daß dieser 30jährige mit hoher Wahrscheinlichkeit insgesamt 75,32 Jahre alt wird. Ein 70jähriger Mann hatte 1996 noch immer eine mittlere Lebenserwartung von 14,81 Jahren. Vergleicht man die mittlere Lebenserwartung der letzten 20 Jahre, dann zeigt sich, daß bei den Männern ab dem 50. Lebensjahr ein enormer Zuwachs (durchschnittlich fast um 50 %) zu verzeichnen ist: Insbesondere bei den Männern mit 70 Jahren kam es zwischen 1976 und 1996 zu einer Steigerung der mittleren Lebenserwartung um 5,34 Jahre (Tab. 4.3.1).

Tabelle 4.3.1: Mittlere Lebenserwartung der Männer in Österreich 1976, 1986 und 1996

Genaues Alter in Jahren	Mittlere Lebenserwartung in Jahren			Differenz in % 1976–1996
	1976	1986	1996	
0	68,18	71,0	73,93	*8,4 %*
10	59,93	62,08	64,47	*7,6 %*
20	50,45	52,44	54,78	*8,6 %*
30	41,22	43,11	45,32	*10,0 %*
40	32,00	33,85	35,89	*12,2 %*
50	23,43	25,07	31,93	*36,3 %*
60	15,75	17,36	23,03	*46,2 %*
70	9,47	10,84	14,81	*56,4 %*
80	5,37	5,97	8,03	*49,5 %*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Eine Gegenüberstellung der verschiedenen Lebensalter zeigt, daß die Lebenserwartung aufgrund der Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit vor allem für die Jüngeren stark zugenommen hat. In den letzten Jahrzehnten entfällt die Mehrzahl der gewonnenen Lebensjahre auf die Zeit nach dem 65. Geburtstag (INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN, 1994).

Den kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung der letzten Jahre führt man nicht nur auf eine gesunkene Säuglingssterblichkeit oder auf die Senkung der Sterblichkeit im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter zurück, sondern auch ganz wesentlich auf eine verringerte Alterssterblichkeit (KYTIR, 1994).

4.3.2 Lebenserwartung im internationalen Vergleich

Die Lebenserwartung Neugeborener hat in den letzten hundert Jahren in den Industrieländern deutlich zugenommen. In Österreich, in der Schweiz und in Deutschland ist sie auf mehr als die Hälfte angestiegen. Nach einem starken Zuwachs der Lebenserwartung in den fünfziger Jahren waren die sechziger Jahre durch stagnative Tendenzen gekennzeichnet, die in den OECD-Ländern durch abermalige große Verbesserungen während der siebziger und achtziger Jahre abgelöst wurden (MAXWALD, 1994). In den ehemals kommunistischen Ländern wurde diese Stagnationsphase bis heute nicht überwunden; teilweise ist es sogar zu einem Rückgang der Lebenserwartung gekommen (KUNZE et al., 1990; MAXWALD, 1994).

Die höchste Lebenserwartung, sowohl bei Männern als auch Frauen, findet man in Japan, gefolgt von Schweden und der Schweiz. Österreich liegt im Mittelfeld. Besonders ungünstige Lebenserwartungen sind nach wie vor in der Russischen Föderation, in Rumänien und in Ungarn zu finden (Tab. 4.3.2).

Die Lebenserwartung in der Russischen Föderation entspricht der Lebenserwartung in Entwicklungsländern, die laut Berechnungen der WHO 1997 bei 65 Jahren lag (WHO, 1998).

Tabelle 4.3.2: Lebenserwartung 1996 bei der Geburt – internationale Vergleiche (Angaben in Jahren)

Land	Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)			Land	Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)		
	gesamt	Männer	Frauen		gesamt	Männer	Frauen
Japan	80,2	77,0	83,3	Österreich	77,1	73,9	80,2
Schweden	79,0	76,5	81,5	Belgien	76,9	73,5	80,2
Schweiz	78,8	75,7	81,9	Finnland	76,8	73,0	80,5
Norwegen	78,1	75,1	81,1	Griechenland	76,8	75,0	78,5
Italien	78,1	74,9	81,3	Neuseeland	76,1	72,7	79,4
Island	78,0	75,9[2)]	80,0[2)]	USA	76,1	72,7	79,4
Spanien	78,0	74,4	81,6	Deutschland	76,0	72,7	79,3
Kanada	77,9	74,8[1)]	81,0[1)]	Ungarn	72,3	65,3	79,3
Australien	77,9	75,0[2)]	80,8[2)]	Rumänien	69,2	65,3	73,1
Niederlande	77,5	74,7	80,3	Russ. Föderation	64,4	57,6[2)]	71,2[2)]

1) 1993; 2) 1995

Quelle: ÖSTAT, 1998

4.3.3 Die niedrigere Lebenserwartung der Männer

Generell ist die höhere Lebenserwartung der Frauen durch eine stärkere Verbesserung im Zeitverlauf und geringere internationale Unterschiede im Vergleich zur männlichen Lebenserwartung gekennzeichnet. Der Vorsprung der Frauen gegenüber den Männern in der Lebenserwartung bei der Geburt bewegt sich zwischen 5,2 Jahren in Griechenland und 9,7 Jahren in der ehemaligen Sowjetunion. Tendenziell ist der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung in Ländern mit ungünstiger Lebenserwartung am größten (ehemalige Sowjetunion, Polen, Ungarn, ehemalige Tschechoslowakei und Portugal). Umgekehrt sind die geringsten Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in Ländern mit hoher Lebenserwartung zu finden. Ausnahmen sind Frankreich, die Schweiz und bedingt auch Finnland, wo Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung haben als Männer, obwohl die Lebenserwartung insgesamt hoch ist (MAXWALD, 1994).

In Österreich liegt die Lebenserwartung der Männer um 6,3 Jahre niedriger als die der Frauen (ÖSTAT, 1998).

Frauen haben ihren Vorsprung in der Lebenserwartung seit 1965 sogar noch ausgebaut, wobei dieser Abstand zwischen männlicher und weiblicher Lebenserwartung in Ländern mit ungünstigen Sterbeverhältnissen besonders stark anwuchs (MAXWALD, 1994).

Seit den frühen achtziger Jahren verbesserte sich die Lebenserwartung der Männer stärker, so daß es in den letzten zehn Jahren zu einer Reduktion des Vorsprungs der weiblichen gegenüber der männlichen Lebenserwartung gekommen ist. Es wird diskutiert, ob damit der langfristige Trend einer Auseinanderentwicklung der männlichen und weiblichen Mortalität nachhaltig gestoppt oder gar in einen Trend zur Konvergenz umgekehrt worden ist (MAXWALD, 1994). Um dieses zu beurteilen, muß wohl erst die weitere Entwicklung abgewartet werden.

Noch vor hundert Jahren gab es geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenserwartung. Im folgenden sollen die für die heutige Differenz diskutierten Ursachen angeführt werden.

Epidemiologische Analysen und Erhebungen nennen einige Gründe, warum die Lebenserwartung der Männer niedriger ist als jene der Frauen:

In der Neugeborenenphase wie auch in der frühen Kindheit treten bei Knaben häufiger Gesundheitsstörungen auf. Es finden sich häufiger als bei Mädchen Unreife, Mißbildungen, Schäden durch den Geburtsverlauf und andere pathologische Zustände. In der frühen Kindheit wie auch in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter gewinnen Unfälle als Todesursache vorrangige Bedeutung. Das männliche Geschlecht ist dabei wesentlich gefährdeter als das weibliche Geschlecht (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986). Bereits im Kindesalter wird von Knaben riskanter gespielt, und es wird eine höhere Unfallrate mit schwerwiegenden Folgen bereits in diesem Alter beobachtet. Besonders betroffen ist in bezug auf Unfälle insgesamt die Gruppe der unter 24jährigen, wobei pro Todesfall natürlich eine erhebliche Anzahl von Lebensjahren verlorengehen. Deshalb tragen Unfälle auch wesentlich zur kürzeren Lebenserwartung der Männer bei.

Die Lebenserwartung ist weiters eng mit dem Lebensstil verknüpft. Im Erwachsenenalter sind es Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, dabei vorwiegend Tumore der Atemwege und der Verdauungsorgane, und die Unfälle, die die Lebenserwartung der Männer beeinträchtigen (AKKERMANN-LIEBRICH et al., 1986). Die Risikofaktoren für diese Erkrankungen bzw. für diese Ereignisse sind bei Männern häufiger anzutreffen. Es finden sich deutliche Unterschiede im Risiko- und im Präventionsverhalten von Männern und Frauen. So würde zum Beispiel die Ausschaltung der Todesursache Herzkrankheiten bei den Männern über 5 Jahre an mittlerer Lebenserwartung bringen, bei den Frauen über 3 Jahre (fiktive Lebenserwartung) (FLAMM et al., 1976).

Die Sozialisation, die geschlechtsabhängig vor sich geht, wird von Sozialwissenschaftern als indirekter und direkter Einflußfaktor auf die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen gesehen. In der westlichen Gesellschaft wird ein Risikoverhalten bei männlichen Mitgliedern akzeptiert, sogar gefördert bzw. gefordert, und Sozialisationsphänomene (Beispiel Alkohol) bestimmen das Verbrauchsverhalten (ARNOLD, 1988).

Der höhere Alkoholkonsum der Männer macht sich einerseits in der höheren Sterblichkeit an alkoholassoziierten Erkrankungen bemerkbar, andererseits wiederum indirekt in der Unfallrate.

Der höhere Zigarettenkonsum der Männer ist ein weiterer Grund, warum die Sterblichkeit von Männern und Frauen sich unterschiedlich gestaltet. Die Todesraten an tabakassoziierten Erkrankungen sind bei Männern wesentlich höher als bei Frauen. Es gibt jedoch Hochrechnungen, die voraussagen, daß die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sich durch die veränderten Rauchgewohnheiten der Frauen verringern wird (ARNOLD, 1988). Seit Mitte der siebziger Jahre hat sich der Prozentsatz der Raucherinnen etwa verdoppelt (RIEDER et al., 1993). Zusätzlich zum Risiko- und Präventionsverhalten werden auch Arbeitsbelastungen, wie höhere Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz, angeführt (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986).

Immer wieder wird diskutiert, daß die häufigeren Arztbesuche von Frauen auch zu ihrer höheren Lebenserwartung beitragen. Aus der Statistik ist ersichtlich, daß Frauen häufiger Ärzte aus Gründen verminderter Leistungsfähigkeit oder akuter Befindensstörungen aufsuchen. Die größte Differenz bei der Arztbesuchshäufigkeit wird während der „reproduktiven" Jahre der Frau registriert. Bei ernsten und schweren Symptomen, wie etwa Herzinfarkt und Krebserkrankungen, warten Frauen laut Untersuchungen jedoch ebensolange zu, bis sie zum Arzt gehen, wie Männer (ARNOLD, 1988).

Es kommt somit zu einem Auseinanderklaffen zwischen Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit bei beiden Geschlechtern. Frauen zeigen eine höhere Erkrankungshäufigkeit. Als Erklärungen gelten eine höhere Symptomhäufigkeit bei Frauen sowie deren höhere Bereitwilligkeit, bei Umfragen über Symptome und Erkrankungen zu berichten (ARNOLD, 1988). Weiters wird vermutet, daß bei Männern im Gegensatz zu den Frauen die Krankheitsursachen direkt in Beziehung zu den Todesursachen stehen, hingegen bei den Frauen die Krankheitsursachen weniger zu den Todesursachen beitragen als zu den Krankheitshäufigkeiten (ARNOLD, 1988).

4.3.4 Lebenserwartungsprognosen

Die durchschnittliche Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen. Für das Jahr 2025 liegt eine Schätzung der WHO für Österreich vor, die davon ausgeht, daß sich die

durchschnittliche Lebenserwartung um weitere drei Jahre, von 77 auf 80 Jahre, erhöhen wird (WHO, 1998). Bei der ferneren Lebenserwartung der 60jährigen lag der Zugewinn der vergangenen Jahre z.B. in Österreich bei den Männern bei 0,77 Jahren, bei den Frauen bei 1,2 Jahren pro Jahrzehnt.

Die Prognose des Österreichischen Statistischen Zentralamtes für das Jahr 2030 geht bei Männern vom exakt gleichen Wert von 0,77 Jahren aus, bei den Frauen wird ein etwas geringerer Wert geschätzt, nämlich 0,9 Jahre/Jahrzehnt. Die fernere Lebenserwartung von 60jährigen Frauen würde somit im ersten Drittel des nächsten Jahrhunderts 25,9 Jahre betragen, von 60jährigen Männern 21,3 Jahre. Argumente für den geringeren Zuwachs an Lebenserwartung sind, daß sich das Verhalten junger Frauen in Richtung eines riskanteren Lebensstils entwickelt und sich jenem der Männer allmählich annähert (KYTIR, 1994).

In bezug auf die Entwicklung der Lebenserwartung werden unterschiedliche Szenarien skizziert. Werden Prognosen aufgrund eines „Low mortality"-Szenarios berechnet, ergibt sich für das Jahr 2030 eine mittlere Lebenserwartung für Männer von 90 Jahren und für Frauen von 95 Jahren. Das Eintreffen dieser Prognosen wird jedoch für unwahrscheinlich gehalten, da sie voraussetzen, daß jedes zweite weibliche Neugeborene älter als 97 Jahre wird, jedes zweite männliche Neugeborene älter als 92 Jahre. Die Lebenserwartungsgewinne sind aber nur dann in diesem Ausmaß realisierbar, wenn die zukünftigen Altengenerationen deutlich gesünder sind als heute (KYTIR, 1994).

In welchem Maße die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung durch biologische Faktoren (hormonale und immunologische Geschlechtsunterschiede) oder durch Verhaltensfaktoren (Risikofaktoren, Lebensstil) determiniert werden, wird letztendlich sehr unterschiedlich diskutiert. Die in den letzten Jahrzehnten beobachtete Zunahme der geschlechtsspezifischen Unterschiede läßt jedoch den Schluß zu, daß Verhaltens- bzw. Risikofaktoren sehr bedeutsam sind, auch wenn vielfach von einer Interaktion biologischer und sozialer Faktoren auszugehen ist (HÖPFLINGER et al., 1992).

4.3.5 Gesundheitserwartung – behinderungsfreie Lebenserwartung

Heute ist es für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nicht mehr ausreichend, ausschließlich die Lebenserwartung als Indikator heranzuziehen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der sinkenden Mortalität im höheren Lebensalter und der Frage nach der Lebensqualität der gelebten Jahre ist die Notwendigkeit nach weiteren Indikatoren für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung entstanden. Es sind dies Indikatoren einer sogenannten Gesundheitserwartung. Diese Indikatoren informieren über den funktionellen Status der Bevölkerung, ihre Vitalität sowie ihre subjektive und objektive Lebensqualität. Die Lebenserwartung als Konzept ist um die Indikatoren Morbidität und Lebensqualität erweitert worden.

Der Begriff der Gesundheitserwartung ist in den USA bereits 1964 erstmals erwähnt worden, 1971 wurde eine erste Berechnung vorgeschlagen, und 1984 hat die WHO durch eine Expertengruppe zur Epidemiologie des Alters ein Modell zur Berechnung vorgelegt. Die Experten, die an der Berechnung arbeiten, haben sich zu einer Gruppe zusammengeschlossen – REVES (Réseau Espérance de Vie en Santé/International Network on Health Expectancy and the Disability Process). 1985 wurde die behinderungsfreie Lebenserwartung als optimaler Indikator in die „Gesundheit für alle"-Ziele des europäischen Regionalbüros der WHO aufgenommen.

Aus 48 Ländern liegen Berechnungen der Gesundheitserwartung vor, die aufgrund der unterschiedlichen nationalen Gesundheitskontrolle, auf Basis derer die Berechnungen erfolgten, nicht unbedingt für einen direkten Vergleich geeignet sind. Zumeist wird aber jetzt in eine Lebenserwartung ohne ernsthafte schwere Behinderung und eine Lebenserwartung ohne Behinderung unterschieden.

Das Modell zur Berechnung der Gesundheitserwartung unterscheidet zwischen dem Leben ohne Einschränkungen und dem Überleben ohne behindernde chronische Krankheit.

Die Entwicklung der Lebenserwartung ohne ernsthafte Behinderung 65jähriger Männer zeigt sich in manchen Ländern parallel zur Entwicklung der Gesamtlebenserwartung.

Die Ergebnisse der Vergleiche deutet die WHO als Pandemie leichter und mäßiger, aber nicht schwerwiegender Behinderungen. Der Rückgang der Mortalität kann zwar zu einem Anstieg bei der Prävalenz chronischer Krankheiten führen, die zu Behinderungen führen können, diese sind aber weniger schwerwiegend.

Die „Lebenserwartung frei von Behinderung oder Krankheit" (DFLE) wird von der WHO und der OECD nicht nur als wichtiger Indikator zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, sondern auch als Indikator für die Erreichung zentraler gesundheitspolitischer Zielsetzungen gesehen.

1992 lag in Österreich die behinderungsfreie Lebensspanne für weibliche Neugeborene bei 72,4 Jahren, für männliche Neugeborene bei 69,0 Jahren. Im statistischen Durchschnitt müssen Männer weitere 3,9 Jahre und Frauen 6,9 Jahre mit funktionalen Behinderungen leben, die so schwer sind, daß sie für wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens oder sogar für wichtige persönliche Verrichtungen die Hilfe Dritter benötigen. Anhand des österreichischen Beispiels stellt sich der prozentuelle Anteil der behinderungsfreien Lebenszeit an der Gesamtlebenszeit für Frauen mit 91,3 % dar, für Männer mit 94,7 % (KYTIR, 1994).

Ein etwas anderes Bild bietet sich, wenn man die sozioökonomischen Unterschiede mit einbezieht.

DOBLHAMMER et al. (1998) untersuchten die sozioökonomischen Einflüsse auf behinderungsfreie Lebenserwartung und Gesundheitserwartung in Österreich. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, daß nicht nur die Mortalität (DOBLHAMMER-REITER, 1996), sondern auch die Morbidität bei Männern und Frauen enorme Unterschiede auf Basis von Bildungsdifferenzen aufweist. Beide Gesundheitsindikatoren – funktionelle Einschränkungen und subjektiver Gesundheitszustand (self-perceived health) – beinhalten Unterschiede im Gesundheitszustand, abhängig vom Bildungsgrad.

Die Gesundheitsunterschiede bei Männern sind größer als bei Frauen. Männer haben mit einer längeren Periode in schlechtem Gesundheitszustand zu rechnen als Frauen. Die Geschlechtsunterschiede fallen besonders bei geringerer Bildung deutlich aus.

Die Berechnungen von DOBLHAMMER und KYTIR zeigen, daß Männer mit höherer Ausbildung zwischen dem 30. und 75. Lebensjahr 41,6 Jahre Lebenserwartung zu erwarten haben, in der niedrigsten Bildungsgruppe 39,2 Jahre. Die Ratio zwischen höchster und niedrigster Bildungsgruppe beträgt 1,71 (für Frauen 1,45).

Männer mit dem geringsten Ausbildungsgrad leben 2,7mal länger mit Behinderungen als die mit dem höchsten Bildungsstand, obwohl sie zudem auch noch eine höhere Sterblichkeit aufweisen. Die letztere Gruppe hat in bezug auf die Self-perceived Health 1,8 Jahre in schlechter Gesundheit zu erwarten, im Vergleich zu 3,6 Jahren bei Männern mit dem geringsten Bildungsstand. Das bedeutet, daß Männer mit dem geringsten Bildungsstand zweimal so viele Jahre in schlechterem Gesundheitszustand erleben als Männer mit höherem Ausbildungsstand. Ähnliches zeigte sich auch für Frauen, jedoch sind die Unterschiede in bezug auf den Bildungsstand nicht derartig ausgeprägt.

Eine der Schlußfolgerungen der Autoren ist, daß die Gesundheitserwartung vor allem vom Geschlecht abhängt und nicht so sehr vom sozioökonomischen Background. Sie fordern auch eine weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit der Gesundheitserwartung der österreichischen Bevölkerung. Es ist bis dato nicht geklärt, ob der Anstieg der Lebenserwartung auch einen Anstieg in der Zahl der gesunden Jahre bedeutet. Weiters sollen die sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheitserwartung näher untersucht werden, da dies gute Indikatoren für den Erfolg von Wohlfahrts- und Sozialprogrammen sind (DOBLHAMMER et al., 1998).

Im höheren Lebensalter überwiegen bei der insgesamt noch zu erwartenden Lebensspanne die in „Krankheit" verbrachten Jahre über die „gesunden" Jahre. Bei Männern ist dies erst nach dem 80. Lebensjahr der Fall, bei Frauen hingegen bereits nach dem 75. Lebensjahr. Ein 85jähriger Mann kann immer noch mit beinahe gleich vielen weiteren Lebensjahren ohne funktionale Behinderungen (2,2 Jahre) wie mit Behinderungen (2,9 Jahre) rechnen. Für 85jährige Frauen sieht dieses Verhältnis weit ungünstiger aus: 1,4 Jahren ohne funktionale Behinderungen stehen weitere 4,2 Jahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gegenüber (KYTIR, 1994).

Stellt man einen Vergleich der Spanne der behinderungsfreien Lebenserwartung westlicher Industriestaaten an, so zeigen die österreichischen wie auch die Schweizer Morbiditätsdaten ein sehr positives Bild (KYTIR, 1994). In Deutschland verbringen 70jährige Männer und Frauen im Durchschnitt 60 bis 70 % ihrer verbleibenden Lebenszeit in relativ guter Gesundheit (HÖPFLINGER, 1992). Daten zur behinderungsfreien Lebenserwartung in Wien sind nicht vorhanden.

V.
SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION

SOCIOECONOMICAL SITUATION

V. SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION 57–84

5.1 SOZIALE FAKTOREN UND GESUNDHEIT 59
5.2 SOZIOÖKONOMISCHE UNTERSCHIEDE IN DER MORTALITÄT BEI MÄNNERN 61
5.3 BILDUNG UND BERUF 63
5.4 EINKOMMEN 66
5.5 FAMILIENSITUATION 68
5.6 SOZIALKONTAKTE 68
5.7 ARBEITSLOSIGKEIT 70
5.7.1 EPIDEMIOLOGIE DER ARBEITSLOSIGKEIT 70
5.7.2 LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT 73
5.7.3 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT 74
5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien 75
5.8 OBDACHLOSIGKEIT BEI MÄNNERN IN WIEN 75
5.9 MIGRATION/AUSLÄNDISCHE MÄNNER IN WIEN 79

5 SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION

Zusammenfassung

Soziale Faktoren wie dauerhafte finanzielle Sorgen, unsicherer Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit, belastende Lebensereignisse, schlechte soziale Integration, geringes Selbstwertgefühl, problematische Kindheit und Fatalismus sind Determinanten, die Morbidität und Mortalität mitbestimmen. Menschen, die unter schlechten sozialen und ökonomischen Umständen leben müssen, haben das doppelte Risiko, ernsthaft krank zu werden und vorzeitig zu sterben. Zwischen oberen und unteren sozioökonomischen Verhältnissen gibt es in bezug auf den Gesundheitszustand einen kontinuierlichen Sozialgradienten. Krankheiten, körperliche Beschwerden und vorzeitige Todesfälle kommen im unteren Bereich der Sozialhierarchie wesentlich häufiger vor als im oberen Bereich.

Bildung und Einkommen sind wichtige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Die Mortalität zeigt bildungsspezifische Unterschiede, die bei Männern wesentlich stärker ausgeprägt sind als bei Frauen und auf alle Todesursachen zutreffen. Insgesamt ist in Österreich die Sterblichkeit von erwerbstätigen Männern mit Pflichtschulabschluß etwa zweimal höher als bei Männern mit Hochschulabschluß.

Summary

Social factors such as ongoing financial worries, insecure employment or unemployment, burdensome events, poor social integration, low self-esteem, a problematic childhood and fatalism are determinants that contribute to morbidity and mortality. Persons who live under poor social and economic circumstances are at double risk of becoming seriously ill and of dying prematurely. There is a direct linear connection between health and socioeconomic conditions. Illness, physical ailments and early death are much more frequent in the lower portion of the socioeconomic scale.

Education and income importantly influence the state of health. Mortality is specifically related to education: this is far more pronounced amoung men than amoung women and holds true regardless of the cause of death. Overall, mortality for working men with only compulsory education is about twice that for men with higher education.

5.1 Soziale Faktoren und Gesundheit

Jeder Mensch ist für sein Gesundheitsverhalten – gesunden Lebensstil – zunächst einmal selbst verantwortlich. Dies betrifft Alkoholkonsum, Rauchen, mangelnde Bewegung, gesunde Ernährung etc. Darüber hinaus gibt es aber Faktoren, die der einzelne nicht unbedingt unter Kontrolle hat, nämlich soziale und ökonomische Faktoren.

Sogar in reichen Ländern leben Reichere länger und gesünder als Ärmere. Diese Unterschiede zeigen sehr deutlich den gewaltigen Einfluß von Lebensstil, Arbeitsplatz, Wohnen und sozialem Umfeld auf Gesundheit und Langlebigkeit. Damit stellt sich der Sozialfaktor als einer der wesentlichsten Einflußfaktoren auf die Gesundheit der Menschen dar (WHO, 1998). Die stärkere Beeinflussung der Gesundheit der Männer durch sozioökonomische Faktoren hat sich bereits bei der Untersuchung der Lebenserwartung gezeigt.

Unterschiede in bezug auf Mortalität und Gesundheitszustand sind weitestgehend bekannt. Ökonomische und sozialpsychologische Ursachen für diese Unterschiede müssen noch identifiziert und näher untersucht werden (DOBLHAMMER et al., 1998).

Schlechte soziale und ökonomische Umstände beeinflussen das gesamte Leben. Menschen, die unter diesen Bedingungen leben müssen, haben das doppelte Risiko, ernsthaft krank zu werden und vorzeitig zu sterben. Zwischen oberen und unteren sozioökonomischen Verhältnissen gibt es in bezug auf den Gesundheitszustand einen kontinuierlichen Sozialgradienten (WHO, 1998). In Großbritannien sank die Beschäftigungsrate von chronisch Kranken während der Rezession im Jahr 1993 auf 78 % bei Managern und Personen in hochqualifizierten Berufen , bei den Arbeitern und ungelernten Arbeitern auf 42 % (BARTLEY et al., 1997).

Die Gesundheit im mittleren Alter und im Alter hängt natürlich auch davon ab, wie die Lebensumstände in den vorangegangenen Jahren waren. Die Wissenschaft ist sich darüber einig, daß Gesundheit und damit verbundene soziale Verteilung über einen gesamten Lebenslauf untersucht werden müssen. In der Gesundheitspolitik ist es wesentlich, präventive Maßnahmen zu setzen, die eine Vermeidung der Akkumulation von sozialen Nachteilen für die Bevölkerung zum Ziel haben. „Life course research" zeigt, wie Sozial- und Gesundheitspolitik von heute die Gesundheit der älteren Personen in der Zukunft beeinflußt (BARTLEY, 1997).

Die Lebenserwartung hat zwar in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, jedoch waren die Verbesserungen bei Nichtarbeitern und Personen mit erlernten manuellen Berufen größer als bei den ungelernten Arbeitern.

Der Einfluß der Sozialfaktoren auf den Gesundheitszustand einer Person ist unumstritten, die biologischen Mechanismen sind jedoch noch nicht geklärt. Es gibt nur wenige Untersuchungen, die ein lebenslanges Follow-up beinhalten und die sozioökonomischen Faktoren mit einbeziehen. Die wenigen Studien dazu meinen, Hinweise darauf gefunden zu haben, daß die soziale Situation in der Jugend und im Kindesalter besonders einflußreich auf frühzeitiges Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, während Krebserkrankungen und das Risiko, an nichtkardiovaskulären Erkrankungen und Ursachen außer Krebs zu sterben, vor allem mit den Lebensumständen im Erwachsenenalter zusammenhängen sollen (BRUNNER, 1997).

Rauchen, Ernährung und andere Verhaltensfaktoren mit biologischen Effekten beeinflussen zwar stark das Erkrankungs- und Sterberisiko, jedoch erklären sie nicht alles. Psychosoziale Faktoren, wie z.B. Selbstbewußtsein, haben eine enge Beziehung auch zum Sozialstatus und damit zum Risikoverhalten. Es gibt somit Hinweise, daß psychologische Charakteristiken des jeweiligen Sozialstatus in direkter Beziehung zu biologischen Funktionen stehen.

In der Whitehall-II-Studie wurde das Vorkommen bestimmter psychosozialer Charakteristika im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsstatus besonders gut untersucht (MARMOT et al., 1991). Die Prävalenz dieser Faktoren nahm stufenweise mit geringer werdender Karrierestufe zu. Diese psychosozialen Faktoren sind nach heutigem Wissen eine länger dauernde finanziell angespannte Situation, ein unsicherer Arbeitsplatz, belastende Lebensereignisse, gering ausgeprägte soziale Netzwerke, geringes Selbstwertgefühl und Fatalismus (BRUNNER, 1997). In der Whitehall-II-Studie zeigte sich bei den untersuchten Männern in bezug auf Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, daß Gesamtcholesterinwerte und LDL-Cholesterinwerte sich kaum zwischen den verschiedenen Berufspositionen unterschieden, die HDL-Cholesterinwerte in den Berufsklassen mit höheren Positionen jedoch signifikant höher waren als bei den Untergebenen (BRUNNER, 1997).

Geringe Jobkontrolle wird mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden. Personen mit geringer Jobkontrolle (wenig Autonomie und Entscheidungsmöglichkeit) haben ein höheres Risiko für eine koronare Herzkrankheit (BOSMA et al., 1997). Im Civil-Service-Bereich zeigte die Whitehall-II-Studie, daß geringe Jobkontrolle mit schlechterer Gesundheit, höherer Krankenstandsrate und anderen Lebensstilfaktoren wie ungesundem Ernährungsverhalten verbunden ist. Es wurden sogar bei geringer Jobkontrolle höhere Fibrinogenspiegel als Marker für ein erhöhtes koronares Risiko gemessen (BRUNNER, 1997).

Krankheiten, körperliche Beschwerden und vorzeitige Todesfälle kommen im unteren Bereich der Sozialhierarchie wesentlich häufiger vor als im oberen Bereich. Dieser Sozialgradient in bezug auf den Gesundheitszustand reflektiert die materiellen Nachteile, soziale Unsicherheit und Angst sowie Mangel an sozialer Integration (nach WHO Europe, 1998).

Unterschiede im Gesundheitszustand zeigen sich auch deutlich bei Unterschieden im Einkommen. Die tatsächlichen Ursachen können mit den bisher durchgeführten Studien noch nicht wirklich erklärt werden. VAN DOORSLAER et al. haben in ihrem 1997 publizierten Ländervergleich diese Unterschiede in bezug auf Einkommensunterschiede in neun Industrieländern untersucht. Anhand von Daten von Gesundheitssurveys fanden sie in allen Ländern einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und Einkommensunterschieden. Ein höheres Einkommen begünstigt einen besseren Gesundheitszustand (VAN DOORSLAER et al., 1997). In anderen ähnlichen Untersuchungen, die den sozioökonomischen Status in die Untersuchungen miteinbezogen, waren bei Männern diese Unterschiede in bezug auf den selbstberichteten Gesundheitszustand besonders deutlich (KUNST et al., 1992; KUNST et al., 1995).

Die WHO sieht zehn Aspekte der sozialen Determinanten der Gesundheit, die in die Ziele der Sozial- und Gesundheitspolitik miteinzubeziehen sind:

1. Die Notwendigkeit von politischen Strategien, um Menschen vor lange anhaltenden gesellschaftlichen Nachteilen zu bewahren.
2. Das Wissen um den Einfluß des sozialen und psychologischen Umfeldes auf die Gesundheit.
3. Die Wichtigkeit einer gesicherten Kindheit.
4. Der Einfluß der Arbeit auf die Gesundheit.
5. Die Probleme der Arbeitslosigkeit und Job-Unsicherheit.
6. Die Rolle von sozialen Beziehungen (Freundschaften, ...).
7. Die Gefahren der sozialen Desintegration.
8. Die Effekte von Alkohol und anderen Drogen.
9. Die Notwendigkeit, daß jeder Zugang zu gesundem Essen hat.
10. Die Notwendigkeit von gesünderen und sichereren Transportmitteln (WHO Europe, 1998).

Eine Reihe dieser Determinanten treffen verstärkt auf die männliche Bevölkerung zu.

5.2 Sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität bei Männern

DOBLHAMMER-REITER untersuchte in Österreich die Unterschiede in der Sterblichkeit in Abhängigkeit vom Sozialstatus, und dies nach Geschlecht. Für Wien stehen keine vergleichbaren Untersuchungen zur Verfügung. Es ist anzunehmen, daß die vor allem bei Männern vorgefundene deutliche Abhängigkeit der Mortalität vom sozioökonomischen Status auch auf die Wiener männliche Bevölkerung zutrifft.

Die Sterblichkeit von Männern im Alter zwischen 35 und 39 Jahren mit Pflichtschulabschluß ist 3,63mal so hoch als die von Männern mit Hochschulabschluß. Insgesamt ist die Sterblichkeit von Männern im erwerbstätigen Alter bei den Pflichtschulabsolventen 2,09mal höher als bei Hochschulabsolventen. Mit jeder zusätzlichen Bildungsstufe sinkt die Übersterblichkeit. Für Männer mit Lehrabschluß ist sie nur mehr 1,79mal höher, bei BMS-Absolventen 1,44mal höher und bei AHS/BHS-Absolventen 1,25mal höher.

Bei den über 65jährigen Männern reduzieren sich diese Sterblichkeitsunterschiede nach Bildungsgrad, signifikante Unterschiede bleiben jedoch bestehen. Es bleibt immer noch die Übersterblichkeit der Pflichtschulabsolventen mit 47 %, bei Lehrabsolventen mit 40 %, bei BMS-Abgängern mit 16 % und bei AHS/BHS-Absolventen mit 7 %.

Die Autorin dieser Untersuchung faßte für die drei Altersgruppen grundsätzliche Unterschiede zusammen: Es zeigten sich nur in der Altersgruppe der 35- bis 49jährigen Unterschiede in der Sterblichkeit in allen fünf Bildungsgruppen. Charakteristisch ist die extreme Übersterblichkeit der niedrigeren Bildungsschichten.

In der Altersgruppe der 50- bis 64jährigen reduziert sich die Übersterblichkeit der Pflichtschulabsolventen auf 58 % und ist somit um vieles geringer als bei jüngeren Personen. Auch die Unterschiede in den anderen Bildungsgruppen nehmen ab.

In der Altersgruppe der 65- bis 89jährigen wird das bildungsspezifische Sterberisiko inhomogener. Bei den 70- bis 74jährigen und 80- bis 84jährigen sind die Unterschiede jedoch ähnlich ausgeprägt wie bei den 50- bis 64jährigen.

Der ökonomische Status wird jedoch vor allem durch den Berufsstatus gemessen, da Bildung natürlich nicht gleichbedeutend mit höherem Einkommen stehen muß. Bildung wird verstärkt mit den Lebensstilfaktoren, wie Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel etc., im Zusammenhang gesehen.

DOBLHAMMER untersuchte bei der Sterblichkeit von Männern auch die Abhängigkeit vom Berufsstatus und der jeweiligen Bildung.

So unterscheidet sich das Sterberisiko von jüngeren Männern mit Lehrabschluß stärker nach beruflichem Status als das der Pflichtschulabsolventen. Die Sterblichkeit von jüngeren Männern mit Lehrabschluß, die als ungelernte Arbeiter beschäftigt sind, ist um 57 % höher als von Angestellten und Beamten. Bei Pflichtschulabsolventen beträgt der Unterschied nur 20 %. Die Sterblichkeit von Angestellten und Beamten mit Pflichtschulabschluß ist um 25 % höher als jene von Lehrabsolventen mit gleicher beruflicher Stellung. Ähnliches wurde für Bauern herausgefunden. Hingegen ist die Sterblichkeit von Pflichtschulabsolventen unter den Selbständigen und Facharbeitern niedriger als von Lehrabsolventen. Angelernte Arbeiter und Hilfsarbeiter beider Bildungsgruppen haben in etwa ein vergleichbares Sterberisiko.

Weiters wurde der Zusammenhang zwischen Bildung und Todesursache untersucht. Unterteilt werden die Todesursachen in fünf große Gruppen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, alle anderen natürlichen Todesursachen, Unfälle, Selbstmorde.

In allen fünf Erkrankungsgruppen lassen sich Unterschiede nach Bildungsgruppen erkennen. Grundsätzlich sind, wie auf der Ebene der Gesamtmortalität, die Unterschiede bei jüngeren Männern stärker ausgeprägt als bei älteren Männern. Die größten Bildungsunterschiede lassen sich bei den Selbstmorden feststellen. Die Selbstmordsterblichkeit von Pflichtschulabsolventen im Alter von 35 bis 64 Jahren ist 2,98mal höher als in der höchsten Bildungsstufe. Bei älteren Männern beträgt die Übersterblichkeit immer noch 164 %. Auch bei tödlichen Unfällen zeigt sich ein hoher und signifikanter Bildungsgradient. Die Übersterblichkeit von Pflichtschulabsolventen beträgt im Alter von 35 bis 64 Jahren 149 % und reduziert sich bei älteren Männern auf 66 %.

Warum die bildungsspezifischen Unterschiede bei den Männern mit zunehmendem Alter geringer werden, wird verschiedentlich diskutiert (bei den Frauen nehmen diese Unterschiede mit dem Alter zu). Zum einen werden Kohorteneffekte für die Schwankungen in den älteren Altersgruppen verantwortlich gemacht, zum anderen Selektionseffekte und die mit zunehmendem Alter sich verändernden Anteile der Todesursachen (44 % aller Todesfälle bei den 35- bis 64jährigen Männern sind auf Unfälle und Selbstmorde zurückzuführen).

Zusammengefaßt zeigt sich, daß bildungsspezifische Unterschiede in der Mortalität bei Männern größer sind als bei Frauen. Bei Unfällen und Selbstmorden ist dies besonders deutlich ausgeprägt. Diese nehmen einen hohen Anteil an der Sterblichkeit der jüngeren Männer ein und sind auch für den Großteil der geschlechtsspezifischen Unterschiede verantwortlich (DOBLHAMMER-REITER, 1996).

5.3 Bildung und Beruf

Die überwiegende Zahl der Wiener Männer hat als höchste Ausbildung einen Lehrabschluß (38,3 %), 21,7 % waren in einer höheren Schule, und bei 19,65 % der Wiener Männer ist der höchste Schulabschluß die Pflichtschule. In Gesamtösterreich sind es 44,5 % der Männer, die einen Lehrabschluß als höchste berufliche Ausbildung haben, 26,8 % einen Pflichtschulabschluß, und 14 % haben eine höhere Schule abgeschlossen. Damit gibt es in Wien mehr Männer, die eine höhere Schule abgeschlossen haben, als im gesamtösterreichischen Durchschnitt (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen) (Tab. 5.3.1).

Tabelle 5.3.1: Höchste abgeschlossene Schulbildung der männlichen Bevölkerung (ab 15 Jahren) in Österreich und Wien, in 1.000

	Wien		**Österreich**	
Schulbildung	**absolut**	**%**	**absolut**	**%**
Lehrabschluß (Berufsschule)	242,1	*38,3*	1.425,3	*44,5*
höhere Schule	137,3	*21,7*	445,6	*14,0*
Pflichtschule	124,0	*19,6*	858,0	*26,8*
Universität, Hochschule	75,4	*12,0*	203,4	*6,4*
BMS (ohne Berufsschule)	44,3	*7,0*	229,7	*7,2*
hochschulverwandte Lehranstalt	9,5	*1,5*	42,2	*1,3*
zusammen	632,6		3.203,8	

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

In den beiden zurückliegenden Dekaden fand im Schulwesen eine generelle Ausweitung des Schulbesuchs, die Beseitigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Niveau der Bildungsbeteiligung und eine deutliche Gewichtsverlagerung von allgemeinbildenden zu berufsbildenden höheren Schulen statt.

Die Prognosen zeigen für Männer wie Frauen eine Steigerung der Maturantenzahlen, der Erstinskribierenden an Universitäten sowie der Hörerzahlen (Tab. 5.3.2) Außerdem wird prognostiziert, daß im Jahr 2010 jeder zweite maturieren wird. Allgemein wird der Männeranteil bei den Maturanten, bei den Erstinskribierenden sowie bei den Hörerzahlen im Verhältnis zu den Frauen sinken (DELL'MOUR et al., 1996) (Tab. 5.3.3).

Tabelle 5.3.2: Entwicklung der Maturantenzahlen von 1971 bis 1995, Prognosewerte bis 2010 in Prozent des Durchschnitts der 18- bis 20jährigen

Maturajahr	insgesamt	männlich	Anteil Männer
1971	*16,3*	*17,4*	*55,3*
1976	*19,0*	*19,9*	*52,9*
1981	*20,7*	*21,1*	*51,5*
1986	*25,6*	*24,5*	*49,2*
1991	*29,2*	*26,1*	*46,8*
1995	*33,0*	*28,2*	*45,0*
1996	*33,8*	*29,4*	*45,4*
1997	*33,9*	*29,6*	*44,9*
1998	*34,7*	*30,1*	*44,2*
1999	*35,5*	*30,8*	*44,4*
2000	*36,8*	*31,3*	*44,1*
2001	*38,1*	*32,2*	*44,1*
2002	*39,1*	*33,0*	*44,1*
2003	*39,9*	*33,9*	*44,3*
2004	*40,6*	*34,5*	*44,3*
2005	*40,7*	*34,7*	*44,2*
2010	*43,1*	*34,7*	*43,9*

Quelle: DELL'MOUR et al., 1996

Tabelle 5.3.3: Entwicklung des Männeranteils an den Erstinskribierenden und an den Hörerzahlen von 1976 bis 1995 und Prognose bis 2010 (Angaben in Prozent)

Studienjahr	Männeranteil an den Erst-inskribierenden	Männeranteil an den Hörerzahlen
1976	*56,3*	*64*
1981	*53,6*	*59*
1986	*52,1*	*56*
1991	*50,8*	*55*
1992	*49,1*	*55*
1993	*48,9*	*55*
1994	*47,5*	*54*
1995	*47,3*	*54*
1996	*47,4*	*53*
1997	*46,9*	*53*
1998	*46,3*	*53*
1999	*46,2*	*52*
2000	*45,9*	*52*
2005	*46,3*	*51*
2010	*45,9*	*50*

Quelle: DELL'MOUR et al., 1996

Tabelle 5.3.4: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Wiener Männer 1991 nach Bezirken (Angaben in Prozent)

Bezirk	Hochschule und verwandte Lehranstalt	höhere Schule	Fachschule	Lehre	allgemeinbildende Schule
1	*37,4*	*20,4*	*7,0*	*18,3*	*16,9*
2	*8,8*	*13,0*	*7,2*	*41,5*	*29,4*
3	*14,4*	*15,9*	*7,8*	*34,9*	*7,0*
4	*24,4*	*18,7*	*6,4*	*28,0*	*22,6*
5	*10,8*	*14,1*	*7,2*	*38,5*	*29,4*
6	*18,7*	*19,2*	*7,7*	*30,9*	*23,5*
7	*19,1*	*19,4*	*7,2*	*30,4*	*23,9*
8	*26,4*	*20,1*	*7,1*	*26,4*	*20,0*
9	*21,2*	*18,8*	*7,4*	*30,2*	*22,5*
10	*5,1*	*11,3*	*7,2*	*48,5*	*27,9*
11	*3,4*	*10,5*	*7,1*	*52,1*	*26,9*
12	*8,3*	*13,0*	*7,1*	*43,0*	*28,6*
13	*27,9*	*21,4*	*8,3*	*28,6*	*13,9*
14	*12,8*	*16,1*	*8,7*	*40,6*	*21,8*
15	*6,2*	*11,4*	*6,9*	*40,9*	*34,6*
16	*7,6*	*12,6*	*7,4*	*42,4*	*30,1*
17	*12,6*	*14,1*	*7,8*	*36,9*	*28,5*
18	*24,8*	*17,4*	*6,6*	*30,0*	*21,2*
19	*25,5*	*19,5*	*7,7*	*30,6*	*16,7*
20	*5,4*	*10,7*	*6,3*	*45,2*	*32,4*
21	*5,7*	*12,7*	*8,0*	*52,4*	*21,2*
22	*5,5*	*12,5*	*8,2*	*53,4*	*20,5*
23	*11,2*	*17,1*	*8,7*	*45,0*	*18,0*

Quelle: MA 66, Statistisches Amt, 1995

Der höchste Anteil an Männern mit Hochschul- oder hochschulverwandter Ausbildung findet sich im 1. Bezirk, der niedrigste im 11. Bezirk mit 3,4 %, der höchste Anteil mit höherer Schule als höchste abgeschlossene Berufsausbildung ist im 13. Bezirk, der niedrigste im 11. Bezirk, bei den Fachhochschulen ist der höchste Anteil im 23. und der niedrigste im 20. Bezirk, bei den Lehrabschlüssen der höchste im 22. Bezirk und der niedrigste im 1. Bezirk, bei den allgemeinbildenden höheren Schulen der höchste im 15., der niedrigste im 3. Bezirk (Tab. 5.3.4).

Tabelle 5.3.5: Quote der berufstätigen Männer, die im Bezirk wohnen, nach Stellung im Beruf 1991 (Angaben in Prozent)

Bezirk	Selbständige	mithelfende Familienangehörige	Angestellte, Beamte mit Universität oder Maturaabschluß	Angestellte, Beamte mit Fachschul- oder Lehrabschluß	Angestellte, Beamte mit Pflichtschulabschluß	Facharbeiter	angelernte Arbeiter	Hilfsarbeiter	Lehrlinge
1	*25,6*	*0,7*	*38,4*	*12,4*	*5,8*	*6,5*	*4,9*	*4,3*	*1,4*
2	*8,2*	*0,4*	*16,3*	*20,5*	*6,0*	*20,7*	*10,6*	*14,2*	*3,0*
3	*9,1*	*0,4*	*23,1*	*19,6*	*6,0*	*16,6*	*10,0*	*12,7*	*2,6*
4	*13,8*	*0,2*	*32,6*	*15,5*	*7,3*	*12,9*	*7,9*	*7,8*	*2,1*
5	*8,5*	*0,3*	*18,5*	*19,7*	*5,6*	*19,2*	*11,3*	*14,3*	*2,6*
6	*13,0*	*0,5*	*27,8*	*17,5*	*5,6*	*14,6*	*9,2*	*9,6*	*2,1*
7	*13,1*	*0,4*	*27,9*	*17,7*	*5,8*	*13,5*	*9,1*	*10,6*	*1,9*
8	*14,6*	*0,5*	*34,8*	*15,2*	*4,8*	*11,9*	*7,5*	*8,5*	*2,2*
9	*11,8*	*0,4*	*30,3*	*18,3*	*6,0*	*13,6*	*7,9*	*9,4*	*2,3*
10	*5,2*	*0,2*	*13,3*	*27,2*	*6,2*	*21,0*	*11,1*	*12,7*	*3,1*
11	*4,9*	*0,3*	*11,5*	*30,2*	*6,6*	*21,2*	*10,4*	*11,1*	*3,7*
12	*6,5*	*0,2*	*16,8*	*24,1*	*6,1*	*18,8*	*10,9*	*13,5*	*3,2*
13	*12,9*	*0,3*	*39,7*	*21,5*	*5,6*	*9,5*	*5,0*	*4,1*	*1,4*
14	*7,7*	*0,2*	*24,0*	*25,9*	*6,3*	*16,3*	*8,1*	*9,2*	*2,4*
15	*5,9*	*0,3*	*12,9*	*20,1*	*5,3*	*21,2*	*12,9*	*18,1*	*3,3*
16	*6,5*	*0,3*	*15,4*	*22,8*	*5,3*	*19,1*	*11,4*	*16,5*	*2,7*
17	*8,3*	*0,2*	*20,8*	*20,1*	*5,3*	*17,3*	*10,3*	*15,4*	*2,5*
18	*12,2*	*0,3*	*32,5*	*17,3*	*5,8*	*12,8*	*7,4*	*9,3*	*2,4*
19	*13,6*	*0,5*	*34,7*	*21,0*	*5,6*	*11,1*	*6,5*	*5,1*	*1,9*
20	*5,4*	*0,2*	*12,2*	*24,2*	*6,0*	*19,8*	*12,0*	*17,4*	*2,8*
21	*5,4*	*0,3*	*15,8*	*32,0*	*6,2*	*20,4*	*9,4*	*7,2*	*3,3*
22	*5,7*	*0,3*	*15,6*	*33,1*	*6,3*	*19,9*	*9,0*	*6,2*	*3,9*
23	*7,8*	*0,3*	*23,9*	*29,9*	*5,0*	*16,4*	*7,5*	*6,4*	*2,6*

Quelle: MA 66, Statistisches Amt, 1995

Im 1. Bezirk ist die Rate der Selbständigen (25,6 %) und der mithelfenden Familienangehörigen (0,7 %) am höchsten, die Rate der Facharbeiter (6,5 %), der ungelernten Arbeiter (4,9 %) und der Angestellten/Beamten mit Pflichtschul- oder Lehrabschluß (12,4 %) am niedrigsten. Im 4. Bezirk finden sich die meisten Angestellten/Beamten mit Pflichtschulabschluß (7,3 %), die wenigsten gibt es im 8. Bezirk (4,8 %). Im 10. Bezirk ist die Rate der mithelfenden Familienangehörigen am geringsten (0,2 %). Im 11. Bezirk gibt es zwar die meisten Facharbeiter (21,2 %), aber die wenigsten Selbständigen (4,9 %) und Angestellten/Beamten mit Universitätsabschluß/Matura (11,5 %). Der 13. Bezirk hat die wenigsten Lehrlinge (1,4 %) und Hilfsarbeiter (4,1 %), dafür die höchste Rate bei den Angestellten/Beamten mit Universitätsabschluß bzw. Matura (39,7 %). Der 15. Bezirk ist der mit den meisten ungelernten Arbeitern (12,9 %) und Hilfsarbeitern (18,1 %), der 22. Bezirk hat die meisten Lehrlinge (3,9 %) und Angestellten/Beamten mit Fachschul- oder Lehrabschluß (33,1 %) (MA 66, Statistisches Amt, 1995) (Tab. 5.3.5).

5.4 Einkommen

In Österreich verdienten die männlichen Arbeiter 1997 durchschnittlich öS 24.694,– brutto (Frauen: öS 15.703,–), die Angestellten öS 35.394,– (Frauen: öS 21.181,–). In Wien lagen die durchschnittlichen Verdienste von Arbeitern bei öS 23.905,– (Frauen: öS 16.240,–) und von Angestellten bei öS 36.270,– (Frauen: öS 23.968,–). Das höchste Lohnniveau findet sich in beiden Erwerbsverhältnissen in Vorarlberg, das niedrigste jeweils im Burgenland (ÖSTAT, 1998) (Tab. 5.4.1).

Tabelle 5.4.1: Durchschnittliches Bruttoeinkommen der männlichen Arbeiter und Angestellten im Bundesländervergleich 1997 (Angaben in öS)

Bundesland	Arbeiter	Angestellte
Vorarlberg	26.069	38.104
Kärnten	25.708	32.604
Oberösterreich	25.529	36.331
Steiermark	24.790	34.442
Salzburg	24.511	34.999
Niederösterreich	24.467	33.796
Tirol	24.231	33.359
Wien	23.905	36.270
Burgenland	22.067	30.496

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die ökonomische Situation der SeniorInnen in Wien ist bereits ausführlich im WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT dargestellt worden. Daraus geht hervor, daß ältere Männer grundsätzlich über ein höheres monatliches Einkommen als Seniorinnen verfügen. Dieses Einkommen nimmt jedoch mit dem Grad von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab. Beschwerdefreie Männer bis 70 Jahre haben durchschnittlich ein monatliches Einkommen von öS 19.824,–, welches bei geringer Beeinträchtigung auf öS 18.130,– zurückgeht, bei Dauerbeeinträchtigung auf öS 16.692,– und bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auf öS 14.060,–. Bei Männern ab 70 Jahren sind die entsprechenden Einkommen öS 19.142,–, öS 14.829,–, öS 17.736,–, öS 15.931,–. Diese Einkommensverluste mit dem Grad der körperlichen Beeinträchtigung betreffen Männer, die mit Partnerin leben, ebenso, jedoch ist das Haushaltseinkommen insgesamt höher.

Insgesamt sind 6 % der Wiener Seniorinnen ohne eigenes Einkommen. Männer sind von dieser Situation nicht betroffen. Die ökonomisch aktive Population ist weltweit überwiegend männlich dominiert (Tab. 5.4.2).

Tabelle 5.4.2: Prozentsatz der ökonomisch aktiven Population

Land	Männer	Frauen
China	*45*	*15*
Indien	*65*	*14*
Europäische Union	*15*	*5*
USA	*27*	*14*
Indonesien	*68*	*30*
Brasilien	*46*	*11*
Russische Föderation	*24*	*11*
Pakistan	*62*	*9*

Quelle: Diczfalusy, 1998

5.5 Familiensituation

Die Mehrzahl der Wiener Männer (46,7 %) ist verheiratet, 44,5 % sind ledig (Tab. 5.5.1).

Tabelle 5.5.1: Familienstand der männlichen Wiener Bevölkerung 1997 in 1.000

Familienstand	absolut	in %
verheiratet	352,8	*46,7*
ledig	336,2	*44,5*
geschieden	45,7	*6,1*
verwitwet	20,3	*2,7*
absolut	755,0	

Quelle: ÖSTAT, 1998

Bezüglich des Familienstandes der Wiener SeniorInnen zeigt sich, daß auch das Alleinleben im Alter weiblich ist. Drei Viertel der Senioren sind verheiratet, während dies nur auf ein Drittel der Frauen zutrifft. Davon sind alle Altersgruppen der SeniorInnen betroffen. Auch bei den Hochbetagten ist noch immer die Hälfte der Männer verheiratet. Die Gründe für diese Situation liegen in der höheren Lebenserwartung der Frauen sowie in der Tatsache, daß Männer meist älter sind als ihre Frauen und daß viele Ehemänner heutiger Seniorinnen im Zweiten Weltkrieg gefallen sind. In den nachfolgenden Generationen wird die Singularisierungstendenz zunächst abnehmen, jedoch wieder ansteigen, wenn die heutigen jungen Erwachsenen im Seniorenalter sind. Dies erklärt sich durch geringe Heiratsneigung, hohe Scheidungsrate, geringe Kinderanzahl und Tendenz zum Alleinleben.

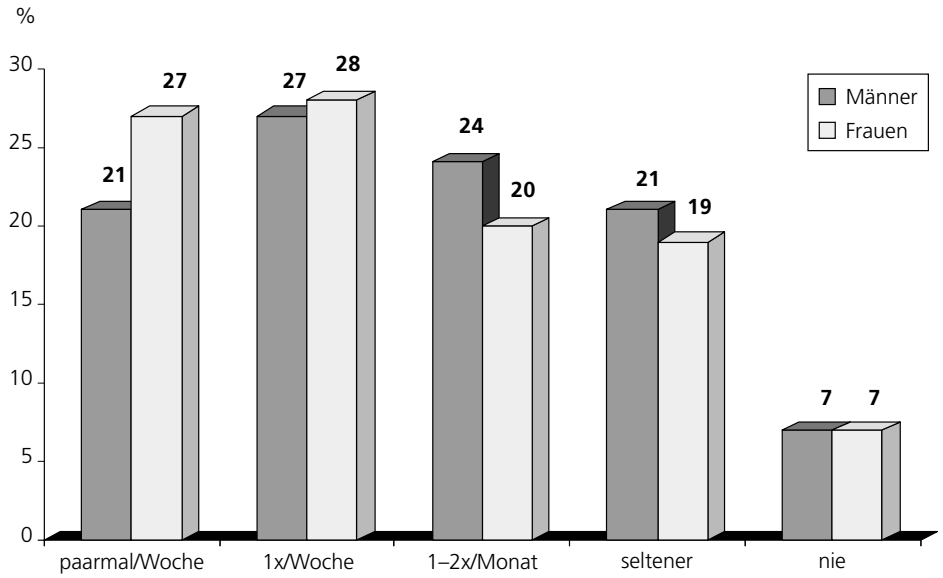
Die Volkszählung 1991 ergab, daß nur 20 % der Männer über 60 Jahre allein leben (bei den Frauen sind es über die Hälfte). Bei den älteren Senioren sind es ebenfalls nur 28 %. Ältere Männer leben am häufigsten mit ihren Partnerinnen und/oder Kindern zusammen. 77 % der Männer über 60 Jahre lebten in diesem Haushaltstyp, auch bei den Hochbetagten waren dies immer noch 51 %.

5.6 Sozialkontakte

Die Studie „Leben in Wien“ beleuchtet einige Aspekte von sozialer Integration. Dabei lassen sich bezüglich des Freundes- oder Bekanntenkreises geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Männer haben einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis als Frauen. 7 % der Frauen und 3 % der Männer haben laut eigenen Angaben keinen Freundeskreis.

Bei Verwandtschaftstreffen liegen die Frauen vor den Männern. Von 8.032 WienerInnen treffen sich 27 % der Frauen und 21 % der Männer ein paarmal pro Woche mit jemandem. 27 % der Männer treffen sich einmal pro Woche mit ihren Verwandten, 24 % ein- bis zweimal pro Monat, 21 % seltener. 7 % der Männer und ebenso viele Frauen treffen sich nie mit ihren Verwandten („Leben in Wien“, 1995) (Abb. 5.6.1).

Abbildung 5.6.1: Treffen mit Verwandten, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Quelle: „Leben in Wien", Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1998/2

In den STATISTISCHEN MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN 1998 wurden die Beziehungen zwischen Kontaktfreudigkeit und Alter, Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Anzahl der Beschwerden untersucht. Bei den Wiener Männern ist von den 20- bis 29jährigen über die Hälfte (51 %) sehr kontaktfreudig, 12 % sind kontaktschwach, und der Rest von 37 % wird als freundeskreisorientiert eingestuft. Bei den ab 60jährigen ist die Gruppe der Kontaktfreudigen schon um 9 % kleiner (42 %), dagegen die der Kontaktschwachen um 5 % größer (17 %). Bei den 30- bis 39jährigen und bei den 40- bis 49jährigen betragen die Kontaktfreudigen 43 % und 42 %, lediglich bei den 50- bis 59jährigen steigt diese Zahl wieder auf 49 % (STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1998).

5.7 Arbeitslosigkeit

Zusammenfassung

Die Arbeitslosenrate in Österreich war im Dezember 1998 im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren am höchsten. Bei den Männern fand sich im Jahr 1998 die höchste Arbeitslosenrate seit 1990. In Wien waren im Dezember 1998 annähernd 60 % aller Arbeitslosen Männer. Ihr Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. Die Anzahl der Arbeitslosen steigt mit abnehmender Schulbildung. Rund ein Drittel der männlichen Wiener Arbeitslosen ist ein Jahr oder länger als arbeitslos gemeldet. Arbeitslose weisen eine erhöhte Erkrankungsrate und eine höhere Sterblichkeit auf. Auch die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von arbeitslosen Männern ist generell schlechter. Sie haben auch einen höheren Konsum an Zigaretten, Alkohol und Medikamenten.

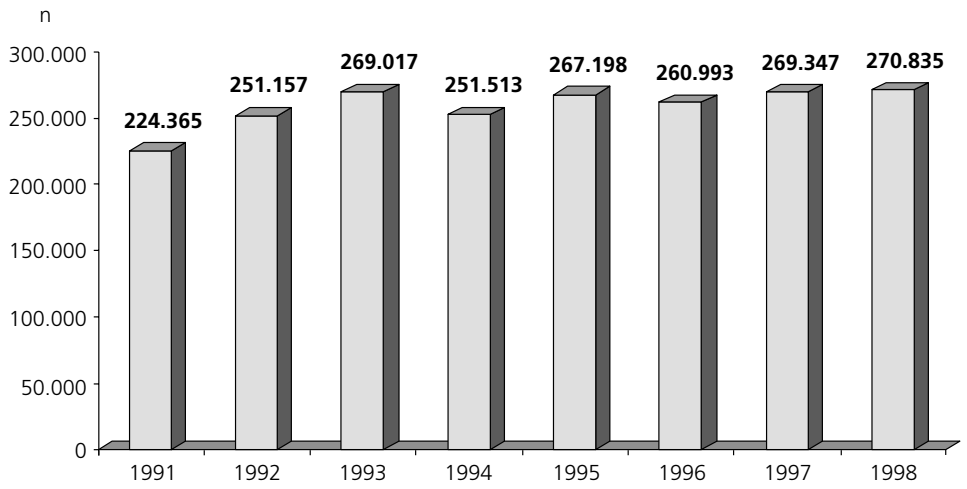
Summary

In December of 1998 the unemployment rate in Austria was at its highest level in many years. For men the rate for the year was the highest since 1990, and in December of that year close to 60 % of the unemployed were men. Their average age was 40. The number of those out of work is inversely related to the level of education. About a third of the male unemployed in Vienna have been registered as out of work for a year or more. The unemployed suffer from increased rates of morbidity and mortality. Subjectively, too, unemployed men report declined health status, and they consume increased amounts of cigarettes, alcohol and medications.

5.7.1 Epidemiologie der Arbeitslosigkeit

In Österreich betrug im Dezember 1998 die Zahl der Arbeitslosen 270.835. Das sind im Vergleich zum Dezember des Vorjahres, als 269.347 gemeldet waren, um 1.488 mehr. Vergleicht man die Arbeitslosenraten, die jeweils im Dezember vorlagen, so findet man 1998 die höchste Rate seit 1991 (AMS, 1998) (Abb. 5.7.1).

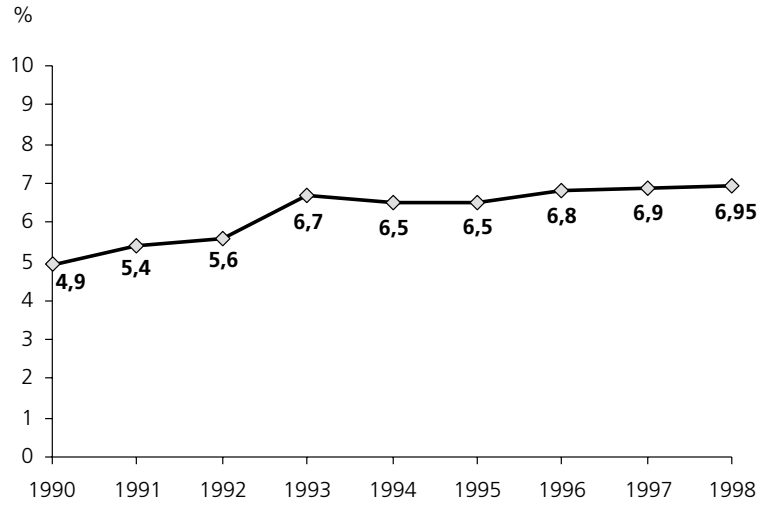
Abbildung 5.7.1: Gemeldete Arbeitslose in Österreich im Monat Dezember 1991–1998



Quelle: AMS, 1998

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit der Männer in Österreich seit 1990, läßt sich generell eine steigende Tendenz erkennen. Lediglich von 1993 auf 1994 bzw. 1995 fiel die Arbeitslosenrate um 0,2 %. 1998 erreichte sie den Höchstwert mit 6,9 % (AMS, 1998) (Abb. 5.7.2).

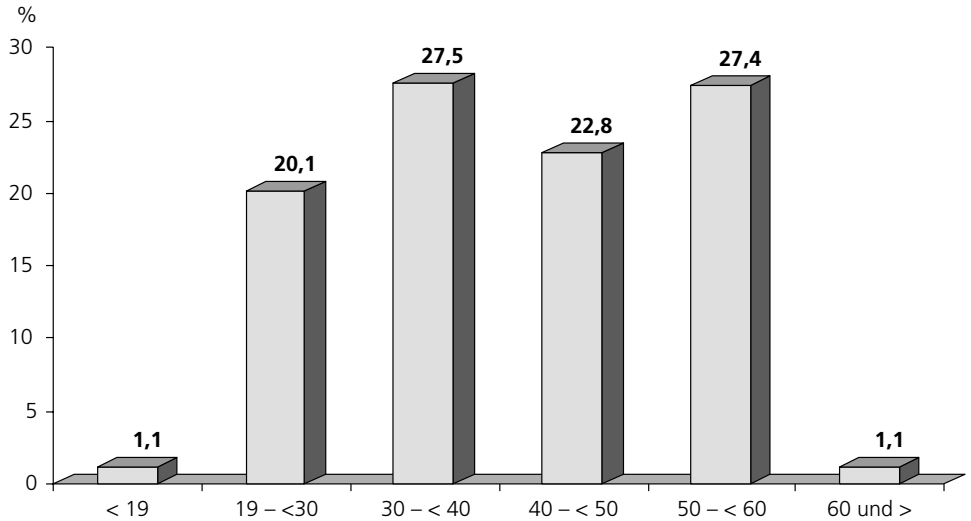
Abbildung 5.7.2: Arbeitslosenrate der Männer seit 1990 in Österreich (Angaben in Prozent)



Quelle: AMS, 1998

In Wien waren im Dezember 1998 insgesamt 78.220 Personen, davon 46.070 Männer (58,9 %), als arbeitslos gemeldet. Die höchste Arbeitslosigkeit findet man in der Altersgruppe der 30- bis unter 40jährigen (27,5 %) und der 50- bis unter 60jährigen (Abb. 5.7.3). Das Durchschnittsalter der Wiener männlichen Arbeitslosen beträgt 40 Jahre (AMS, 1998).

Abbildung 5.7.3: Altersverteilung der arbeitslosen Männer in Wien im Dezember 1998 (Angaben in Prozent, Alterseinteilung in Jahre)



Quelle: AMS, 1998

Betrachtet man die Verteilung der männlichen Arbeitslosen auf die einzelnen Branchen, findet man mehr als die Hälfte aller arbeitslosen Männer, nämlich 23.500, in der Branche Industrie und Gewerbe. 6.711 Männer sind im Bereich Handel und Verkehr, 5.447 im Bereich Dienstleistungen und 5.428 in der Branche Handel und Büro vorgemerkt (AMS, 1998) (Tab. 5.7.1).

Tabelle 5.7.1: Arbeitslose Männer in Wien im Dezember 1998 nach Berufen

Berufseinteilung	Anzahl der Arbeitslosen	Anteil der Arbeitslosen in %
Industrie, Gewerbe	23.500	*51,0*
Handel, Verkehr	6.711	*14,6*
Dienstleistungen	5.447	*11,8*
Verwaltung, Büro	5.428	*11,8*
Technische Berufe	2.181	*4,7*
Gesundheit, Lehrberufe	1.899	*4,1*
Land- und Forstwirtschaft	902	*2,0*
unbestimmt	2	*0,0*

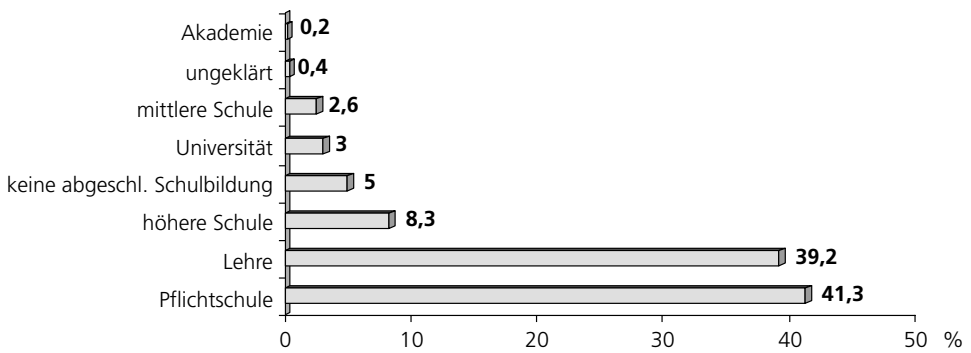
Quelle: AMS, 1998

Ungeachtet der Abgänge ist im Vergleich zu November 1998 die Zahl der arbeitslosen Männer um 42,5 % gestiegen, die der Frauen dagegen nur um 7,6 %. Dies ist auf die saisonbedingte Arbeitslosigkeit im Baugewerbe sowie in der Land- und Forstwirtschaft zurückzuführen.

Von den insgesamt 46.070 arbeitslosen Männern sind 36.376 Inländer (79,0 %) und 9.694 Ausländer (21,0 %).

Die größte Gruppe bei den arbeitslosen Männern in Wien stellen jene Männer dar, die die Pflichtschule (18.730) oder eine Lehre (17.756) abgeschlossen haben. 5.010 Männer haben eine höhere oder mittlere Schule abgeschlossen, und 2.266 Männer (5,0 %) verfügen über keine abgeschlossene Schulausbildung (AMS, 1998) (Abb. 5.7.4).

Abbildung 5.7.4: Schulbildung der männlichen Arbeitslosen in Wien (Angaben in Prozent)



Quelle: AMS, 1998

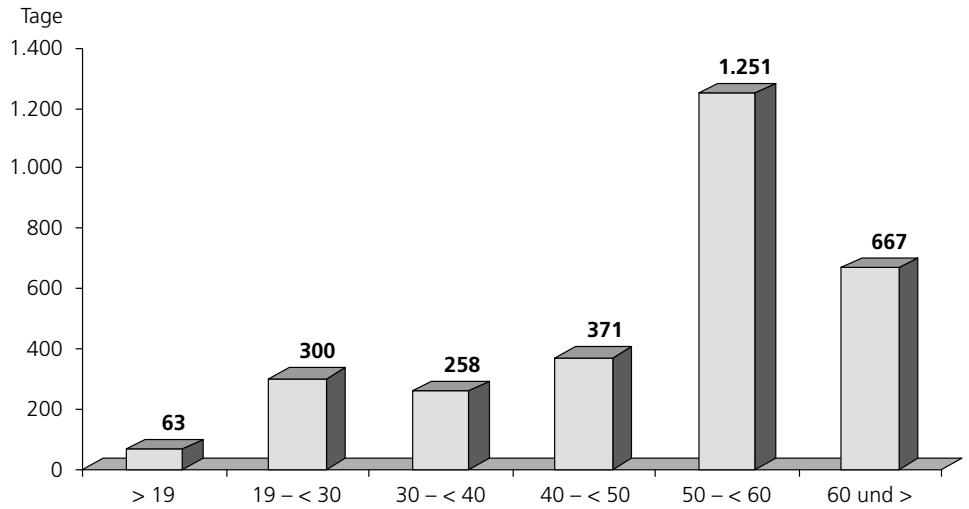
5.7.2 Langzeitarbeitslosigkeit

Von den 46.070 arbeitslosen Männern in Wien sind 19.396 weniger als drei Monate als arbeitslos gemeldet, 7.179 drei bis sechs Monate, 6.625 sechs Monate bis ein Jahr. Eine beträchtliche Gruppe von 12.870 Männern ist ein Jahr oder länger vorgemerkt, in diesem Fall spricht man bereits von Langzeitarbeitslosigkeit. In Wien sind insgesamt 21.207 Personen als langzeitarbeitslos einzustufen. Insgesamt stellen die Männer 61 % aller Langzeitarbeitslosen Wiens.

Die durchschnittliche Vormerkdauer bei den Männern Österreichs beträgt 367 Tage, dies sind um 30 Tage mehr, als beim Gesamtdurchschnitt aller Wiener Arbeitslosen anfallen.

Mit dem Alter der Männer steigt auch die Dauer der Arbeitslosigkeit. So sind die 15- bis 19jährigen mit durchschnittlich 63 Tagen am kürzesten arbeitslos, während die 50- bis 59jährigen mit 1.251 Tagen am längsten von der Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dazwischen liegen mit ansteigender Dauer die restlichen Altersgruppen. Das Durchschnittsalter der männlichen Langzeitarbeitslosen Wiens liegt bei 46 Jahren (AMS, 1998) (Abb. 5.7.5).

Abbildung 5.7.5: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen in Tagen (Alterseinteilung in Jahre)



Quelle: AMS, 1998

Das bfi Wien führte für den vorliegenden Männergesundheitsbericht für den Zeitraum von 1.1.1998 bis 30.9.1998 eine Erhebung unter männlichen Arbeitslosen durch, die zu dieser Zeit in Programmen des bfi betreut wurden. Die Männer wurden in diesen Programmen abhängig von der Berufsgruppe oder hinsichtlich anderer sozialer Aspekte, wie z.B. der Dauer der Arbeitslosigkeit, betreut. So waren von 849 Männern rund 20 % (171 Männer) in Programmen für Langzeitarbeitslose: An dem Programm „BerufsOrientierung für Langzeitarbeitslose" nahmen 124 Männer und an „BO für ältere Langzeitarbeitslose" 47 Männer teil. Die anderen Programme waren nicht speziell für Langzeitarbeitslose eingerichtet: Bildungsseminar „AKTIV" mit 47 Männern, „Aufleb" (eine Lebensmittelstiftung) und Regionale Insolvenzstiftung Wien mit 237 Männern, „METALL und Wegweiser" mit 390 männlichen Teilnehmern (bfi, 1998).

5.7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Es gibt eine Reihe von Studien, die zeigen, daß Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten Erkrankungsrate und erhöhter Sterblichkeit verbunden ist. Es kommt auch zu einer erhöhten Symptomenpräsenz. Im Rahmen der Deutschen Herz-Präventionsstudie schätzten Arbeitslose ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein als Beschäftigte, zudem hatten Arbeitslose einen höheren Schmerzmittelverbrauch (BAMMAN et al., 1994).

STUDNICKA et al. untersuchten in Österreich (1988) den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen bei Arbeitslosen. Sie fanden eine Steigerung bei den Allgemeinmedizinern um 40 % und bei Fachärzten um 89 % im Zeitraum 1983 bis 1988. Die Symptomenhäufigkeit und der Gesundheitszustand verändern sich im Laufe der Arbeitslosigkeit. Am Beginn der Arbeitslosigkeit fanden die Autoren eine erhöhte Beschwerdehäufigkeit, welche sich dann wieder verringerte, nach 3 bis 6 Monaten Arbeitslosigkeit verschlechterte sich jedoch der Gesundheitszustand erneut.

Die Aufenthaltsdauer der Arbeitslosen in Krankenhäusern überstieg die von Beschäftigten um mehr als das Zweifache, bei den über 50jährigen Männern um das Vierfache.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit erhöht die Zahl der Krankheitsepisoden zwischen 10 und 30 % gegenüber der Zeit der Beschäftigung. Der Gesundheitszustand wird von Arbeitslosen stets schlechter eingestuft, und zwar von Männern noch deutlich schlechter als von Frauen. Bei STUDNICKA et al. schätzten 68,8 % der arbeitslosen Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut ein, im Vergleich zu 81,7 % der beschäftigten Männer. Bei den Frauen waren es 80,2 % im Vergleich zu 78,4 %.

Ein sehr ähnliches Ergebnis lieferte auch eine deutsche Untersuchung (ELKELES et al., 1993). Die Autoren faßten ihre Untersuchung (empirische Analysen der Daten des sozioökonomischen Panels, 5.516 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, jährliche Daten 1984 bis 1988) folgendermaßen zusammen: Es gibt Unterschiede bei der Gesundheit zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen. Arbeitslose haben eine geringere Gesundheitszufriedenheit und nennen in größerem Ausmaß gesundheitliche Belastungen. In der genannten Untersuchung wurde dies nur zum Teil durch gesundheitsrelevante soziodemographische Merkmale der Arbeitslosen bedingt. Es ergaben sich jedoch keine Anhaltspunkte für einen kausalen Einfluß der Arbeitslosigkeit, also manifestierende Folgen der Arbeitslosigkeit. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen werden von den Autoren darauf zurückgeführt, daß im Untersuchungszeitraum primär gesundheitlich beeinträchtigte Personen häufiger entlassen wurden und daß es den gesünderen unter den Arbeitslosen eher gelang, wieder in einen Beruf zurückzukehren (sogenannte Selektionshypothese) (ELKELES et al., 1993).

Ebenfalls in Deutschland sind CLAUSSEN und ULMERT der Frage nachgegangen, ob Arbeitslose eher krank oder Kranke eher arbeitslos werden. Sie nehmen an, daß beide Theorien für die relativ hohe Morbidität der Arbeitslosen eine Rolle spielen.

In ihrer Untersuchung an einer Zufallsstichprobe von 374 Personen im Alter zwischen 16 und 63 Jahren, die mehr als 12 Wochen arbeitslos gemeldet waren, war sowohl die Prävalenz selbstberichteter chronischer Krankheiten als auch die Prävalenz gesundheitsbedingter reduzierter Arbeitskapazität bei Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen (Referenzpopulation) erhöht. Bei einer Nachuntersuchung nach 2 Jahren waren 41 % der Befragten wieder beschäftigt. Eine krankheitsbedingte Selektion in Richtung Langzeitarbeitslosigkeit war für diejenigen Personen gefunden worden, die entweder vom Arzt oder im psychometrischen Test (im Rahmen der Studie) als psychiatrisch eingestuft worden waren.

Die Chance für die Wiederbeschäftigung lag bei kranken Personen im Vergleich zu gesunden bei etwa 50 %. Bei den Wiederbeschäftigten haben sich auch die mentalen Probleme reduziert (CLAUSSEN et al.,1998).

5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien

Die SERMO-Studie (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997) zeigt, daß der Gesundheitszustand Arbeitsloser als generell schlechter einzustufen ist. So nehmen die Wiener Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand als schlechter wahr als die Erwerbstätigen. Diese negativere Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes ist vermutlich auf häufigere chronische Krankheiten und momentane Beschwerden zurückzuführen. Außerdem finden sich unter den Arbeitslosen wesentlich mehr regelmäßige Raucher und tägliche Alkoholkonsumenten. Auch der Medikamentenkonsum der Arbeitslosen ist höher als bei den Erwerbstätigen.

Männerspezifische Ergebnisse liegen aus dieser Studie zwar nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Unterschiede in bezug auf den Gesundheitszustand arbeitsloser Männer und nicht arbeitsloser Männer mit denen aus der Literatur vergleichbar sind. Detaillierte Zahlen sind den Fact sheets des Gesundheitsförderungsplans der Stadt Wien (1998) zu entnehmen (FACT SHEETS, 1998).

5.8 Obdachlosigkeit bei Männern in Wien

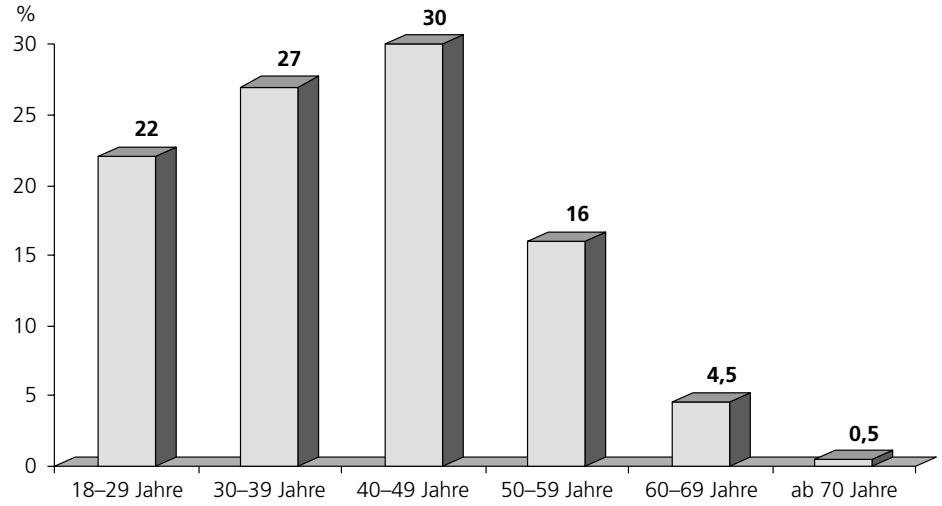
Während Obdachlosigkeit in den siebziger Jahren als Strafbestand galt, begann man sich Anfang der achtziger Jahre intensiver mit der Problematik der Obdachlosigkeit zu beschäftigen. Am Beginn stand das Entstehen des Sozialreferates für Nichtseßhafte in der Josefstädterstraße (1982); die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze für Bürger in Not" war ein weiterer Schritt, das Problem in Angriff zu nehmen. Das Ziel war und ist, möglichst viele Obdachlose in Wohnungen unterzubringen, wobei die Stadt Wien die Erstinvestition übernimmt und die Miete der ersten beiden Jahre von Organisationen wie Caritas oder Volkshilfe bezahlt wird. Auf diese Weise konnten bis zum Jahr 1989 bereits 1.000 Menschen von der Straße geholt und in Gemeindewohnungen untergebracht werden (SCHARINGER, 1993).

Im Jahre 1993 waren in Wien rund 2.400 Obdachlose – untergebracht in einer öffentlichen oder privaten Organisation – und 2.300 bis 2.400 auf der Straße lebende Personen registriert, was eine Gesamtzahl von 4.700 bis 4.800 ergibt. Laut Sozialstadträtin Grete Laska wurden 1998 6.000 Wiener Obdachlose betreut.

Ausgehend von der Studie des IFES, „Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien" (SCHARINGER, 1993), sind 81 % der Obdachlosen männlich und 19 % weiblich.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind alle Altersgruppen vertreten. Das Alter der Obdachlosen reichte von 18 bis 80 Jahren, das mittlere Alter lag bei 39,5 Jahren. Unter den Männern ist die Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren am stärksten vertreten. In den letzten Jahren sind zunehmend jüngere Personen von der Obdachlosigkeit betroffen (SCHARINGER, 1993) (Abb. 5.8.1).

Abbildung 5.8.1: Altersverteilung der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)

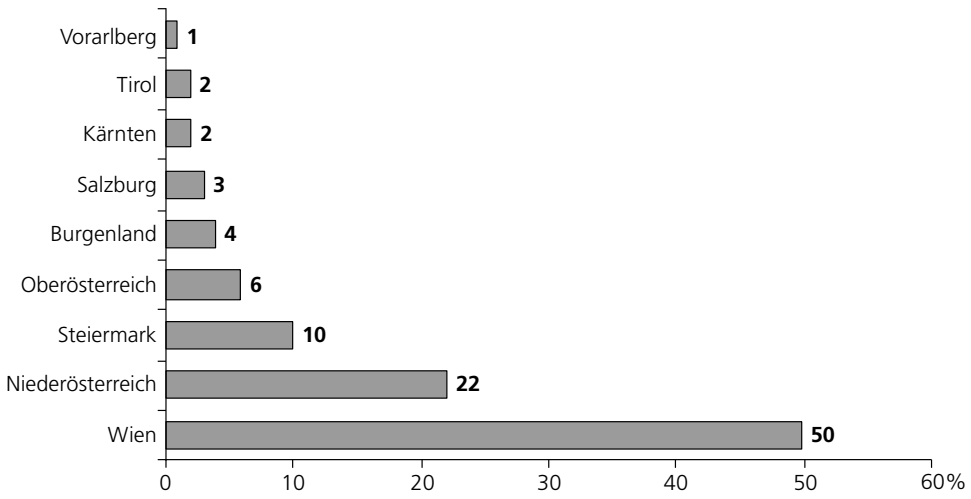


Quelle: IFES, 1993

113 Personen (48 %) der befragten Obdachlosen waren gebürtige Wiener, 122 (52 %) stammten nicht aus Wien. Von diesen Zuwanderern kamen 98 Personen aus den anderen österreichischen Bundesländern und nur 24 aus dem Ausland. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, daß Ausländer weniger von Obdachlosigkeit betroffen sind als österreichische Staatsbürger. Sie sind lediglich aufgrund ihrer Familienstruktur und spezifischer Wohnverhältnisse weniger auf der Straße anzutreffen. Von den Zuwanderern aus den anderen Bundesländern stammen 30 % aus ländlichen Regionen, der Rest aus Großstädten.

Bei den männlichen Obdachlosen stammte die Hälfte aus Wien, 22 % kamen aus Niederösterreich und 10 % aus der Steiermark. Am geringsten ist der Zustrom aus Vorarlberg (Abb. 5.8.2).

Abbildung 5.8.2: Herkunft der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)



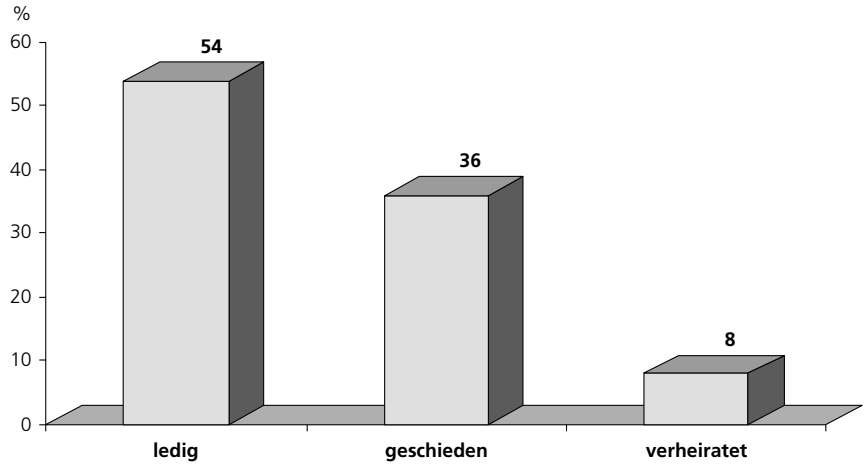
Quelle: IFES, 1993

Die IFES-Studie verweist darauf, daß in letzter Zeit auch immer mehr Frauen von Obdachlosigkeit betroffen sind, wobei aber die Probleme der Männer stärker von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, während die der Frauen eher im Hintergrund stehen. Bei Männern sind häufig familiäre und materielle Gründe, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder Inhaftierung, die Ursache für Obdachlosig-

keit. Bei der Bewältigung dieser Probleme berufen sich Männer wesentlich häufiger auf öffentliche Hilfe als Frauen, die eher in der familiären und freundschaftlichen Umgebung Zuflucht suchen (SCHARINGER, 1993).

Die meisten männlichen Obdachlosen sind ledig (über die Hälfte). Ein großer Anteil ist geschieden, und nur sehr wenige sind verheiratet (Abb. 5.8.3).

Abbildung 5.8.3: Familienstand der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)



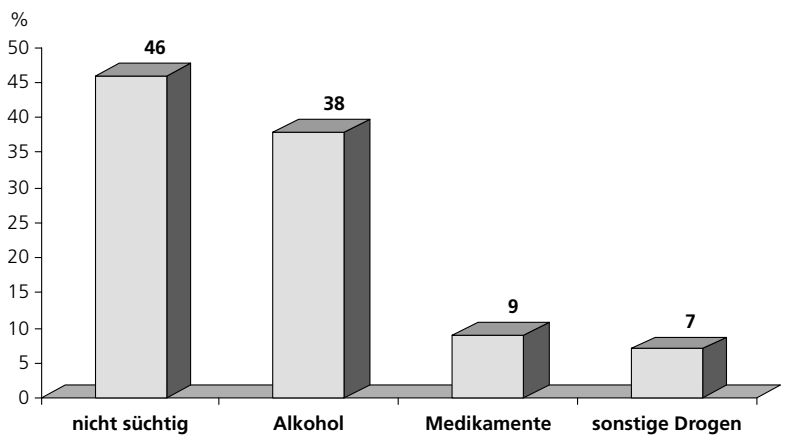
Quelle: IFES, 1993

Im Winter 1986/87 wurde das Caritas-Betreuungszentrum GRUFT gegründet. Am Anfang war es nur eine kleine Wärmestube, mittlerweile ist es eine ständige Hilfseinrichtung.

Aus den Aufzeichnungen der GRUFT geht hervor, daß Beziehungskrisen, finanzielle Probleme, Wohnungs- und Arbeitsverlust häufig zu Straffälligkeit führen. So sind mehr als die Hälfte der männlichen Obdachlosen (65 %) bereits vorbestraft. Dies führt weiter zur Isolation in der Familie und im Freundeskreis.

38 % der männlichen Obdachlosen konsumieren regelmäßig Alkohol und 9 % regelmäßig Medikamente, wobei sich sowohl die Alkohol- als auch die Tablettensucht in den meisten Fällen als Folge der Obdachlosigkeit entwickelt und nicht die Ursache ist (Abb. 5.8.3).

Abbildung 5.8.4: Suchtmittelgebrauch der männlichen Obdachlosen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gruft, 1997

In den meisten Fällen ist die Obdachlosigkeit ein langfristiges Problem. So sind 18 % der in der IFES-Studie befragten männlichen Obdachlosen seit über zehn Jahren ohne Unterkunft. Je länger die Obdachlosigkeit dauert, umso größer wird auch die Schwierigkeit der Reintegration in den Arbeits- und Wohnungsmarkt (Tab. 5.8.1).

Tabelle 5.8.1: Dauer der Obdachlosigkeit der männlichen Wiener Obdachlosen

Obdachlosigkeit seit:	männliche Obdachlose	
	absolut	in %
6 Monaten	19	*10*
6 Monaten bis 1 Jahr	19	*10*
1 bis 3 Jahren	44	*23*
3 bis 5 Jahren	32	*17*
5 bis 10 Jahren	42	*22*
über 10 Jahren	34	*18*
gesamt	191	*100*

Quelle: IFES, 1993

Mangelhafte Berufs- und Schulausbildung stellen ein weiteres Problem dar. 42 % haben einen Pflichtschulabschluß, etwa die Hälfte aller männlichen Obdachlosen einen Berufsschulabschluß. Eine höhere Schule haben aber nur 4 % der Obdachlosen abgeschlossen, während beim Wiener Durchschnitt der Prozentsatz fünfmal so hoch ist. Einen Hochschulabschluß weisen 2 % der Obdachlosen und 10 % der männlichen Wiener Bevölkerung auf (Tab. 5.8.2).

Tabelle 5.8.2: Schulabschluß der männlichen Obdachlosen im Vergleich zur männlichen Wiener Bevölkerung (Angaben in Prozent)

Schulabschluß	Obdachlose	Wiener Bevölkerung
Pflichtschule	*42*	*23*
Berufsschule	*48*	*47*
höhere Schule	*4*	*20*
Hochschule	*2*	*10*
ohne Schulabschluß	*4*	*0*

Quelle: IFES, 1993

Es dürfen die physischen und psychischen Auswirkungen der Obdachlosigkeit nicht außer acht gelassen werden. Zwar besteht die Möglichkeit der medizinischen Betreuung, oft ist aber die Hemmschwelle, einen unbekannten Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen, groß. Außerdem sind die wenigen medizinischen Einrichtungen, die den Obdachlosen zur Verfügung stehen, überlastet. In diesem Fall könnte die Einrichtung von Gesundheitsteams, die direkt auf der Straße ihren Dienst versehen, in Erwägung gezogen werden. Weiters könnte die Nachbetreuung aus dem Krankenhaus entlassener Obdachloser von solchen Organisationen übernommen werden. Ebenso stellt das Älterwerden der Obdachlosen ein zu lösendes Problem für die betreuenden Organisationen dar, da sie zunehmend spezieller Pflege bedürfen.

Für viele Obdachlose ist die Unterbringung in Massenunterkünften ein Grund, die sozialen Einrichtungen nach kurzer Zeit wieder zu verlassen, da sie ihre Privatsphäre auf der Straße noch eher gewahrt sehen. Aber auch für jene, die länger in diesen Einrichtungen wohnen, stellt diese Wohnungs-

form eine psychische und physische Belastung dar. Ein ernsthaftes Problem für die Obdachlosen ist zudem die Stigmatisierung, die oft genug durch den Protest der Anrainer zum Ausdruck kommt. Die Einrichtung kleinerer Einheiten könnte in diesen Fällen Abhilfe schaffen.

Unabhängig vom Geschlecht ist bei Obdachlosen das Risiko, vorzeitig zu sterben, im Vergleich zu anderen sozialen Gruppen am höchsten. Meist sind Faktoren wie Armut, Krankheit, Einsamkeit und die daraus resultierenden Probleme die Ursache. Darüber hinaus erhalten Obdachlose wenig Verständnis (WHO, 1997).

Die Öffentlichkeit sollte vermehrt mit dem Problem der Obdachlosigkeit konfrontiert werden.

Neben der Betreuung der Obdachlosen sollte auch der Prävention von Wohnungslosigkeit die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dabei sind frühzeitige Information der zuständigen Behörden, rechtliche Interventionsmöglichkeiten von dieser Seite und Beratung bzw. später auch entsprechende Betreuung von großer Wichtigkeit (SCHARINGER, 1993).

5.9 Migration/ausländische Männer in Wien

Zusammenfassung

Der AusländerInnenanteil in Wien beträgt 16,5 %. Der Anteil der Männer überwiegt den Frauenanteil, da viele ohne ihre Familien in Österreich leben. Die meisten Migranten kommen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Der Großteil arbeitet als Hilfs- und Anlernarbeiter. Die Problembereiche sind vor allem Probleme mit der Arbeitserlaubnis, Wohnprobleme, Trennung von der Familie, sprachliche Barrieren und Integrationsschwierigkeiten. Migranten haben weniger Gesundheitsprobleme als Inländer. Das hat sicher verschiedene Ursachen, wie etwa das geringere Durchschnittsalter der Migranten. Männer geben, wie bei den meisten Gesundheitssurveys, einen besseren Gesundheitszustand an als Frauen.

Summary

16.5 % of the population of Vienna is of non-Austrian origin. The percentage of men in the foreign population is higher than in the Austrian and Viennese population, because wives are often left in native countries. Most of the male immigrants come from the previous territories of Yugoslavia and Turkey and most of them are occupied as unskilled workers. The main identified problems are those related to language, work permits, living conditions, separation from the family and integration in the local environment. In comparison to the Austrian population the self-reported health status is better among immigrants. This may be due to age. Men report fewer health problems than do women, which is a common feature of most health surveys, not only among immigrants.

Der Ausländeranteil betrug bei der Volkszählung 1991 in Österreich 6,6 Prozent, was einer Absolutzahl von 517.690 Menschen entspricht. In Wien wurden 196.652 (12,8 %) AusländerInnen gezählt, womit die Bundeshauptstadt Wien an zweiter Stelle hinter Vorarlberg (13,3 %) liegt. Den höchsten Anteil stellten dabei MigrantInnen aus dem heutigen Ex-Jugoslawien mit 44 %. Auf TürkInnen entfielen 22,3 %, auf Deutsche 4,6 %. Unter den anderen Nationalitäten sind Polen (11.056) stärker vertreten als Ungarn (3.539), Tschechoslowaken (2.619), Rumänen (2.532) und Italiener (2.128) (ÖSTAT, 1993).

1997 waren in Wien 270.893 Ausländer registriert, was einem Anteil von 16,5 % entspricht. Der Anteil aller Männer an der gesamten Wiener Bevölkerung beträgt 46,7 %. Unter den Inländern liegt

der Männeranteil bei 45,2 %, unter den Ausländern bei 54,2 %. Der Anteil der männlichen Ausländer an der Gesamtbevölkerung liegt bei 9,0 % (Tab. 5.9.1, Tab. 5.9.2).

Der Männeranteil ist unter der ausländischen Bevölkerung mit 54,2 % größer als jener der Frauen (45,2 %). Teilweise ist diese Differenz darauf zurückzuführen, daß ausländische Männer ohne Frauen und Kinder in Österreich leben.

Tabelle 5.9.1: Gesamte inländische und ausländische Wohnbevölkerung in Wien 1997

Alter in Jahren	Wohnbevölkerung in Wien		
	gesamt	Inländer	Ausländer
0–14	240.576	189.599	50.977
15–29	313.030	239.916	73.114
30–44	398.561	310.680	87.881
45–59	326.519	283.137	43.382
60–74	198.327	186.173	12.154
75+	123.267	120.674	2.593
85+	36.747	35.955	792
gesamt	1.637.027	1.366.134	270.893

Quelle: ÖSTAT, 1998

Tabelle 5.9.2: Anteil der aus- und inländischen Männer in Wien 1997 (Angaben: absolut und in Prozent)

Alter in Jahren	Männer			Anteil der Männer in %		
	gesamt	Inländer	Ausländer	gesamt	Inländer	Ausländer
0–14	123.420	97.084	26.336	*51,3*	*51,2*	*51,7*
15–29	154.356	118.359	35.997	*49,3*	*49,3*	*49,2*
30–44	202.340	150.829	51.511	*50,8*	*48,5*	*58,6*
45–59	159.411	133.869	25.542	*48,8*	*47,3*	*58,9*
60–74	81.898	75.834	6.064	*41,3*	*40,7*	*49,9*
75+	34.602	33.514	1.088	*28,1*	*27,8*	*42,0*
85+	8.432	8.161	271	*22,9*	*22,7*	*34,2*
gesamt	764.459	617.650	146.809	*46,7*	*45,2*	*54,2*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Bei der Geschlechterverteilung nach Nationalität zeigt sich, daß unter den österreichischen Staatsbürgern die Frauen überwiegen, bei den jugoslawischen MigrantInnen ist das Verhältnis ausgewogen, und bei den türkischen überwiegen die Männer (Tab. 5.9.3). In Wien sieht die Verteilung, abgesehen von der Zahlengröße, ähnlich aus (Tab. 5.9.4).

Tabelle 5.9.3: Nationalität in Österreich, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Geschlecht	Staatsbürgerschaft		
	österreichisch	ex-jugoslawisch	türkisch
männlich	*47,30*	*50,60*	*55,50*
weiblich	*52,70*	*49,40*	*44,50*

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Tabelle 5.9.4: Nationalität in Wien, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Geschlecht	Staatsbürgerschaft		
	österreichisch	ex-jugoslawisch	türkisch
männlich	*45,3*	*49,2*	*53,4*
weiblich	*54,7*	*50,8*	*46,6*

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Verglichen mit der österreichischen Bevölkerung sind AusländerInnen generell jünger, wobei bezüglich der Altersstruktur einige nationalitätenspezifische Besonderheiten auffallen. Bei der türkischen Bevölkerung ist der Anteil der 15jährigen mit 31,5 % am höchsten, gefolgt von der rumänischen mit 20,1 % und der ehemals jugoslawischen mit 19,9 %. Mit 18 % haben die Deutschen den höchsten Anteil an über 60jährigen, noch vor den Italienern mit 9 %. Bei den anderen Nationalitäten liegt dieser Anteil zwischen 4 und über 1 %.

Die Erwerbsbeteiligung der männlichen ausländischen Wiener Bevölkerung betrug 87 %. Diese ist höher als die inländische, da sie meist die Ursache der Migration ist. Außerdem gibt es wieder nationalitätenspezifische Unterschiede, wobei die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei sowie aus Polen, Ungarn, Rumänien und der ehemaligen Tschechoslowakei überdurchschnittlich hohe Erwerbsquoten aufweisen (CSITKOVICS et al., 1996). Auch bezüglich des Dienstnehmerverhältnisses bestehen Unterschiede. Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei sind vor allem als Hilfs- und Anlernarbeiter tätig, die deutschen als Angestellte.

In Wien arbeiten über 50 % der erwerbstätigen Ausländer in den Wirtschaftsbereichen Bauwesen (26 %), Handel und Lagerung (15 %) sowie Metallverarbeitung (10 %). Die Ausländerinnen konzentrieren sich vor allem auf die Bereiche Körperpflege und Reinigung (21 %), Gastgewerbe (16 %), Handel und Lagerung (11 %) sowie auf das Gesundheits- und Fürsorgewesen (7 %). Nahezu ausgeschlossen sind sie von Arbeitsplätzen im öffentlichen Dienst, im Versicherungs- und Bankenwesen und im Unterrichts- und Forschungswesen.

Auch die Qualität der von AusländerInnen eingenommenen Arbeitsplätze ist meist geringer. So sind diese oft durch Lärm, Hitze, Feuchtigkeit und Schichtarbeit gekennzeichnet (CSITKOVICS et al., 1997).

Verglichen mit Gesamtösterreich besteht in Wien ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden. So beträgt der Prozentsatz bei Österreichern 2,3 %, bei Türken 3,4 % und bei Staatsbürgern des ehemaligen Jugoslawien 4,6 %.

Bezüglich der nationalen, sozialen, altersmäßigen und beruflichen Zusammensetzung ist die ausländische Bevölkerung sehr heterogen. Doch die Mehrheit kann der unteren Sozialschicht zugeordnet werden. Es gibt einige Faktoren, die sowohl gesundheitliche als auch seelische Belastungen darstellen können: mangelnde Deutschkenntnisse, die den Erwerb von Wissen als auch die Kommunikations-

möglichkeiten einschränken, rechtliche Integrationsbarrieren bezüglich Verbleibemöglichkeit in Österreich und Zugang zum Arbeits- und Wohnungsmarkt oder die räumliche Trennung von der Familie. Lediglich das eher niedrige Alter der ausländischen Bevölkerung und die bereits von der jeweiligen Nationalität gebildeten sozialen Netzwerke können die Belastung reduzieren (CSITKOVICS et al., 1991).

Im Rahmen der Sondererhebung des Mikrozensus 1991 über die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten wurden erstmals auch AusländerInnen befragt. Dabei kam man zu dem Ergebnis, daß Migration nicht als Ursache von Krankheit gesehen werden kann. Laut CSITKOVICS et al. (1997) ist die Zufriedenheit über die Gesundheit bei der ausländischen Bevölkerung sogar größer als bei der inländischen Bevölkerung. Zielsetzungen und Migrationsmotive können die Einstellung zur Migration erheblich beeinflussen.

Zusammenfassend kommen CSITKOVICS et al. (1997) zu folgenden Ergebnissen bezüglich der Sozialstruktur der MigrantInnen: Türkische und ex-jugoslawische Einwanderer weisen meist einen niedrigeren Bildungsstandard auf, sind häufiger erwerbstätig, aber auch häufiger arbeitslos als Österreicher und leben großteils in alten Wohnhäusern mit kleinen Wohnungen und schlechten sanitären Anlagen. Auch gleichen ex-jugoslawische und türkische Migranten in ihrer Sozialstruktur wesentlich weniger der österreichischen Bevölkerung als Migranten sonstiger Nationalität. Diese weisen sogar einen höheren Bildungsgrad auf als Österreicher, arbeiten wöchentlich mehr Stunden und befinden sich häufiger in einem Angestelltenverhältnis.

Bezüglich des Gesundheitszustandes von AusländerInnen in Wien geben CSITKOVICS et al. folgende Informationen: Ex-Jugoslawen und Türken klagen bedeutend häufiger als Österreicher und Staatsbürger anderer Staaten über Beschwerden durch körperliche Arbeit. Belastungen durch Zeitdruck und Konflikte am Arbeitsplatz sind jedoch wesentlich seltener.

Alle in Österreich lebenden Bevölkerungsgruppen sehen gesunde Ernährung und sportliche Aktivität als wichtige Faktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Sie kommen aber bei Ex-Jugoslawen und Türken wesentlich seltener zum Tragen. Gesundheitsinformationen werden hauptsächlich aus Printmedien, Radio und Fernsehen, von Ärzten und Bekannten eingeholt, wobei sich aber Österreicher und sonstige Migranten öfter Informationen einholen als Türken und Ex-Jugoslawen (CSITKOVICS et al., 1997).

Österreichische Staatsbürger berichten deutlich häufiger über Erkrankungen im vergangenen Jahr als Migranten. Bei beiden Gruppen stehen Erkältungskrankheiten an erster Stelle. Österreichische Staatsbürger in Wien leiden jedoch öfter an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Erkrankungen der Atmungsorgane als nichtösterreichische Staatsbürger. Bei allen in Wien Befragten besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Anzahl der Erkrankungen im vergangenen Jahr. Österreichische Staatsbürger nannten eine signifikant längere Dauer der Krankheit und hatten doppelt so häufig Krankenhausaufenthalte. Sie nehmen auch mehr und regelmäßiger Medikamente ein, wobei in Wien die Unterschiede ausgeprägter sind als im übrigen Bundesgebiet. Sonstige Migranten bilden aber hinsichtlich der Medikamenteneinnahme das Schlußlicht (CSITKOVICS et al., 1997).

Generell kann man sagen, daß Migranten eine Hebung des Wiener Gesundheitszustandes bewirken. Auch hängt die subjektive Beurteilung der eigenen Gesundheit von der Region Wiens ab. So geben österreichische Staatsbürger in den Bezirken 1 bis 9, 10 bis 12, 15, 20 bis 23 häufigere Krankheitsnennungen an als in den Bezirken 13, 14, 16 bis 19. Bei den Migranten zeigen sich diesbezüglich Abweichungen. So werden die wenigsten Beschwerden in den Bezirken 10 bis 12, 15, 20 bis 23 angegeben.

Auch in bezug auf das Geschlecht lassen sich Unterschiede feststellen. So liegen die Krankheitsnennungen von österreichischen Männern mit 48,9 % um 10 % hinter jenen der Frauen (58,7 %). Die männlichen Migranten liegen mit 25,8 % sogar um rund 15 % hinter ihren Frauen (40,3 %).

Nur 1,5 % der berufstätigen österreichischen Männer bezeichnen sich durch Haushalt, Kinder und Beruf belastet. Sie geben aber mehr Krankheitsnennungen an als Männer ohne diese Dreifachbelastung. Bei belasteten Männern treten dafür gesundheitliche Probleme häufiger auf als bei vergleichbaren Frauen. Bei in Wien lebenden Migranten geben Männer überhaupt keine derartige Dreifach-

belastung an. Es besteht auch ein signifikant höherer Zusammenhang zwischen physischen Beschwerden und Belastung als bei österreichischen StaatsbürgerInnen (CSITKOVICS et al., 1997).

Rund drei Viertel der männlichen Ausländer (74,2 %) geben keine Beschwerden an. Bei den österreichischen Männern sind nur 51,1 % ohne Krankheiten. Dagegen geben immerhin 8 % der Österreicher vier oder mehr Krankheiten an, wobei es bei den Migranten nur 1,9 % sind. (Tab. 5.9.5).

Tabelle 5.9.5: Physische Beschwerden der männlichen Ausländer und österreichischen Staatsbürger (Angaben in Prozent)

Anzahl der Krankheiten	Ausländer	österr. Staatsbürger
keine	*74,2*	*51,1*
eine	*12,6*	*22,9*
zwei oder drei	*11,3*	*18,0*
vier und mehr	*1,9*	*8,0*

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Bei österreichischen Staatsbürgern läßt sich ein Zusammenhang zwischen Belastungen durch Konfliktsituationen am Arbeitsplatz und psychischen Beschwerden feststellen, während dies bei Migranten nicht der Fall zu sein scheint.

Bei der Gegenüberstellung von österreichischen und nichtösterreichischen Staatsbürgern in bezug auf Gesundheit kamen CSITKOVICS et al. (1997) zu folgenden Ergebnissen: Österreichische Staatsbürger in Wien beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlechter denn jene im Bundesgebiet, Migranten jedoch positiver. Österreichische Staatsbürger in Wien klagen häufiger über physische Erkrankungen als Migranten. Auch chronische Krankheiten treten bei den Österreichern häufiger auf. Einer der Gründe dafür dürfte im geringeren Durchschnittsalter der MigrantInnen liegen.

Generell beurteilen ausländische Männer ihren Gesundheitszustand als besser denn Frauen, dies trifft auch auf die inländische Bevölkerung zu. Außerdem beeinflußt der Familienstand der AusländerInnen das Gesundheitsempfinden stärker, als dies bei ÖsterreicherInnen der Fall ist.

Migranten geben weniger Erkrankungen an als Österreicher, jedoch haben Arbeiter, zu denen meist Ex-Jugoslawen und Türken zählen, ein höheres Erkrankungsrisiko als Angestellte. Das heißt, daß das Krankheitsempfinden nicht kulturspezifisch ist, sondern auf soziale Umstände und die Arbeitssituation zurückgeführt werden kann.

VI.
GESUNDHEITSSTATUS

HEALTHSTATUS

VI. GESUNDHEITSSTATUS 85–128

6.1 EPIDEMIOLOGIE 87
6.1.1 KRANKENHAUSENTLASSUNGSSTATISTIK 88
6.1.2 SELF-REPORTED MORBIDITY 90
6.1.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit 90
6.1.2.2 SERMO-Studie 91
6.1.3 TODESURSACHEN IN WIEN UND GESAMTÖSTERREICH 93
6.1.4 MITTLERES STERBEALTER DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN 96
6.1.5 VERLORENE LEBENSJAHRE DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN 97
6.1.6 HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN 100
6.1.7 DIABETES MELLITUS 106
6.1.8 KREBS 109
6.1.8.1 Prostatakarzinom 112
6.1.8.2 Lungenkrebs 116
6.1.8.3 Kolorektalkrebs 117
6.1.8.4 Blasenkrebs 118
6.1.8.5 Magenkrebs 119
6.1.8.6 Hodenkrebs 120
6.1.8.7 Prävention 121
6.1.9 CHRONISCHE LEBERERKRANKUNGEN UND LEBERZIRRHOSE 122
6.1.10 UNFÄLLE ALS TODESURSACHE 123
6.1.10.1 Selbstmord als Todesursache 126

6 GESUNDHEITSSTATUS

6.1 Epidemiologie

Zusammenfassung

Die häufigsten Diagnosen, die bei einem stationären Krankenhausaufenthalt Wiener Männer 1996 gestellt wurden, sind Krankheiten, die das Kreislaufsystem betreffen (16,5 %), Neoplasien (16 %) und Verletzungen bzw. Vergiftungen (9,2 %). Die 10 häufigsten Diagnosen von stationär behandelten Männern in Wien machen 89,6 % aller Diagnosen aus. Chronisch ischämische Herzkrankheiten sind die vorrangige Diagnose bei einem stationären Aufenthalt. Annähernd 77 % der Männer in Wien bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut" bzw. als „gut". Etwa ein Fünftel (21,1 %) der Wiener männlichen Bevölkerung leidet unter chronischen Krankheiten, wobei Bluthochdruck am häufigsten angegeben wird (9,4 %), gefolgt von chronischem Gelenksrheuma (4,1 %). Den größten Anteil an der Gesamtsterblichkeit in Österreich bei Männern haben die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 47,9 %, gefolgt von den Krebserkrankungen mit 25,8 %.

Die Wiener Männer hatten 1996, verglichen mit den Männern Österreichs, eine höhere Mortalitätsrate bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei den bösartigen Neubildungen des Magens, des Darmes, der Leber und der Gallenblase und -wege. Die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind vor allem auf Unterschiede im Lebensstil zurückzuführen. Vor allem Rauchen, Alkoholkonsum und Risikoverhalten im Straßenverkehr sind für die Differenz verantwortlich.

Summary

The diagnoses that were made most frequently during in-patient hospital stays of Viennese men in 1996 were cardiovascular illnesses (16.5 %), neoplastic diseases (16 %) and injuries or poisoning (9.2 %). The 10 most frequently made diagnoses represent 89.6 % of all diagnoses concerning male in-patients. Chronic ischemic cardiac disease is the primary diagnosis established in in-patients.

Nearly 77 % of men in Vienna describe their state of health as very good or as good. A fifth of the city´s male population suffers from chronic illnesses, with hypertension cited most frequently (9.4 %), followed by chronic arthritis (4.8 %).

The leading cause of death among Austrian men is cardiovascular disease (47.9 %), followed by cancer (25.8 %). In comparison with the country´s male population, Vienna´s male population in 1996 had a higher mortality rate with regard to cardiovascular diseases and malignant neoplasms of the stomach, the colon, the liver, the gall bladder and the bile ducts. The difference in mortality between men and women is attributable above all to differences in life style. The difference in mortality is due particulary to patterns of smoking, alcohol consumption and behaviour in traffic.

Den größten Anteil an der Mortalität an Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen nimmt Diabetes mellitus ein. Vor allem die Spätfolgen sind für die erhöhte Mortalität verantwortlich. Im internationalen Vergleich findet man in Österreich eine erhöhte Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose. Bei den Männern ist die Tendenz jedoch fallend. Das Sterbealter ist mit 60,5 Jahren besonders niedrig.

1997 starben in Wien 292 Menschen durch Selbstmord, zwei Drittel waren Männer. 265 Männer versuchten sich das Leben zu nehmen, die Dunkelziffer wird jedoch höher geschätzt. Der Versuch, sich das Leben zu nehmen, gelingt Männern dreimal häufiger als Frauen.

Bezüglich Morbidität, Mortalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Unfällen wird auf die gesonderte Zusammenfassung am Anfang des entsprechenden Kapitels hingewiesen.

Diabetes mellitus is the leading cause of death among the illnesses of nutrition and metabolism. This is due above all to the deloyed effect of the diseases.

An international comparison shows a higher mortality among Austrians for chronic liver diseases and liver cirrhosis. This tendency is declining among men, but the age of death is particularly low at 60.5 years.

In 1997, 292 individuals in Vienna committed suicide, two thirds of whom were men. Suicide was attempted by 265 men, but the number of unrecorded cases is considered to be higher. Men succeed at suicide three times as often as women.

With regard to morbidity, mortality, cardiovascular diseases, cancer, and accidents, we refer the reader to the separate summaries at the beginning of the respective chapters.

6.1.1 Krankenhausentlassungsstatistik

Die häufigsten Diagnosen, die bei einem stationären Krankenhausaufenthalt Wiener Männer 1996 gestellt wurden, sind Krankheiten, die das Kreislaufsystem betreffen (16,5 %), Neoplasien (16 %) und Verletzungen bzw. Vergiftungen (9,2 %). Die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind dabei ischämische Herzkrankheiten (28,4 %), gefolgt von sonstigen Herzkrankheiten (23,1 %) und zerebrovaskulären Krankheiten (18,1 %). 90,5 % aller Neoplasien, die diagnostiziert wurden, waren maligne.

Die 10 häufigsten Diagnosen von stationär behandelten Männern in Wien machen 89,6 % aller Diagnosen aus (Tab. 6.1.1) (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 6.1.1: Die 10 häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte Wiener Männer (1996)

Hauptdiagnose	stationäre Patienten	in %
Krankheiten des Kreislaufsystems	31.635	*16,5*
Neoplasien	30.674	*16,0*
Verletzungen und Vergiftungen	17.507	*9,2*
Krankheiten der Verdauungsorgane	17.474	*9,1*
Krankheiten der Atmungsorgane	17.219	*9,0*
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	14.539	*7,6*
Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe	12.727	*6,7*
Krankheiten des Urogenitaltrakts	11.372	*6,0*
psychiatrische Krankheiten	10.955	*5,7*
infektiöse und parasitäre Krankheiten	7.270	*3,8*
insgesamt stationär behandelte Männer	191.262	

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Chronisch ischämische Herzkrankheiten sind die vorrangige Diagnose bei einem stationären Aufenthalt. Besonders betroffen sind die 50- bis 70jährigen. Dies trifft auch auf alle anderen Diagnosen zu, außer bei Herzinsuffizienz und Katarakt. Bei diesen Diagnosen sind die über 70jährigen am häufigsten betroffen, bei Alkoholismus die 20- bis 50jährigen (ÖSTAT, 1998) (Tab. 6.1.2).

Tabelle 6.1.2: Die 10 häufigsten Ursachen von Krankenhausaufenthalten männlicher Patienten in Wien (Anzahl der Patienten nach Alter und in %)

Hauptdiagnose	20– < 50 Jahre		50– < 70 Jahre		70 Jahre und älter		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chronische ischämische Herzkrankheiten (excl. Myokardinfarkt und Angina pectoris)	717	*10,48*	3711	*54,2*	2419	*35,33*	6847	*100*
Katarakt excl. kongenital	163	*5,42*	976	*32,4*	1873	*62,2*	3.012	*100*
maligne Neoplasie der Trachea, Bronchien	300	*10,6*	1732	*61,1*	803	*28,3*	2.835	*100*
Diabetes mellitus	601	*21,5*	1338	*47,8*	861	*30,8*	2.800	*100*
Herzinsuffizienz	69	*2,5*	557	*20,2*	2.127	*77,3*	2.753	*100*
Arteriosklerose	295	*10,8*	1.343	*49,0*	1.106	*40,3*	2.744	*100*
Alkoholismus	1.752	*66,9*	803	*30,6*	66	*2,5*	2.621	*100*
Hernia inguinalis	865	*33,5*	1.095	*42,4*	623	*24,12*	2.583	*100*
maligne Neoplasie des Dickdarms	339	*14,7*	1.189	*51,4*	784	*33,9*	2.313	*100*
maligne Neoplasie des Rektums	173	*8,8*	1.123	*57,0*	673	*34,2*	1.969	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998; Spitalsentlassungsstatistik 1996

16,3 % der Krankenhausaufenthalte der österreichischen Männer werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 14,7 % durch Verletzungen/Vergiftungen und 11 % durch Neoplasien verursacht. In Wien stehen Verletzungen mit 9,2 % an dritter Stelle (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen) (Tab. 6.1.3).

Tabelle 6.1.3: Die 10 häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte stationär behandelter männlicher Patienten 1996 in Österreich

Hauptdiagnose	Anzahl der behandelten Patienten	% aller behandelten Patienten
Krankheiten des Kreislaufsystems	147.259	*16,3*
Verletzungen und Vergiftungen	133.040	*14,7*
Neoplasien	99.659	*11,0*
Krankheiten der Verdauungsorgane	90.984	*10,1*
Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe	76.876	*8,5*
Krankheiten der Atmungsorgane	76.765	*8,5*
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	59.093	*6,5*
Krankheiten des Urogenitaltrakts	49.038	*5,3*
psychiatrische Krankheiten	43.901	*4,9*
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (z.B. Altersschwäche)	30.912	*3,4*
insgesamt stationär behandelte Männer	903.023	

Quelle: ÖSTAT, 1998

6.1.2 Self-reported Morbidity

Laut Mikrozensus Gesundheit (1991) sind die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden bei erwachsenen Männern in Wien Rücken- und Kreuzschmerzen (15,8 %), an zweiter Stelle stehen Muskel- und Gelenksschmerzen in Hüfte und Bein (8,9 %), an dritter Stelle wird die Wetterempfindlichkeit (7,3 %) genannt. Magen- und Verdauungsbeschwerden (6,8 %) sowie Kopfschmerzen (6,9 %) stehen an vierter und fünfter Position der häufigsten Beschwerden. Im Österreich-Vergleich im Rahmen des Mikrozensus ergibt sich das gleiche Bild (ÖSTAT, 1998). Die Häufigkeit der meisten, im Mikrozensus abgefragten Beschwerden nimmt mit dem Alter zu, mit Ausnahme z.B. von Beschwerden durch Hauterkrankungen und Zahnschmerzen. Beschwerden durch Allergien nehmen in der Häufigkeit der Nennungen mit dem Alter ab.

Die Absolutzahlen bei den Krankheiten der Wiener männlichen Bevölkerung werden vom ÖSTAT (1998) mit 367.700 angegeben. 40 % der Erkrankungsfälle in Österreich gehen auf Erkältungskrankheiten zurück (Wien 43 %), an zweiter Stelle stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates (Wien 12 %) (ÖSTAT, 1998 und eigene Berechnungen).

6.1.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit

Die häufigste Beobachtung, die man mittels Gesundheitssurveys in den Industrieländern macht, ist die, daß Männer früher sterben als Frauen, Frauen jedoch höhere Morbiditätsraten haben.

MACINTYRE et al. haben durch die Analyse der Daten zweier Health-surveys in Großbritannien (Twenty 07 study and health- and lifestyle-survey) wesentlich komplexere Zusammenhänge gefunden, als man mit der einfachen Beschreibung von Health-survey-Daten vermuten würde. Sie haben festgestellt, daß die Geschlechterdifferenz in der Self-reported Morbidity abhängig ist von der Art der Symptome und Krankheiten sowie vom jeweiligen Lebenszyklusabschnitt. Der Überhang der Frauen in bezug auf die Symptomenpräsentation ist konsistent im psychosozialen Bereich und ist nicht mehr so deutlich für eine Reihe von körperlichen Symptomen und Zuständen. Diese Beobachtungen ließen sich auch in der SERMO-Studie machen, vor allem bei den bundesländerspezifischen Auswertungen. Es wurde bisher immer als Paradoxon bezeichnet, daß Männer die geringere Anzahl an Symptomen haben, aber früher sterben als Frauen. Es ist nicht mehr so paradox bei Betrachtung

der Beschwerden, die Männer haben. Diese haben meist etwas mit den Ursachen für die kürzere Lebenserwartung zu tun (VERBRUGGE, 1976; 1988; 1989).

Die Geschlechterdifferenzen in der Gesundheit bedürfen einer ständigen Neuuntersuchung, da sich die Lebensbedingungen für beide Geschlechter im Laufe der Jahrzehnte ständig verändern. Trotz der Ansicht, daß Männer in bezug auf ihre Gesundheit den Frauen gegenüber biologische Nachteile haben, werden gesundheitsbezogene Geschlechterdifferenzen auch auf soziale Gründe zurückgeführt (VERBRUGGE, 1988). In den letzten Jahrzehnten hat es manche Veränderungen in den Geschlechterrollen gegeben. Diese Veränderungen beziehen sich auf Bildung, Erziehung, Berufstätigkeit, häusliches Leben und Freizeit (MACINTYRE et al., 1996).

Es ist jedoch nach wie vor unklar, wie groß der Einfluß der einzelnen Faktoren (psychologische, soziologische und biologische Faktoren) auf den Gesundheitsunterschied zwischen Männern und Frauen ist.

Man nimmt an, daß die Größe der Differenz im Gesundheitszustand ebenso wie die Lebenserwartung variiert, abhängig von der Gesellschaft, von ökonomischen und wirtschaftlichen Entwicklungen sowie von sich ändernden kulturellen und religiösen Einflüssen auf die Einstellung zur Geschlechterrolle.

MACINTYRE et al. fassen ihre Vergleiche von Health-surveys so zusammen, daß sie die Aussagen jener Forscher unterstützen, die die Erklärung der Unterschiede in der selbstberichteten Gesundheit von Männern und Frauen als sehr komplex und schwierig ansehen und diese Unterschiede als variabel und abhängig von Alter, Meßinstrumentarium und sozialem Kontext betrachten (MACINTYRE et al., 1996).

6.1.2.2 SERMO-Studie

Die SERMO-Studie (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997) untersuchte den Gesundheitszustand der Österreicher mittels repräsentativer Bevölkerungssurveys (self-reported). Die Ergebnisse in bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand sowie selbstberichteter Erkrankungen und körperlicher Beschwerden für die Wiener männliche Bevölkerung werden im folgenden dargestellt:

Annähernd 77 % der Männer in Wien bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bzw. als „gut“. Als mittelmäßig sehen ihn etwa 20 % der Männer. 4 % der Wiener männlichen Bevölkerung haben laut eigenen Angaben einen schlechten und sehr schlechten Gesundheitszustand, wobei der Anteil der Männer mit sehr schlechtem Gesundheitszustand 0,2 % beträgt.

Etwa 40 % waren innerhalb eines Jahres krank, sodaß sie bettlägerig waren bzw. ihren gewohnten Tätigkeiten nicht nachgehen konnten. 22,1 % waren einmal krank, 14,3 % zweimal, 3,4 % dreimal, 1,9 % öfter als dreimal.

Die häufigsten Krankheiten waren Erkältungskrankheiten (26,2 %), Erkrankungen des Bewegungsapparates (15 %), Verletzungen (11,2 %) und Bluthochdruck (9,4 %). An die 6 % der Männer berichten von Herzinfarkt, anderen Herzkrankheiten und Schlaganfall (Tab. 6.1.4).

Über die Hälfte der Männer litt im Erhebungsjahr (1995) unter körperlichen Beschwerden. Die häufigsten Beschwerden betreffen Beschwerden des Bewegungsapparates (22,5 %), Schnupfen (18,2 %), Husten (13,5 %), Kopfschmerzen, Migräne (13,0 %), Schwäche und Müdigkeit (10,8 %), Wetterempfindlichkeit (10,2 %) und Zahnschmerzen (10,2 %) (Tab. 6.1.5).

Tabelle 6.1.4: Die häufigsten Erkrankungen der Männer in Wien, 1995

Krankheit	in %	Krankheit	in %
Erkältungskrankheiten	*26,2*	Leberkrankheit	*1,9*
Zuckerkrankheit	*2,7*	Erkrankung der Niere	*0,8*
Herzinfarkt	*0,9*	sonstige Hautkrankheiten	*0,7*
andere Herzkrankheit	*3,6*	Schäden an der Wirbelsäule	*7,3*
Schlaganfall	*1,1*	Erkrankung der Gelenke (Hüfte, Bein)	*4,7*
Venenerkrankungen	*2,6*	Erkrankung der Gelenke (Schulter, Arm)	*3,0*
Augenkrankheiten	*2,8*	Nervenentzündungen	*2,5*
HNO-Beschwerden	*7,2*	Kinderkrankheiten	*0,4*
chronische Bronchitis	*0,7*	Erkrankungen der Prostata	*2,4*
Lungenasthma	*2,1*	Knochenbrüche	*3,2*
Lungenentzündung	*1,3*	Prellungen/Quetschungen/Zerrungen	*6,1*
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	*2,2*	andere Verletzungen	*1,9*
Darmerkrankung	*3,4*	Fieber	*5,1*
Erkrankung der Gallenblase	*0,8*	Hautallergie	*2,8*

Quelle: SERMO-Studie, 1997

Tabelle 6.1.5: Die häufigsten Beschwerden der Männer in Wien, 1995

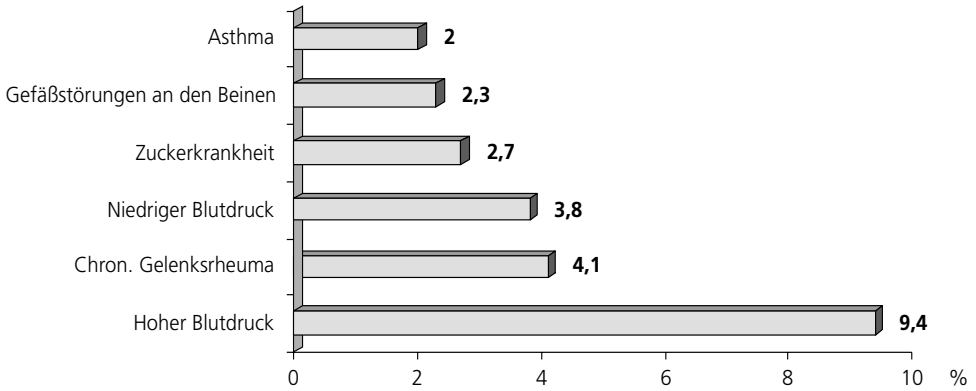
Beschwerden	in %	Beschwerden	in %
Schlafstörungen	*8,4*	Magenbeschwerden	*5,5*
Wetterempfindlichkeit	*10,2*	Unterleibsbeschwerden	*0,4*
Schwäche/Müdigkeit	*10,8*	Rücken- und Kreuzschmerzen	*10,5*
Nervosität	*5,6*	Schmerzen in Hüfte oder Bein	*3,9*
Niedergedrücktheit	*4,1*	Schmerzen in Schulter oder Arm	*4,3*
Schwindel	*3,4*	Gehbehinderung	*1,0*
Kreislaufstörungen	*6,1*	Beinleiden	*2,8*
Übelkeit/Appetitlosigkeit	*3,4*	Gewichtsverlust	*2,1*
Kopfschmerzen/Migräne	*13,0*	Gewichtszunahme	*0,6*
Sehstörungen	*2,1*	Beschwerden durch Hautkrankheiten	*0,5*
Hörstörungen	*2,4*	Beschwerden durch Allergien	*1,5*
Zahnschmerzen	*10,2*	Fieber	*2,9*
Husten	*13,5*	Schnupfen	*18,2*
Herzbeschwerden	*2,4*	Störungen des Nervensystems	*0,8*
Atembeschwerden	*3,2*	sonstige Beschwerden	*3,6*

Quelle: SERMO-Studie, 1997

In der SERMO-Studie wurde auch die Punktprävalenz erhoben, das heißt die Häufigkeit von Beschwerden zum Zeitpunkt der Erhebung. Dabei führen ebenfalls die Angaben zu Beschwerden des Bewegungsapparates (15,3 %), gefolgt von Wetterempfindlichkeit (6,3 %), Schlafstörungen (5,4 %), Schwäche und Müdigkeit (5 %).

Etwa ein Fünftel (21,1 %) der Wiener männlichen Bevölkerung leidet unter chronischen Krankheiten, wobei Bluthochdruck am häufigsten angegeben wird (9,4 %), gefolgt von chronischem Gelenksrheuma (4,1 %), niederem Blutdruck (3,8 %), Zuckerkrankheit (2,7 %), Gefäßstörungen an den Beinen (2,3 %) und Asthma (2,0 %) (Abb. 6.1.1).

Abbildung 6.1.1: Chronische Krankheiten der männlichen Wiener Bevölkerung



Quelle: SERMO-Studie, 1997

6.1.3 Todesursachen in Wien und Gesamtösterreich

Die Mortalitätsraten sind für Männer in allen Altersgruppen höher. Die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind zu 40 % auf die koronare Herzkrankheit zurückzuführen. Ein weiteres Drittel bezieht sich auf Lungenkrebs, Emphysem, Leberzirrhose, Unfälle und Selbstmorde. Es gibt Schätzungen, wonach zwei Drittel dieses Mortalitätsunterschiedes auf das Zigarettenrauchen der Männer zurückzuführen sind. Frauen liegen in bezug auf die Inzidenz der koronaren Herzkrankheit 10 Jahre hinter den Männern.

Im Jahre 1996 verstarben in Österreich insgesamt 80.790 Personen. Das entspricht einer altersstandardisierten Sterbeziffer von 764,7 Personen je 100.000 Lebenden. Von den insgesamt Verstorbenen waren 37.268 Männer und 43.522 Frauen. Davon starben insgesamt 19.346 Personen (24 %) in Wien, davon wiederum 8.169 Männer und 11.177 Frauen. Für das Bundesland Wien gibt es aber keine standardisierten Sterbeziffern. In der Folge wird die Anzahl der Todesfälle als Maß für die Sterblichkeit herangezogen.

Tabelle 6.1.6: Anzahl der Todesfälle und Anteil der Todesursachen (in Prozent) ausgewählter Krankheiten, Männer in Wien und Österreich, 1996

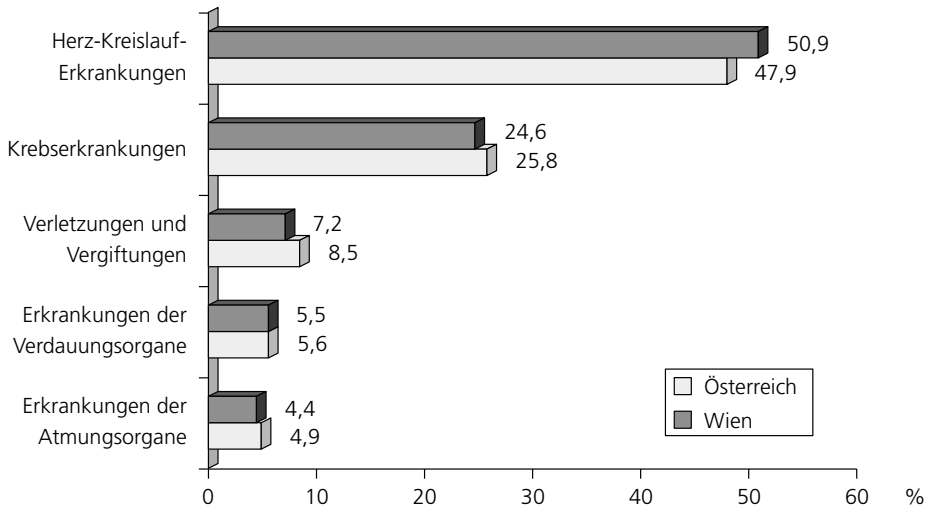
Todesursachen (ICD, 9. Revision)	Wien		Österreich	
	Todesfälle Anzahl	Anteil der Todesursachen %	Todesfälle Anzahl	Anteil der Todesursachen %
Alle (001–999)	8.169	*100*	37.268	*100*
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (390–459)	4.157	*50,9*	17.857	*47,9*
Bösartige Neubildungen (140–208)	2.011	*24,6*	9.614	*25,8*
Verletzungen und Vergiftungen (E800–E999)	587	*7,2*	3.168	*8,5*
Sonstige Krankheiten	608	*7,4*	2.711	*7,3*
Krankheiten der Verdauungsorgane (520–579)	446	*5,5*	2.095	*5,6*
Krankheiten der Atmungsorgane (460–519)	360	*4,4*	1.823	*4,9*
Bösartige Neubildung der Speiseröhre (150)	48	*0,6*	209	*0,6*
Bösartige Neubildung des Magens (151)	143	*1,8*	787	*2,1*
B. N. des Darms außer Rektum (152,153)	206	*2,5*	870	*2,3*
Bösartige Neubildung des Rektums (154)	111	*1,4*	503	*1,3*
Bösartige Neubildung der Leber (155)	101	*1,2*	427	*1,1*
B. N. der Gallenblase und -wege (156)	41	*0,5*	161	*0,4*
B. N. der Bauchspeicheldrüse (157)	124	*1,5*	543	*1,5*
B. N. der Luftröhre, Bronchien und Lunge (162)	494	*6,0*	2.373	*6,4*
Bösartige Neubildung der Haut (172, 173)	33	*0,4*	165	*0,4*
Bösartige Neubildung der Prostata (185)	228	*2,8*	1.170	*3,1*
Bösartige Neubildung der Harnblase (188)	69	*0,8*	288	*0,8*
Bösartige Neubildung der Niere (189)	53	*0,6*	301	*0,8*
Bösartige Neubildung der Schilddrüse (193)	10	*0,1*	52	*0,1*
Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten (240–279)	164	*2,0*	732	*2,0*
davon: Diabetes mellitus (250)	107	*1,3*	613	*1,6*
Herzkrankheiten (390–398, 402, 404, 410–429)	3.294	*40,3*	13.054	*35,0*
Hirngefäßerkrankungen (430–438)	611	*7,5*	3.687	*9,9*
Sonstige Kreislauferkrankungen (401, 403, 405, 440–459)	252	*3,1*	1.116	*3,0*
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose (571)	277	*3,4*	1.447	*3,9*
Unfälle und schädliche Wirkung (E800–E949)	330	*4,0*	1.738	*4,7*
Kraftfahrzeugunfälle (E810–E825)	68	*0,8*	680	*1,8*
Unfälle durch Vergiftungen (E850–E869)	101	*1,2*	125	*0,3*
Unfälle durch Sturz (E880–E888)	101	*1,2*	480	*1,3*
Unfälle durch Feuer und Flammen (E890–E899)	6	*0,1*	29	*0,1*
Unfälle durch Ertrinken und Untergehen (E910)	9	*0,1*	60	*0,2*
Selbstmord und Selbstschädigung (E950–E959)	232	*2,8*	1.336	*3,6*
Mord, Totschlag und vor. Verletzungen (E960–E969)	15	*0,2*	47	*0,1*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Den größten Anteil an der Gesamtsterblichkeit in Österreich bei Männern haben die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 47,9 %, gefolgt von den Krebserkrankungen mit 25,8 %. Bei Männern war der Anteil der Herzerkrankungen sowie Hirngefäßerkrankungen niedriger als bei Frauen, der Anteil der Krebserkrankungen, der Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane und der Unfälle aber höher (Tab. 6.1.6).

Die Wiener Männer hatten 1996, verglichen mit den Männern Österreichs, eine höhere Mortalitätsrate bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei den bösartigen Neubildungen des Magens, des Darmes, der Leber und der Gallenblase und -wege. Weiters war der Anteil der Vergiftungen der Wiener Männer an den Gesamttodesursachen höher (Abb. 6.1.2, Tab. 6.1.6).

Abbildung 6.1.2: Anteil der Todesursachen der Männer 1996 in Wien und Österreich (Angaben in Prozent)



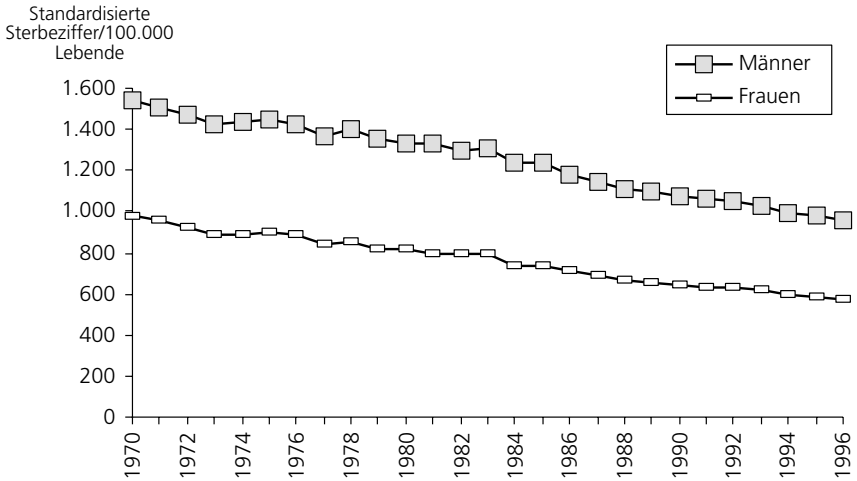
Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Der Rückgang der Gesamtmortalität seit den achtziger Jahren ist fast ausschließlich auf ein Zurückgehen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Bei näherer Betrachtung ist aber ersichtlich, daß bei einigen Erkrankungen, speziell bei einigen Krebserkrankungen, ein ungünstiger Trend besteht. So kam es in den letzten zehn Jahren (1986 bis 1996) bei den Männern zu einer Zunahme der Mortalität durch folgende Krebserkrankungen: bösartige Neubildungen des Darms, der Speiseröhre, der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse und Prostata. Weiters kam es zu einem Anstieg der Sterblichkeit aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und vor allem von Diabetes mellitus.

Bei der Entwicklung der Mortalität in den letzten Jahren muß aber berücksichtigt werden, daß es bei der Gliederung nach Todesursachen Revisionen der ICD-Klassifikationen gab. Ab 1980 wurde nach der 9. Revision klassifiziert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Todesursachen aus früheren Jahren, in denen die 8. ICD-Revision in Verwendung war, soweit wie möglich auf die 9. ICD-Revision umgeschlüsselt (ÖSTAT, 1996). Diese Umschlüsselung reicht bis zum Jahre 1970 zurück. Vergleiche mit früheren Jahren sind demnach nicht exakt.

Bei der Mortalität aller Erkrankungen kam es seit 1970 zu einem Rückgang von 38,2 % bei den Männern und 41,2 % bei den Frauen (Abb. 6.1.3). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sank diese in den letzten 10 Jahren um ungefähr 19 %.

Abbildung 6.1.3: Entwicklung der Sterblichkeit bei allen Erkrankungen von 1970 bis 1996



Quelle: ÖSTAT, 1998

Die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind zum Großteil auf den unterschiedlichen Lebensstil zurückzuführen. Rauchen, Alkoholkonsum, „coronary prone behavior" und Unfälle sind am häufigsten für die höhere Mortalität der Männer nach dem 65. Lebensjahr verantwortlich (SPEROFF, 1993).

6.1.4 Mittleres Sterbealter der männlichen Bevölkerung in Wien

Es ist nicht nur entscheidend, wie häufig einzelne Todesursachen auftreten, sondern auch, in welchem Alter sie auftreten. So ist ersichtlich, daß bei der Todesursache Nummer eins, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das mittlere Sterbealter bei Männern in Österreich bei 75,5 Jahren und bei Männern in Wien bei 75,3 Jahren liegt. Bei den Krebserkrankungen liegt das mittlere Sterbealter bei den Männern im gesamten Bundesgebiet bei 69,9 Jahren und bei den Männern in Wien bei 69,8 Jahren (Tab. 6.1.7).

Tabelle 6.1.7: Mittleres Sterbealter bei ausgewählten Krankheiten der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996

Todesursachen ICD, 9. Revision	Mittleres Sterbealter in Jahren		
	1986	**1996**	**Änderung 1986–1996 in %**
Alle (001–999)	71,1	70,9	*-0,3*
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (390–459)	74,5	75,3	*+1,1*
Bösartige Neubildungen (140–208)	70,3	69,8	*-0,7*
Krankheiten der Atmungsorgane (460–519)	74,3	74,4	*+0,1*
Krankheiten der Verdauungsorgane (520–579)	63,6	63,6	*0*
Verletzungen und Vergiftungen (E800–E999)	48,6	49,7	*+2,3*
Herzkrankheiten (390–398, 402, 404, 410–429)	73,5	75,2	*+2,3*
Hirngefäßkrankheiten (430–438)	76,3	76,0	*-0,4*
Diabetes mellitus	70,8	73,8	*+4,2*
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose (571)	61,3	60,4	*-1,5*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Todesursachen ICD, 9. Revision	Mittleres Sterbealter in Jahren		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Bösartige Neubildung der Speiseröhre (150)	63,8	63,5	*-0,5*
Bösartige Neubildung des Magens (151)	73,2	72,4	*-1,1*
Bösartige Neubildung des Darms außer Rektum (152,153)	72,1	72,2	*+0,1*
Bösartige Neubildung des Rektums (154)	73,6	71,1	*-3,4*
Bösartige Neubildung der Leber (155)	69,9	69,7	*-0,3*
Bösartige Neubildung der Gallenblase und -wege (156)	74,9	69,3	*-7,5*
Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse (157)	70,6	71,7	*+1,6*
Bösartige Neub. der Luftröhre, Bronchien und Lunge (162)	69,3	66,3	*-4,3*
Bösartige Neubildung der Haut (172, 173)	64,4	66,4	*+3,0*
Bösartige Neubildung der Prostata (185)	77,4	79,2	*+2,9*
Bösartige Neubildung der Harnblase (188)	76,3	75,9	*-0,5*
Bösartige Neubildung der Niere (189)	67,4	69,2	*+2,7*
Bösartige Neubildung der Schilddrüse (193)	67,5	66,0	*-2,2*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Das höchste Sterbealter war bei den Männern in Wien beim Prostatakarzinom (79,2 Jahre), bei den Hirngefäßerkrankungen (76,0 Jahre) und bei den Herzkrankheiten (75,0 Jahre) zu finden. Bei den bösartigen Erkrankungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens liegt das mittlere Sterbealter bei 66,3 Jahren und bei der Leberzirrhose bei 60,4 Jahren. Innerhalb von 10 Jahren (1986–1996) ist das mittlere Sterbealter vor allem bei Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen angestiegen. Beim Bronchuskarzinom ist das mittlere Sterbealter seit 1986 um 3 Jahre gesunken (Tab. 6.1.7, Tab. 6.1.8).

Besonders niedrig ist das mittlere Sterbealter in Wien bei Verletzungen und Vergiftungen. Dieses lag 1996 unter 50 Jahren. Seit 1986 ist das Sterbealter bei KFZ-Unfällen um 3,4 % gesunken.

6.1.5 Verlorene Lebensjahre der männlichen Bevölkerung in Wien

Berechnet man die verlorenen Lebensjahre pro Todesfall (der bis zum 75. Lebensjahr Verstorbenen), kam es 1996 bei den Männern in Wien zu einem Verlust von durchschnittlich 22,1 Jahren pro Todesfall. Die meisten Jahre verloren die Männer bei Verletzungen und Vergiftungen (38,3 Jahre/Todesfall) und die wenigsten Jahre beim Prostatakarzinom (15,6 Jahre/Todesfall) (Tab. 6.1.9, Tab. 6.1.10).

Tabelle 6.1.9: Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten Krankheiten der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996

Todesursachen ICD, 9. Revision	Verlorene Lebensjahre (Alter 1–75) Jahre/Todesfall		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Alle (001–999)	21,4	22,1	*+5,2*
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (390–459)	18,3	18,7	*+2,2*
Bösartige Neubildungen (140–208)	19,3	19,5	*+1,0*
Krankheiten der Atmungsorgane (460–519)	21,5	19,2	*-8,6*
Krankheiten der Verdauungsorgane (520–579)	23,5	22,4	*-4,7*
Verletzungen und Vergiftungen (E800–E999)	37,6	38,3	*+1,9*
Herzkrankheiten (390–398, 402, 404, 410–429)	18,3	18,7	*+2,2*
Hirngefäßkrankheiten (430–438)	18,2	18,4	*+1,1*
Diabetes mellitus	19,2	18,3	*-4,7*
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose (571)	23,5	22,7	*-3,4*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Bei den bösartigen Neubildungen wurden 1996 bei den bösartigen Neubildungen der Haut die meisten verlorenen Jahre pro Todesfall (23,9 Jahre) festgestellt. Bei den bösartigen Erkrankungen der Speiseröhre gingen 20,8 Jahre/Todesfall und beim Rektumkarzinom 20,3 Jahre/Todesfall verloren. In den letzten zehn Jahren (1986–1996) kam es nur zu einer Abnahme der verlorenen Lebensjahre pro Todesfall bei den Erkrankungen der Atmungsorgane (- 8,6 %), beim Diabetes mellitus (- 4,7%), bei den chronischen Lebererkrankungen und der Leberzirrhose (- 3,4 %) (Tab. 6.1.10) sowie bei den bösartigen Neubildungen der Speiseröhre (-1,4 %), der Leber (- 7,5 %), der Gallenblase und -wege (- 6,5 %) und der Niere (- 2,6 %). Deutlich zugenommen haben die verlorenen Lebensjahre bei den bösartigen Neubildungen der Schilddrüse (+ 31,8 %) und des Rektums (+ 18,7 %) (Tab. 6.1.10).

Tabelle 6.1.10: Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten bösartigen Neubildungen der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996

Todesursachen ICD, 9. Revision	Verlorene Lebensjahre (Alter 1–75) Jahre/Todesfall		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Bösartige Neubildung der Speiseröhre (150)	21,1	20,8	*-0,3*
Bösartige Neubildung des Magens (151)	17,2	18,3	*+1,1*
Bösartige Neubildung des Darms außer Rektum (152,153)	17,9	18,5	*+0,6*
Bösartige Neubildung des Rektums (154)	17,1	20,3	*+3,2*
Bösartige Neubildung der Leber (155)	18,7	17,3	*-1,4*
Bösartige Neubildung der Gallenblase und -wege (156)	18,4	17,2	*-1,2*
Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse (157)	17,8	18,1	*+0,3*
Bösartige Neub. der Luftröhre, Bronchien und Lunge (162)	18,9	19,6	*+0,7*
Bösartige Neubildung der Haut (172, 173)	22,5	23,9	*+1,4*
Bösartige Neubildung der Prostata (185)	15,5	15,6	*+0,1*
Bösartige Neubildung der Harnblase (188)	16,3	16,5	*+0,2*
Bösartige Neubildung der Niere (189)	19,1	18,6	*-0,5*
Bösartige Neubildung der Schilddrüse (193)	14,8	19,5	*+4,7*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Da das mittlere Sterbealter bei Verletzungen, Unfällen und Vergiftungen besonders niedrig ist, sind dementsprechend bei diesen Todesursachen die verlorenen Lebensjahre sehr hoch. Pro Todesfall kam es 1996 in Wien bei den Männern zu einem Verlust von 51,3 Jahren bei Unfällen durch Vergiftungen und von 39,3 Jahren bei Kraftfahrzeugunfällen. Seit 1986 kam es außer bei den Todesfällen durch Vergiftung zu einer Zunahme der verlorenen Lebensjahre bei den Unfällen durch Sturz, Feuer und Flammen, Ertrinken und Untergehen, aber auch bei den Selbstmorden und beim Mord (Tab. 6.1.11).

Tabelle 6.1.11: Verlorene Lebensjahre bei ausgewählten Verletzungen und Vergiftungen der männlichen Bevölkerung von Wien, 1986 und 1996

Todesursachen ICD, 9. Revision	Verlorene Lebensjahre (Alter 1–75) Jahre/Todesfall		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Kraftfahrzeugunfälle (E810–E825)	39,9	39,3	*-0,6*
Unfälle durch Vergiftungen (E850–E869)	44,2	51,3	*+7,1*
Unfälle durch Sturz (E880–E888)	30,3	29,5	*-0,8*
Unfälle durch Feuer und Flammen (E890–E899)	39,3	24,1	*-15,2*
Unfälle durch Ertrinken und Untergehen (E910)	45,4	32,6	*-12,8*
Selbstmord und Selbstschädigung (E950–E959)	37,7	34,9	*-2,8*
Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen (E960–E969)	37,8	38,6	*+0,8*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

6.1.6 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zusammenfassung

Bezogen auf die Anzahl aller männlichen Verstorbenen findet man für den Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien mit 50,9 % den höchsten Prozentsatz an den Gesamttodesursachen. 1996 starben in Wien 4.157 Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Anzahl der verlorenen Lebensjahre betrug 18,7 Jahre. 30 bis 50 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfallen auf die koronare Herzkrankheit. Unter dem 65. Lebensjahr haben Männer ein 3,5fach höheres Risiko, daran zu erkranken, als Frauen. In Wien ist die Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten, besonders bei Männern, verglichen mit dem Bundesdurchschnitt, signifikant am höchsten. Auch bei den Myokardinfarkttoten findet man in Wien die höchste Rate. Von zerebrovaskulären Erkrankungen sind vor allem ältere Menschen betroffen, wobei hier die Sterberate bei den Männern höher ist als bei den Frauen. Generell zeigt sich für die Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen eine rückläufige Tendenz, wobei jedoch ein Ost-West-Gefälle zu berücksichtigen ist.

Summary

Mortality resulting from cardiovascular illnesses represents the greatest proportion of deaths from all causes among Viennese men (50.9 %). In 1996, 4,157 Viennese men died of cardiovascular disease, with an estimated loss of 18.7 years of life. Of these diseases, 30 to 50 % is represented by coronary heart disease. Below the age of 65, men have a risk of coronary heart disease that is 3 times that of women. Mortality from this disease is significantly higher in Vienna than elsewhere in Austria, particularly among men. The rate of myocardial infarction is also the highest in Vienna compared to the rest of the country. Cerebrovascular illnesses above all affect older individuals and the mortality rate is higher among men than among women. Generally speaking, there is a declining trend in mortality from cardiovascular disease, although the differences between eastern and western Austria should be noted.

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden nach wie vor die bedeutendste Gruppe von Todesursachen. 1996 starben daran 43.751 Personen. Das sind 54,2 % der Sterbefälle (1986 53,7 %). 11 % aller Sterbefälle sind auf die Todesursache „akuter Myokardinfarkt“ zurückzuführen. 8.722 Personen erlitten 1996 einen tödlichen Herzinfarkt (1986 waren es 9.672). Die Sterblichkeit an akutem Herzinfarkt und an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in den letzten 10 Jahren um 21 % zurückgegangen (altersbereinigte Zahlen) (ÖSTAT, 1998) (Tab. 6.1.12).

Tabelle 6.1.12: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Männer nach Bundesländern

Bundesland	Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Todesfälle Männer im Bundesland insgesamt	Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an allen Todesfällen (in %)
Kärnten	1.144	2.536	*45,1*
Tirol	1.115	2.426	*45,9*
Salzburg	901	1.962	*45,9*
Burgenland	699	1.506	*46,4*
Steiermark	2.745	5.821	*47,2*
Oberösterreich	2.760	5.967	*46,3*
Vorarlberg	534	1.160	*46,0*
Niederösterreich	3.802	7.721	*49,2*
Wien	4.157	8.169	*50,9*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Den höchsten Prozentsatz an den Gesamttodesursachen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern findet man in Wien (50,9 %) (bezogen auf die Anzahl der männlichen Verstorbenen im jeweiligen Bundesland) (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen).

Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist seit Mitte der achtziger Jahre rückläufig – bei Männern stärker als bei Frauen. Vor allem die standardisierten Sterbeziffern für die Todesursache Herzinfarkt, die für ein Drittel der Herztodesfälle verantwortlich zeichnet, sind nach steigenden Raten bis 1984 in den nachfolgenden Jahren deutlich gefallen. Insgesamt entsprechen die Raten dieser Krankheitsgruppen zwar dem gesamteuropäischen Durchschnitt, sind aber knapp höher als die Durchschnittszahlen der EU (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ, 1996).

Betrachtet man die Ursachen für den Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern in Österreich, so lassen sich in jeder Kategorie seit 1984 fallende Raten feststellen (Tab. 6.1.13).

Tabelle 6.1.13.: Standardisierte Sterbeziffern nach Ursachen für Männer in Österreich

Todesursache	Gestorbene pro 100.000	
	1984	1996
akuter Myokardinfarkt	166,8	120,2
andere Herzkrankheiten	225,3	214,9
Gehirn- und Subarachnoidalblutung	18,8	17,8
andere Hirngefäßerkrankungen	138,8	76,4
sonstige Kreislauferkrankungen	51,7	29

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird bei Männern, basierend auf Daten der Framingham-Studie, abhängig vom Alter zwischen 6 % (20- bis 29jährige) und 70 % (+80jährige) geschätzt. Bei der Prävalenz der koronaren Herzkrankheit überwiegen mit zunehmendem Alter die Prävalenzraten der Männer (Tab. 6.1.14).

Tabelle 6.1.14: Geschätzte Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Alter	Männer	Frauen
20–29	6	4
30–39	13	9
40–49	29	17
50–59	45	45
60–69	59	56
70–79	70	72
80+	70	79

Quelle: WILSON, 1998

30 bis 50 % aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen betreffen die koronare Herzkrankheit. Bezüglich dieser sind zwischen Männern und Frauen einige Unterschiede festzustellen. So haben Männer unter dem 65. Lebensjahr ein 3,5mal höheres Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, als Frauen (Tab. 6.1.15). Der Mortalitätsunterschied zwischen Männern und Frauen ist insgesamt zu 40 % auf die koronare Herzkrankheit zurückzuführen. Studien konzentrieren sich immer wieder auf die Beziehungen zwischen Risikofaktoren und dem Auftreten einer koronaren Herzkrankheit sowie den Impact auf die Mortalitätsraten, den eine Reduktion dieser Faktoren mit sich bringen könnte. Es sind in erster Linie Fragen des Lebensstils, die die höhere Rate an koronaren Herzkrankheiten bei Männern bedingen. Etwa 80 % der unter 45jährigen Männer, die einen Herzinfarkt haben, sind Raucher, 39 % sind übergewichtig (BMI von 25 und höher), und 27 % der Männer über 16 Jahre trinken mehr als die maximal empfohlene Menge Alkohol pro Woche. Männer setzen sich also verstärkt den für die koronare Herzkrankheit bekannten Risikofaktoren aus (MEN'S HEALTH REVIEW, 1996).

Tabelle 6.1.15: Geschätzte Prävalenz der koronaren Herzkrankheit

Alter	Männer	Frauen
20–29	1,8	3,1
30–39	1,6	3,8
40–49	6,8	5,3
50–59	12,7	7,9
60–69	16	11
70–79	22	13,6
80+	25,6	18,2

Quelle: WILSON, 1998

In den USA wurden für den Zeitraum 1987 bis 1994 die Trends bezüglich Inzidenz und Mortalität der koronaren Herzkrankheit untersucht (ROSAMOND et al., 1998). In den USA wie auch in anderen westlichen Industrieländern, auch in Österreich, ist die Mortalität der koronaren Herzkrankheit rückläufig. Im Zeitraum von 8 Jahren kam es bei Männern zu einem Rückgang um 28 %, bei Frauen um 31 %. Das Ausmaß des Rückganges war für Männer und Frauen sehr ähnlich und in beiden Fällen signifikant. Dieser Rückgang in der Mortalität war begleitet von einem Rückgang der Rate an fatalen Herzinfarkten und in der Hospitalisierungsrate von Reinfarkten. Im Gegensatz dazu war die Spitalsinzidenz bezüglich Herzinfarkten nicht zurückgegangen, sondern sogar etwas angestiegen. Daraus schließt man, daß der Rückgang in der Mortalität vor allem auf die verbesserte Therapie und Sekundärprävention zurückzuführen ist und nicht so sehr auf einen Rückgang in der Inzidenz neuer Infarkte.

Bei Männern ereigneten sich 64 % der Todesfälle an Herzinfarkten außerhalb des Spitals. Die Spitalsinzidenz bei den Männern war etwa doppelt so hoch wie bei Frauen – 4,1/1.000 Personen. Die ARIC-Studie (Atherosclerosis Risk in Community Study) zeigte keinen Rückgang in der Inzidenz der koronaren Herzkrankheit, jedoch wird angenommen, daß verbesserte Primärprävention den Schweregrad der Krankheit im allgemeinen verringert hat und somit auch die Fatalitätsrate (THE ARIC INVESTIGATORS, 1990).

Um die tatsächlichen Ursachen der Mortalitätstrends analysieren zu können, bedarf es Langzeituntersuchungen und Untersuchungen in bezug auf den Schweregrad der Erkrankungen und Änderungen im Bereich der Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit. Die Beobachtung der Gesundheitsstatistiken reicht dazu nicht aus.

In Wien starben 1996 11.061 Personen an Herz-Kreislauf-Krankheiten (4.157 Männer und 6.904 Frauen), das sind mehr als 50 % der gesamten Todesfälle (19.346) (ÖSTAT, 1998) (Tab. 6.1.16).

Die Anzahl der verlorenen Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betrug bei den Männern 18,7 Jahre (1996), mit einem Zuwachs von 2,2 % in den letzten 10 Jahren (ÖSTAT,1998; eigene Berechnungen).

Tabelle 6.1.16: Anzahl der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Wiener Männer nach Alter, 1996

Lebensjahre	Anzahl der Todesfälle
1 bis unter 5 Jahre	1
5 bis unter 15	0
15 bis unter 25	4
25 bis unter 35	25
35 bis unter 45	76
45 bis unter 55	235
55 bis unter 65	444
65 bis unter 75	979
75 bis unter 85	1.301
85 und mehr	1.092
insgesamt	4.157

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die Kategorie Herzkrankheiten (ICD 390–398, 402, 404, 410–429) ist laut jüngsten Berichten des ÖSTAT zur Sterblichkeit in Österreich für etwa 35 % aller Todesfälle verantwortlich bzw. für 67 % aller Sterbefälle infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jährlich sterben etwa 29.000 Menschen an dieser Todesursache. Die Sterblichkeit an Herzkrankheiten ist in Wien signifikant am höchsten, etwa um ein Viertel höher als im Bundesdurchschnitt, bei Wiener Männern ist sie noch ungünstiger (+ 29 %).

In den letzten 10 Jahren ist die Sterblichkeit für beide Geschlechter in Gesamtösterreich um 17 % zurückgegangen, bei den Frauen bereits seit 1969/73, bei den Männern stagnierte die Sterberate in diesem Zeitraum.

Die Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten (ICD 410–414) ist in Österreich für mehr als die Hälfte aller Todesfälle aufgrund von Herzkrankheiten verantwortlich (56 %). Jährlich sterben etwa 16.000 Österreicher an dieser Todesursache, was bedeutet, daß jeder fünfte durch ischämische Herzkrankheiten verstirbt. Die Sterbeziffer ist in Wien am höchsten mit etwa 19 % über dem Bundesmittel. Die Wiener Männer zeigen gegenüber dem Bundesdurchschnitt eine Übersterblichkeit von 23 % (bei Frauen 11 %). In Wien ist in den letzten 20 Jahren die Sterbeziffer um ein Drittel zurückgegangen (ÖSTAT, 1998).

11 % aller Sterbefälle sind auf Myokardinfarkt zurückzuführen. Die altersstandardisierte Sterbeziffer der Männer ist etwa 2,4mal höher als jene der Frauen. In Wien ist das Sterberisiko mit Abstand größer als in anderen Bundesländern, es ist etwa um ein Drittel höher als im Bundesdurchschnitt. Die standardisierte Sterbeziffer ist bei Männern seit 1969 zunächst angestiegen (+ 12 %), ab 1981 ist ein sinkender Trend zu verzeichnen (- 30 %) (ÖSTAT, 1998).

Die höchste Rate an Myokardinfarkttoten findet sich in Wien mit 26,6 % aller Todesfälle, die niedrigste in Vorarlberg mit 2,7 % (Tab. 6.1.17).

Tabelle 6.1.17: An akutem Myokardinfarkt gestorbene Männer nach Bundesland

Bundesland	absolut	Todesfälle der Männer im Bundesland insgesamt	Prozent
Wien	1.258	2.536	*15,4*
Niederösterreich	985	2.426	*12,8*
Oberösterreich	715	1.962	*12*
Steiermark	684	1.506	*12*
Tirol	339	5.821	*14*
Kärnten	254	5.967	*10*
Burgenland	189	1.160	*12,5*
Salzburg	182	7.721	*9,3*
Vorarlberg	128	8.169	*11*
gesamt	4.734	37.268	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die Risikofaktoren Diabetes und ein niedriges HDL-Cholesterin haben bei Frauen einen stärkeren Einfluß auf das Entstehen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, bei Männern wirkt sich das Rauchen negativer aus (WILSON et al., 1998).

Aus der Spitalsentlassungsstatistik für Wien geht hervor, daß 1996 insgesamt 1.920 Männer mit der Diagnose essentielle Hypertonie stationär aufgenommen wurden. 44,9 % davon waren im Alter zwischen 30 bis 59 Jahren. Wie bei allen anderen ausgewählten Diagnosen zeigt sich auch hier, daß in den Altersgruppen der 30- bis 59jährigen und der 60- bis 89jährigen die meisten Aufnahmen sind. So entfallen auf die 30- bis 59jährigen 863 Männer und auf die 60- bis 89jährigen 983 Männer. Mit der Diagnose Arteriosklerose wurden 908 Männer im Alter von 30 bis 59 und 1.794 Männer im Alter von 60 bis 89 Jahren aufgenommen. Die mit Abstand meisten Diagnosestellungen finden sich bei den 30- bis 59jährigen und bei den 60- bis 89jährigen in der Kategorie „andere chronisch ischämische Herzkrankheiten“ (Tab. 6.1.18).

Tabelle 6.1.18: Ausgewählte Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der männlichen Wiener Bevölkerung (Absolutzahlen) (Spitalsentlassungsstatistik, 1996)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	bis 29 Jahre	30 bis 59 Jahre	60 bis 89 Jahre	über 89 Jahre
essentielle Hypertonie	53	863	983	21
akuter Myokardinfarkt	5	449	844	27
and. akute ischäm. Herzkrankheiten	1	84	224	5
alter Myokardinfarkt	2	170	220	1
Angina pectoris	3	447	792	17
and. chron. ischäm. Herzkrankheiten	6	2.454	4.314	73
Herzinsuffizienz	4	212	2.339	235
Verschluß präzerebraler Arterien	2	93	467	12
Verschluß intrazerebraler Arterien	80	224	401	5
zerebrale ischämische Attacke	7	180	847	39
Arteriosklerose	12	908	1.794	30
and. periphere Gefäßerkrankungen	5	63	41	1
arterielle Embolie und Thrombose	4	68	134	3

Quelle: ÖSTAT, 1998

In den westlichen Industrienationen steht die Schlaganfallprävalenz an dritter Stelle hinter der Prävalenz der Herzgefäßerkrankungen und der Krebsfälle. Dies ist auch in der Mortalität der Fall. Insgesamt ist wie bei den kardiovaskulären Erkrankungen auch die Mortalität beim Schlaganfall rückläufig. Von 1969 bis Mitte der achtziger Jahre sank in Österreich die Mortalität um 22,9 % bei den Frauen und 20,5 % bei den Männern. In der Altersgruppe der 40- bis 69jährigen sank die Mortalität an zerebrovaskulären Erkrankungen bei den Frauen um 29,7 % und bei den Männern um 26,2 %. Diese Reduktion war überproportional zur Gesamtmortalität (KUNZE et al., 1988).

Insgesamt starben 1996 43.089 Österreicher an zerebrovaskulären Erkrankungen. Das sind 12,8 % aller Todesfälle. 3.687 davon waren Männer (ÖSTAT, 1998) (Tab. 6.1.19).

Pro Jahr sterben in Österreich etwa 11.000 Personen an zerebrovaskulären Erkrankungen, das sind etwa 13 % der Todesfälle (Männer 10 %, Frauen 16 %); somit zählen zerebrovaskuläre Erkrankungen zu den wichtigsten Todesursachen in Österreich. Ein Großteil der Todesfälle betrifft Personen im höheren Lebensalter. Die Sterberate ist bei Männern etwa um ein Viertel höher als bei Frauen. Gegenüber den Vorperioden (1978/84 und 1988/94) ist die Sterblichkeit für Männer und Frauen etwa gleich (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 6.1.19: An Hirngefäßerkrankungen gestorbene Männer nach Bundesland (1996)

Bundesland	absolut	Todesfälle der Männer insgesamt	in %
Niederösterreich	743	2.536	*9,6*
Steiermark	717	2.426	*12,3*
Wien	611	1.962	*7,5*
Oberösterreich	589	1.506	*9,9*
Kärnten	286	5.821	*11,3*
Tirol	239	5.967	*9,9*
Salzburg	216	1.160	*11*
Burgenland	153	7.721	*10,2*
Vorarlberg	133	8.169	*11,5*
gesamt	3.687	43.089	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die Sterblichkeit hat in allen Bundesländern abgenommen. In den Ballungsgebieten hat die Bevölkerung davon am meisten profitiert.

Geschlechtsspezifisch zeigt sich, daß Männer bei Überleben der Akutphase des Schlaganfalles eine schlechtere Prognose in bezug auf die Mortalität und das Rezidivrisiko haben als Frauen. Trotz der zurückgehenden Inzidenz und den Fortschritten in der Diagnostik und Therapie des Schlaganfalles ist aufgrund der demographischen Entwicklung nicht mit einer wesentlichen Abnahme der Zahl der Schlaganfälle zu rechnen. Vorsorgeuntersuchungen, Behandlung von Risikofaktoren, rechtzeitige Diagnose, Therapie und Rehabilitation können aber, wenn sie konsequent durchgeführt werden, sicherlich zu einer Senkung der Inzidenzzahlen einerseits und einer Besserung der medizinischen und sozialen Folgen des Schlaganfalles andererseits beitragen (BINDER et al., 1990).

Die Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen in Österreich zeigt generell eine rückläufige Tendenz. Diese grundsätzlich positive Entwicklung ist jedoch keinesfalls einheitlich zu sehen, weder in regionaler Hinsicht noch im Hinblick auf die einzelnen Diagnose-Untergruppen, noch im Hinblick auf die beiden Geschlechter. Generell ist ein Ost-West-Gefälle feststellbar, das Sterberisiko ist in Ost-Österreich deutlich höher als in West-Österreich. Weiters ist zu sehen, daß der Trend bei zerebrovaskulären Erkrankungen deutlich günstiger ist als bei ischämischen Herzerkrankungen und daß sich die Sterblichkeitsraten bei Männern ungünstiger entwickeln als bei Frauen.

Im Jahr 2020 werden in den entwickelten Ländern bei den Disability-adjusted Life Years (i.e. die Summe aus verlorenen Lebensjahren und Krankheitsjahren) ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle auf den Plätzen eins und zwei, gefolgt von unipolaren Depressionen auf Rang drei, Krebserkrankungen von Trachea, Bronchien und Lunge auf Platz vier und Straßenverkehrsunfällen auf Platz fünf stehen (WHO, 1998).

6.1.7 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, die Zuckerkrankheit, zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in den Wohlstandsländern. Laut WHO leiden weltweit 135 Millionen Menschen an Diabetes mellitus, und Schätzungen zufolge sollen im Jahr 2025 bereits 300 Millionen Menschen davon betroffen sein (WHO, 1997).

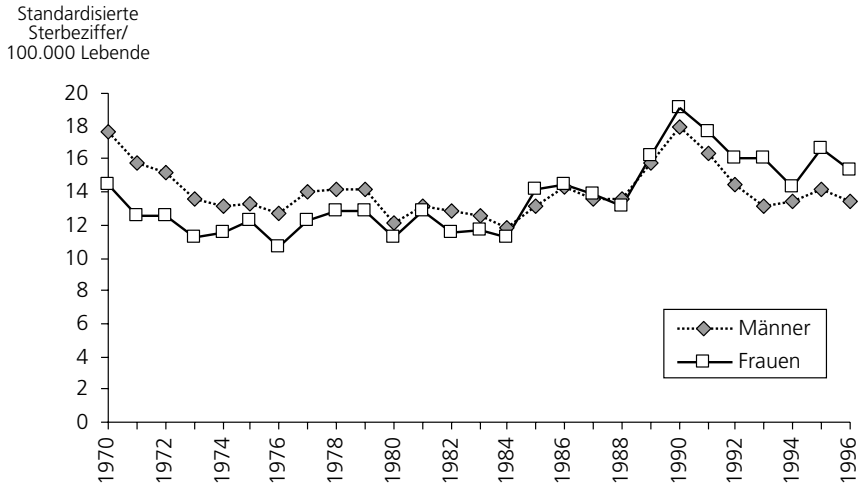
Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselkrankheit, wobei die Blutzuckerkonzentration über 120 mg/dl erreicht wird, bedingt durch einen Insulinmangel. Der Insulinmangel kann unterschiedliche Gründe haben.

Der Typ-I-Diabetes beruht auf einer Störung der Insulinproduktion und tritt bereits im Kindes- und Jugendalter auf. Etwa 15 bis 20 % aller Diabetes-Erkrankungen zählen zu diesem Typ (ELMADFA, 1998). Dieser Typ ist vorwiegend genetisch bedingt.

Der Diabetes Typ II wird hingegen durch multikausale Faktoren hervorgerufen. Begünstigend für die Entwicklung des Typ-II-Diabetes sind Übergewicht, Überernährung und geringe körperliche Aktivität. Ebenso haben genetische Faktoren Einfluß auf die Entstehung dieser Stoffwechselerkrankung, in welcher Dimension, ist allerdings noch Gegenstand zahlreicher Studien. Der Diabetes mellitus vom Typ II tritt verstärkt ab dem 40. Lebensjahr auf (sog. „Altersdiabetes“). Bei diesem Typ wird Insulin zwar produziert, jedoch besteht eine primäre Insulinresistenz. Die verminderte Insulinwirkung wird im Frühstadium kompensiert, und dadurch bleibt dieser Diabetes-Typ oft 5 bis 7 Jahre lang unentdeckt.

Diabetes mellitus nimmt den größten Anteil an der Mortalität an Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ein (Abb. 6.1.4)

Abbildung 6.1.4: Entwicklung der Sterblichkeit an Diabetes mellitus von 1970 bis 1996



Quelle: ÖSTAT, 1998

Diabetes mellitus zählt zu jenen chronischen Krankheiten, deren Spätfolgen zu erhöhter Mortalität führen. Gründe dafür sind die veränderte metabolische Situation und das erhöhte Atherosklerose-risiko. Das Herzinfarktrisiko ist für Diabetiker deutlich erhöht. So tragen männliche Diabetiker ein 4fach höheres Risiko als männliche Nicht-Diabetiker. Weiters haben 50jährige Diabetiker das Herzinfarktrisiko eines 70jährigen Nicht-Diabetikers, dies zeigen Beobachtungen aus der MONICA-Studie. Aber auch die Funktion der Nieren, das Sehvermögen und die Nerven werden beeinträchtigt. Ebenso spricht die WHO vom Diabetes mellitus als Hauptgrund der männlichen Impotenz (WHO, 1997). Derzeitige Schätzungen sprechen von einer 30%igen Prävalenz der männlichen Diabetiker. Während zwischen dem 30. und 34. Lebensjahr etwa 15 % betroffen sind, haben bei den 60jährigen bereits etwa 55 % dieses Problem. Generell treten Erektionsstörungen bei Diabetikern wesentlich früher auf als bei Nicht-Diabetikern. Erektile Dysfunktion ist beim Diabetiker multifaktoriell bedingt. Dazu zählen vaskuläre Störungen, Beeinträchtigung der autonomen Nerven sowie hinzukommende psychische Faktoren.

Über die geschlechtsspezifische Verteilung des Diabetes gibt es für Wien bevölkerungsbezogene Daten im Rahmen einer Befragung aus dem Mikrozensus 1995 und aus der SERMO-Studie des Institutes für Sozialmedizin, die ebenfalls auf das Jahr 1995 Bezug nehmen. Bei der Betrachtung der Zahlen muß eine hohe Dunkelziffer berücksichtigt werden, genauso wie die Tatsache, daß sich der Typ-II-Diabetes erst nach einigen Jahren manifestiert.

Aus dem Mikrozensus von 1995 geht hervor, daß 1,7 % der Wiener Männer und 1,9 % der Wiener Frauen an Diabetes mellitus leiden (ÖSTAT, 1998). Die SERMO-Studie berichtet von 2,3 % der Wiener Männer, die an Diabetes mellitus leiden. Geht man nun von den Schätzungen der WHO aus, die von einer Zunahme der Diabetes-Erkrankungen von 45 % bis ins Jahr 2025 spricht, dann sind zu diesem Zeitpunkt etwa über 25.000 Männer in Wien davon betroffen (WHO, 1997).

Ein Grund für die geringfügige geschlechtsspezifische Verteilung kann die kürzere Lebenserwartung beim männlichen Geschlecht sein, denn die Prävalenz der Zuckerkrankheit steigt mit dem Lebensalter. Sie liegt bei der Altersklasse der 31- bis 45jährigen bei 1,1 % und erreicht bei den über 61jährigen 10,5 % (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997). Letztendlich sind 45 % der Diabetiker über 70 Jahre alt, und der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe beträgt lediglich ein Drittel der Frauen. Diese Situation spiegelt sich auch in der Todesursachenstatistik wider. Es sterben wesentlich weniger Männer als Frauen an Diabetes mellitus.

Laut Krankenhausentlassungsstatistik wurden 1996 in Wien insgesamt 2.879 männliche Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes behandelt. Davon sind 2.800 Patienten über 20 Jahre alt (ÖSTAT, 1998) (Tab. 6.1.20)

Tabelle 6.1.20: Männliche Patienten in Wien mit Hauptdiagnose Diabetes,1996, nach Alter

Alter	absolut	in %
20–29	74	*2,6*
30–39	176	*6,3*
40–49	351	*12,5*
50–59	709	*25,3*
60–69	629	*22,5*
70–79	546	*19,5*
80–89	287	*10,3*
90 und älter	28	*1,0*
zusammen	2.800	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998

6.1.8 Krebs

Zusammenfassung

In Österreich sind 1996 um 2,2 % mehr Menschen an Krebs erkrankt als im Jahr zuvor. Männer erkranken in Wien, wie auch in Gesamtösterreich, am häufigsten an Prostata-, Lungen- und Kolorektalkarzinom. Die Inzidenz des Prostatakarzinoms zeigt seit 1983 eine kontinuierlich steigende Tendenz, die Sterblichkeit ist seit den achtziger Jahren aber rückläufig. Am häufigsten sind von dieser Krebsart Männer über dem 70. Lebensjahr betroffen, die häufigsten Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser Krankheit findet man bei den 60- bis 70jährigen.

Der Anteil der an Lungenkrebs erkrankten Wiener Männer nimmt seit 1993 kontinuierlich ab. Die Sterblichkeit bei Lungenkrebs liegt in Wien aber für Männer mit 11 % über dem österreichischen Gesamtdurchschnitt. Insgesamt ist in Österreich für Männer das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, etwa fünfmal so hoch wie das für Frauen. Es wird geschätzt, daß 90 % der Lungenkrebsfälle durch Zigarettenabstinenz verhinderbar wären.

Das Risiko, an Darmkrebs zu sterben, ist für Männer ebenfalls erhöht, es ist doppelt so hoch wie das der Frauen. Die Sterberaten liegen für Wiener Männer ebenfalls über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (+ 13 %), die Inzidenzrate ist seit 1994 angestiegen.

Der Anteil der Krebstodesfälle aufgrund von Krebs der Harnorgane beträgt für Männer in Österreich 7 %. Wien liegt als einziges Bundesland mit einer Übersterblichkeit bei Männern von + 11 % deutlich über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt, das Risiko, an Blasenkrebs zu sterben, ist für Männer etwa dreimal so hoch wie für Frauen. Etwa zwei Drittel aller Fälle betreffen über 65jährige, Zigarrettenraucher haben ein etwa zwei- bis dreifach höheres Risiko, zu erkranken, als Nichtraucher.

Summary

In Austria there were 2.2 % more cancer cases in 1996 than in the year before. The most frequent cancers in males are prostate, lung and colorectal carcinomas. While the incidence of carcinoma of the prostate has been rising in almost linear fashion since 1983, mortality has been declining since the 1980's. Men over the age of 70 are most often afflicted by prostate cancer. Those most often hospitalized by the illness are found among 60 to 70-year-olds.

The proportion of Viennese men with lung cancer has been declining steadily since 1993. Lung cancer mortality in Viennese males is 11 % higher than the Austrian average. Overall, the risk of dying of lung cancer in Austria is about 5 times as high for men as for women. It is estimated that 90 % of lung cancer cases could be prevented by smoking cessation.

The risk for men of dying of colon cancer is twice that for women. Colon cancer mortality rates for Viennese males are also above the Austrian average (13 % higher), and the incidence rate has increased since 1994. The proportion of males dying of cancer of the urinary tract is 7 % in Austria. Vienna is the only Austrian province in which the proportion lies well over the Austrian average, i.e, 11 % higher. The risk of dying of bladder cancer is about 3 times as high for men as for women. Approximately two thirds of all cases are persons over 65. The risk for cigarette smokers of developing bladder cancer is 2 to 3 times that of non-smokers.

The incidence of stomach cancer has declined continuously among Viennese men since 1990, but the risk of dying of stomach cancer is twice as high for men as for women.

Die Krebsinzidenz für Magenkrebs hat bei den Wiener Männern seit 1990 kontinuierlich abgenommen, für Männer ist das Sterberisiko doppelt so hoch wie für Frauen.

Hodenkrebs kommt, verglichen mit anderen Tumorarten, nicht sehr häufig vor und betrifft v.a. sehr junge Männer.

In comparison with other tumor types, the incidence of testicular cancer is not very high. This cancer mainly affects very young men.

Im Jahr 1996 sind in Österreich 34.606 Menschen an Krebs erkrankt, damit gab es um 2,2 % mehr Inzidenzfälle als im Vorjahr. Männer erkrankten dabei am häufigsten an Prostatakrebs, die Frauen an Brustkrebs (Tab. 6.1.21). Die altersstandardisierte Brustkrebsrate ist in den letzten 10 Jahren um 23,6 % gestiegen, die Prostatakrebsrate sogar um 72,5 %. Diese Zunahme wird vor allem auf die steigende Zahl der Vorsorgeuntersuchungen bei Brust- und Prostatakrebs zurückgeführt. Die altersstandardisierte Inzidenzrate an Lungenkrebs zeigt bei den Männern einen sinkenden (- 13,6 %), bei den Frauen aber einen steigenden Verlauf (+ 35 %), dennoch ist das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, bei den Männern höher als bei den Frauen. Bei Männern ist die Lunge die zweithäufigste Krebslokalisation, bei Frauen die dritthäufigste.

Einen relativ konstanten Verlauf weist das Dickdarmkarzinom auf, die Neuerkrankungsrate ist bei den Männern höher als bei den Frauen. Das Magenkarzinom weist bei Männern wie bei Frauen einen rückläufigen Trend auf (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 6.1.21: Krebsinzidenzrate der gesamtösterreichischen Bevölkerung nach Lokalisation und Geschlecht*)

Krebslokalisation	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996
Männer							
Prostata	55,6	54,1	61,4	65,5	66,2	78,0	93,3
Lunge	86,3	80,8	83,6	77,2	75,5	71,1	69,8
Kolorektum	58,7	59,5	65,7	65,3	65,2	65,3	67,1
Frauen							
Brustdrüse	75,7	73,0	82,7	78,1	83,5	84,9	90,2
Kolorektum	41,5	41,5	44,2	41,8	40,7	39,2	38,5
Lunge	41,5	41,5	44,2	41,8	40,7	39,2	38,5

Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only- Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

Krebs ist vorrangig eine Erkrankung der älteren Bevölkerung. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, verdoppelt sich nach dem 25. Lebensjahr alle fünf Jahre. Mehr als die Hälfte der Krebsfälle, vor allem Brustkrebs, Lungenkrebs und Prostatakrebs, betreffen Personen nach dem 65. Lebensjahr. 60 % der Krebsmortalität fallen in diesem Lebensalter an (FRANK-STROMBORG, 1988; GIVEN et al., 1989; YANCIK et al., 1989; KENNEDY, 1991).

Die altersstandardisierte Inzidenzrate bei den Wiener Männern betrug 1996 435/100.000 (ÖSTAT, 1998). Seit 1986 war eine Zunahme beim Prostatakarzinom, Pankreaskarzinom, Lippen-, Mundhöhlen- und Rachenkarzinom sowie beim Leberkarzinom zu verzeichnen. Die Abnahme beim Lungenkarzinom folgt dem gesamtösterreichischen Trend (Tab. 6.1.22) (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 6.1.22: Krebsinzidenzrate der Wiener Männer nach Lokalisation, 1996*)

Krebslokalisation	1996	Veränderung seit 1986
Prostata	84,3	*+28,4*
Lunge	73,7	*-17,7*
Kolorektum	68,5	*-4,3*
Harnblase	33,5	*-2,3*
Magen	20,5	*-9,5*
Bauchspeicheldrüse	18,2	*+1*
Niere	17,6	*0*
Lippe, Mundhöhle, Rachen	17,2	*+0,9*
Leber	16,7	*+0,7*
bösartiges Melanom der Haut	9,5	*-0,4*

Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung 1996 (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

6.1.8.1 Prostatakarzinom

Zusammenfassung

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor bei Männern. Es ist anzunehmen, daß das Prostatakarzinom aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Zukunft einen noch wesentlich stärkeren Einfluß auf die Gesundheit der männlichen Bevölkerung haben wird. In Wien zeigt die Inzidenz des Prostatakarzinoms aufgrund häufigerer Prostatauntersuchungen seit 1983 eine etwa 40prozentige Steigerung. Die Sterblichkeitsraten sind jedoch rückläufig. Das mittlere Sterbealter liegt bei 79,2 Jahren, 10 Jahre über dem mittleren Sterbealter anderer Tumorerkrankungen.

Trotzdem wird aufgrund der Häufigkeit des Tumors und der Früherkennungsmöglichkeiten die Empfehlung eines bevölkerungsweiten Screenings für Männer ab dem 50. Lebensjahr diskutiert. Bislang konnte jedoch mit Hilfe von wissenschaftlichen Untersuchungen nicht der Nachweis erbracht werden, daß durch ein Screening die Mortalität gesenkt werden kann.

Summary

Prostate cancer is the most common carcinoma among men. This is expected to influence men´s health much more in the future because of the increasing life expectancy. In Vienna the incidence rates have increased by 40 % since 1983, while mortality rates have been reduced in the last years. The mean age of men dying of prostate cancer is 79.2 years. This is 10 years above the mean age of death secondary to all other cancers. In autopsies about 50 % of eighty-year old men have an asymptomatic prostate cancer.

Nevertheless because of high prevalence rates and available measurement procedures for early detection of this cancer a general population-based prostate cancer screening is discussed for all men above the age of 50 years. No scientific study has shown a reduction in mortality rates due to general prostate cancer screening measures, as was shown for breast cancer screening by mammography.

Am häufigsten kommt das Prostatakarzinom in Europa, Nordamerika (Afroamerikaner haben ein höheres Risiko) und Australien vor. Jährlich werden weltweit etwa 400.000 neue Fälle diagnostiziert. Die Inzidenz steigt signifikant zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr. Am häufigsten sind Männer über dem 70. Lebensjahr vom Prostatakarzinom betroffen (WHO, 1998). Das Lebenszeitrisiko beträgt 42 % für ein latentes Prostatakarzinom, 10 % für ein klinisch auffälliges Prostatakarzinom und 3 % für ein fatales Karzinom (McCONNELL, 1995).

Die Fünf-Jahres-Überlebensraten sind mit 70 bis 90 % sehr hoch. Bei metastasierenden Karzinomen liegen sie bei 20 bis 30 % (WHO, 1997). Das Prostatakarzinom verkürzt die Lebenserwartung der Männer im Durchschnitt um ein Jahr. Im Vergleich verkürzt das Mammakarzinom bei den Frauen die Lebenserwartung um 10 Jahre. Durch die steigende Lebenserwartung ist jedoch damit zu rechnen, daß das Prostatakarzinom ein immer mehr auf die Lebenserwartung Einfluß nehmender Faktor wird.

Die Risikofaktoren für das Prostatakarzinom sind weitgehend unbekannt. Eine positive Familienanamnese und hohe Fettzufuhr haben sich bisher in allen Studien als Risikofaktoren erwiesen. Das relative Risiko ist besonders bei Familienangehörigen ersten Grades mit Prostatakarzinom erhöht und steigt weiter, wenn mehrere Familienangehörige betroffen sind. Bei positiver Familienanamnese ist das Risiko für ein Auftreten des Karzinoms im jüngeren Alter (vor dem 50. Lebensjahr) besonders erhöht. Erkrankte der Vater an einem Prostatakarzinom, erhöht sich das Risiko für den Sohn, vor dem 50. Lebensjahr an einem Prostatakarzinom zu erkranken, um das Dreifache.

Das genetisch erhöhte Risiko zu identifizieren, ist jedoch aus verschiedenen Gründen schwierig. Zum einen werden nur wenige Prostatakarzinome vor dem 50. Lebensjahr diagnostiziert. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt zwischen dem 72. und 75. Lebensjahr. Der Diagnosezeitunterschied zwischen genetisch bedingten Fällen und sporadischen Fällen ist mit 5 bis 10 Jahren relativ kurz. Außerdem werden nur selten Männer zweier Generationen aus einer Familie diagnostiziert, da Väter mit einem Prostatakarzinom oftmals bereits undiagnostiziert an anderen Erkrankungen verstorben sind. Es ist auch unwahrscheinlich, daß nur ein Gen für die Entwicklung eines Prostatakarzinoms verantwortlich ist. Mit einem genetisch erhöhten Prostatakarzinomrisiko ist nicht automatisch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung anderer Tumore verbunden.

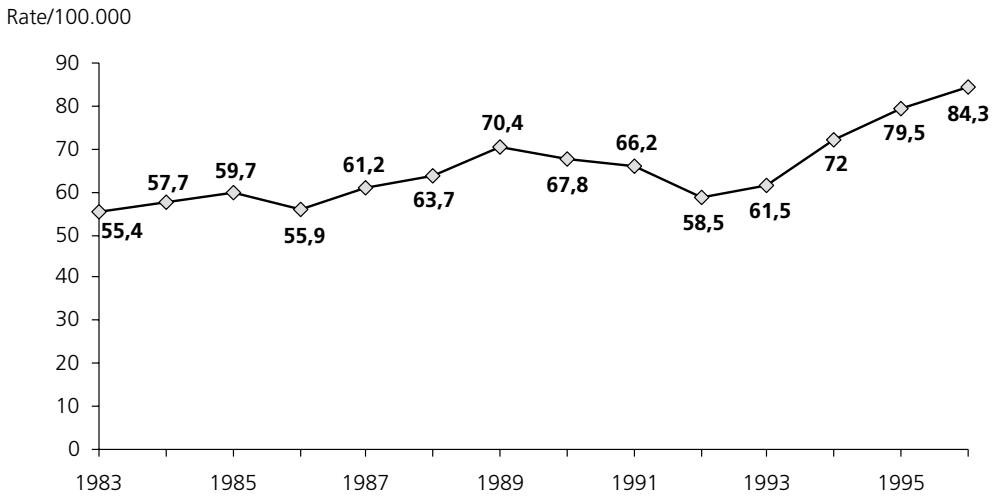
Das Lebenszeitrisiko, unabhängig von genetischen Faktoren, beträgt insgesamt 10–15 % (erhoben in nordamerikanischen Studien). Ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom wird beschrieben für Landwirte, Arbeiter in metallverarbeitenden Betrieben und Mechaniker (VAN DER GULDEN et al., 1992). Jedoch sind die Risikofaktoren auch für diese Bereiche nicht bekannt. Bisher wurden als mögliche Risikofaktoren hoher Fettkonsum, Adipositas, Tabakkonsum, Cadmiumexposition und Vasektomie diskutiert. Hormonelle und sozioökonomische Faktoren werden angenommen.

Retinoide, Carotinoide und geringer Fettkonsum werden mit einem verminderten Risiko verbunden (GRECO et al., 1994). Ein geringeres Risiko findet sich in Asien, einschließlich Japan, ein erhöhtes bei Afroamerikanern (BROTHMAN, 1997). Die international sehr unterschiedlichen Inzidenzraten sind mit Vorsicht zu interpretieren, da diese auch abhängig sind von der medizinischen Versorgung und von vorhandenen Screeningmaßnahmen. Dennoch lassen sich dadurch die um das Hundertfache unterschiedlichen Inzidenzraten zwischen Afroamerikanern und in China lebenden Männern nicht erklären. Genetische und Umweltfaktoren werden für diese Unterschiede verantwortlich gemacht. Migrationsstudien haben gezeigt, daß Männer, die von Niedrigrisikoländern in Hochrisikoländer auswandern, ebenfalls das erhöhte Risiko entwickeln (BROTHMAN, 1997).

Bis 1993 stellte die Lunge die häufigste Tumorlokalisation dar. Seit 1994 ist aber beim Prostatakarzinom aufgrund der vermehrten Untersuchungen eine besonders starke Zunahme zu verzeichnen. Somit steht bei Männern das Prostatakarzinom heute an erster Stelle.

Die Inzidenz für das Prostatakarzinom zeigt seit 1983, bis auf geringe Schwankungen, eine steigende Tendenz. So waren es 1985 55,4 auf 100.000 Einwohner, im Vergleich zu 79,5 im Jahre 1995. Dies entspricht einer Zunahme von 43,5 (Abb. 6.1.5).

Abbildung 6.1.5: Entwicklung der Inzidenz des Prostatakarzinoms bei Wiener Männern zwischen 1983 und 1996*)

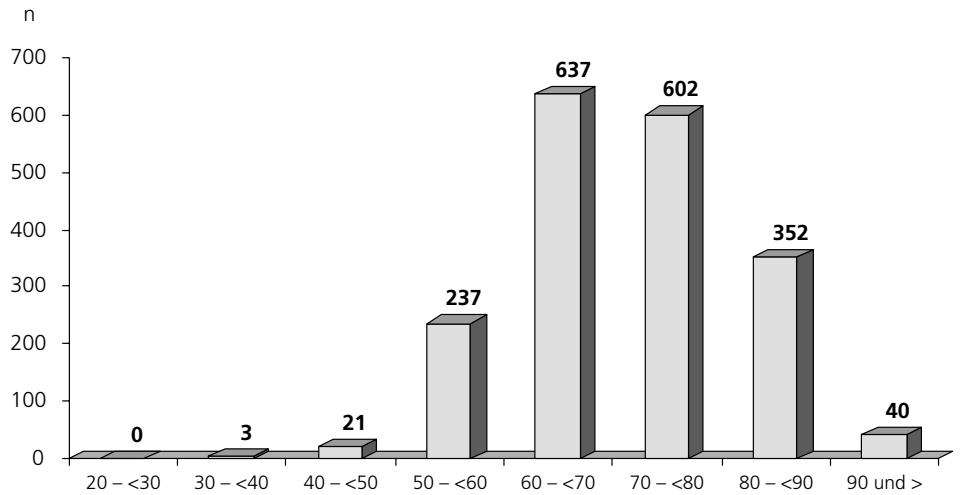


Quelle: ÖSTAT, 1998

* (Angaben in altersstandardisierten Raten auf 100.000 Bevölkerung)

Aus der Krankenhausentlassungsstatistik für Wien geht hervor, daß 1996 in Wien 1.893 Patienten mit der Diagnose Prostatakarzinom stationär behandelt wurden. Dabei sieht man, daß die Gruppe der 60- bis 69jährigen die größte Gruppe vor den 70- bis 79jährigen darstellt (Abb. 6.1.6).

Abbildung 6.1.6: Spitalsentlassungsstatistik 1996 für Wien, maligne Neoplasien der Prostata (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren)



Quelle: ÖSTAT, 1998

1997 starben in Wien 235 Männer an einem Prostatakarzinom (in Österreich 1.184), das entspricht 2,8 % der Gesamtsterblichkeit, in Österreich sind es 3,1 % der Gesamtsterblichkeit.

Das mittlere Sterbealter beim Prostatakarzinom ist um annähernd 10 Jahre höher als bei Krebserkrankungen generell: Beim Prostatakarzinom beträgt das mittlere Sterbealter 79,2 Jahre, bei Krebserkrankungen generell 69,8 Jahre (ÖSTAT, 1998, eigene Berechnungen, 1998).

Die verlorenen Lebensjahre pro Todesfall (berechnet bis zum 75. Lebensjahr) betragen bei der männlichen Wiener Bevölkerung beim Prostatakarzinom 15,6 Jahre. Es ist dies im Vergleich mit allen anderen Todesursachen die geringste Anzahl von Lebensjahren. Bei den Krebserkrankungen generell sind es insgesamt 19,5 verlorene Jahre/Todesfall (ÖSTAT, 1998, eigene Berechnungen).

Die Sterblichkeitsrate der über 60jährigen Männer an Prostatakrebs in Wien ist in den letzten 15 Jahren zwar um 7 % gestiegen, hatte aber in den achtziger Jahren bereits ihren Höhepunkt erreicht und ist in den letzten Jahren wieder rückläufig. Gegenwärtig liegt sie um etwa ein Zehntel unter dem österreichischen Durchschnitt. Im Gegensatz zur sinkenden Sterblichkeit steigt die Häufigkeit des Auftretens. 1995 war die Rate der Neuerkrankungen bei den über 60jährigen um 42 % höher als 12 Jahre zuvor (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT, 1997). Die altersstandardisierten Raten zeigten zwischen 1983 und 1996 einen 52%igen Anstieg (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN, 1998). Die Inzidenzrate liegt trotzdem unter dem österreichischen Gesamtdurchschnitt (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT, 1997). Bei 30 % der Männer über 50 Jahre wird bei der Autopsie ein Prostatakarzinom gefunden, welches symptomlos war. Bei den über 80jährigen steigt dieser Prozentsatz auf 50 %.

Die Früherkennung des Prostatakarzinoms beruht im wesentlichen auf der digitalen rektalen Palpation, zusammen mit der Bestimmung von Prostataspezifischem Antigen (PSA).

Ein generelles PSA-Screening verspricht natürlich, daß die Krankheit in der männlichen Bevölkerung kontrollierbar wird. Es wurden sehr viele kontroverse Diskussionen diesbezüglich geführt, auch in bezug auf den Nutzen eines Screenings bei unter 50jährigen. Derzeit gibt es jedoch keine wissenschaftliche Untersuchung, die gezeigt hätte, daß ein Prostatakarzinom-Screening die Mortalität her-

absetzt oder die Lebenserwartung erhöht (WOLFE et al., 1997), wie dies beim Mammakarzinom durch die Mammographie nachgewiesen wurde. Ein Prostatakarzinom-Screening könnte sogar zu einer Verminderung der gesamten Lebensqualität führen (MILLER, 1995). Bislang liegen keine Daten über die Cost-effectiveness eines PSA-Screenings vor (McCONNELL, 1995). Es gibt Berechnungen aus den USA, wonach ein Screening und die nachfolgenden weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte über 5 % des gesamten Gesundheitsbudgets ausmachen würden (SCHWARTZ, 1993).

Folgende Punkte werden in bezug auf das Prostatakarzinom-Screening diskutiert:

- die Effektivität der Screening-Tests
- der Wert des Screenings
- die Nebenwirkungen der Therapie
- die Effektivität der Therapie
- geringes Wissen über Risikofaktoren, Risikogruppen und Männer mit erhöhtem Risiko (vor dem 50. Lebensjahr)
- Kosten-Nutzen-Frage
- gesteigerte Angst der Männer vor dem Prostatakarzinom aufgrund von Öffentlichkeitskampagnen und das gesteigerte Fordern von Screenings seitens der Männer (nach MEN´S HEALTH FORUM, 1996)

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann eine generelle Empfehlung zum Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung nicht ausgesprochen werden. Statt eines generellen Screenings für Männer zwischen dem 50. und 75. Lebensjahr wird empfohlen, eine individuelle, patientenorientierte Untersuchung zur Früherkennung im Rahmen routinemäßiger urologischer Untersuchungen anzubieten und gegebenenfalls im jährlichen Intervall durchzuführen (HÖLTL, 1998). Bei Patienten mit familiärer Belastung ist bereits ab dem 40. Lebensjahr entsprechend zu reagieren. Die Konsequenzen einer PSA-Bestimmung sind bei erhöhtem Wert konsekutiv Biopsie, eventuell Rebiopsie und bei positivem Punktat die entsprechende Therapie. Es ist auch auf die Morbidität durch die Biopsie hinzuweisen, weiters auf die psychologischen Effekte eines erhöhten PSA-Wertes, auch bei nachfolgender negativer Biopsie (HÖLTL, 1998).

6.1.8.2 Lungenkrebs

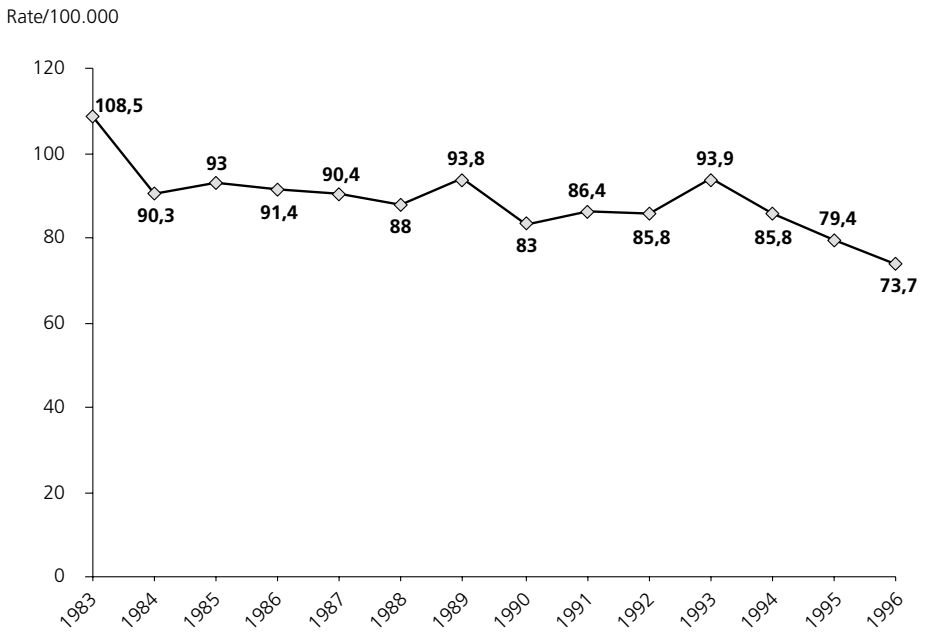
Der Anteil an den Krebstodesfällen aufgrund von Lungenkrebs beträgt etwa 17 %. In Österreich ist die Sterbeziffer aufgrund von Lungenkrebs bei Männern fünfmal höher als die der Frauen. Jährlich sterben etwa 3.200 Männer an Lungenkrebs.

In drei Bundesländern liegen die Sterberaten deutlich über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt, nämlich in Wien insgesamt mit + 18 % (Männer + 11 %), in Kärnten mit insgesamt + 8 % (Männer + 10 %) und in Vorarlberg mit + 11 % bei den Männern.

Gegenüber der Periode 1978/84 hat die Sterblichkeit bundesweit um 6 % abgenommen. Der positive Trend ist ausschließlich auf die Abnahme der Sterblichkeit bei Männern (- 10 %) zurückzuführen (ÖSTAT, 1998).

In Wien hat die Krebsinzidenzrate seit 1993 kontinuierlich abgenommen (Abb. 6.1.7) (ÖSTAT, 1998).

Abbildung 6.1.7: Krebsinzidenzrate für Lungenkrebs bei Wiener Männern*)



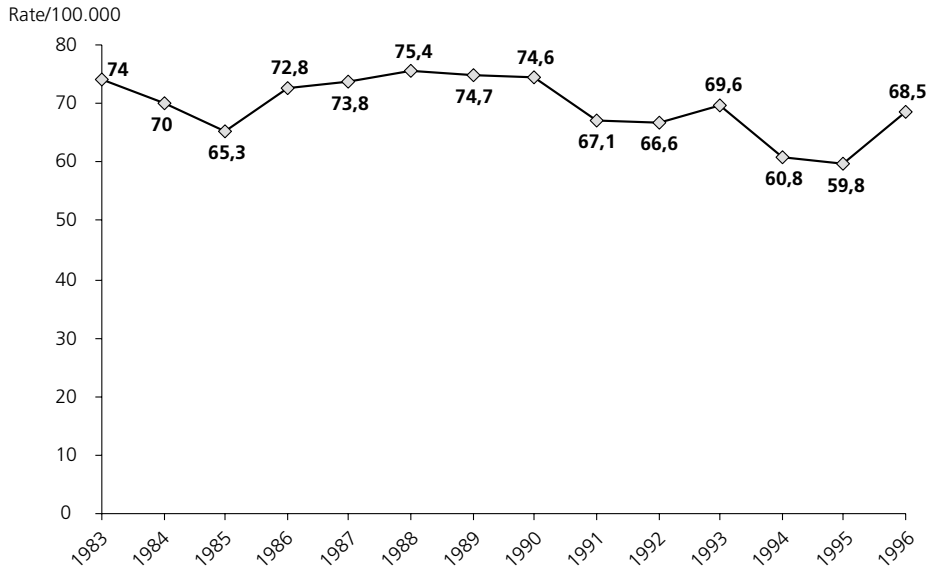
Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

6.1.8.3 Kolorektalkrebs

Pro Jahr sterben in Österreich etwa 2.880 Menschen an Darmkrebs (einschließlich Mastdarmkrebs). Der Anteil an den Krebstodesfällen beträgt 15 % (Männer 14 %, Frauen 15 %). Männer haben dabei ein beinahe doppelt so hohes Risiko, an Darmkrebs zu sterben, als Frauen. In Wien liegt die Sterberate aufgrund von Darmkrebs mit + 15 % (Männer + 13 %, Frauen + 19 %) deutlich über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (ÖSTAT, 1998). Die Krebsinzidenzrate bei Wiener Männern ist im Vergleich zu 1995 um 8,7/100.000 angestiegen (Abb. 6.1.8) (ÖSTAT, 1998).

Abbildung 6.1.8: Krebsinzidenzrate für Kolorektalkrebs bei Wiener Männern*)



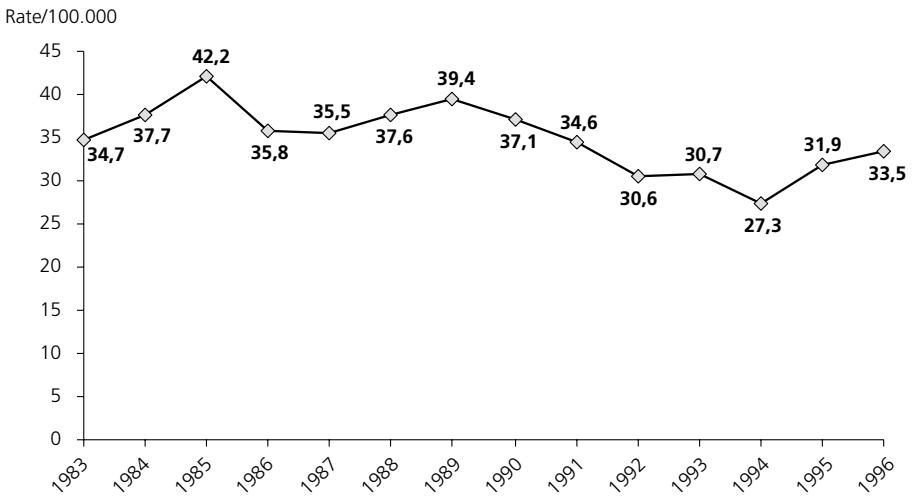
Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet) (ÖSTAT, 1997)

6.1.8.4 Blasenkrebs

In Österreich sterben jährlich etwa 1.100 Menschen an einem Krebs der Harnorgane. Der Anteil an den Krebstodesfällen beträgt etwa 6 % (Männer 7 % und Frauen 5 %). Das Risiko der Männer ist dabei etwa dreimal so hoch, an dieser Krebserkrankung zu sterben, als das der Frauen. Mit einer Übersterblichkeit von 11 % (Männer + 11 %, Frauen + 10 %) liegt Wien als einziges Bundesland deutlich über dem Bundesdurchschnitt (ÖSTAT, 1998). Die Rate der Neuerkrankungen bei Wiener Männern zeigt folgende Abbildung (ÖSTAT, 1998).

Abbildung 6.1.9: Krebsinzidenzrate für Blasenkrebs bei Wiener Männern*)



Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

Blasenkrebs kommt bei Männern 3- bis 4mal so häufig vor wie bei Frauen. Inzidenz- und Prävalenzraten steigen mit dem Alter stark an. Zwei Drittel aller Fälle betreffen über 65jährige. Die Inzidenzraten sind in den USA zwischen 1970 und 1990 um etwa ein Drittel angestiegen. Dieser Anstieg wird vor allem auf die verbesserte Diagnostik im Frühstadium der Erkrankung zurückgeführt. Zusammenhänge mit dem Sozialstatus konnten keine gefunden werden. Die Fünf-Jahres-Überlebensraten betragen über 90 % bei im Frühstadium erkannten Tumoren, 9 % bei metastasierenden Karzinomen. Seit den fünfziger Jahren haben die Überlebensraten um 50 % zugenommen.

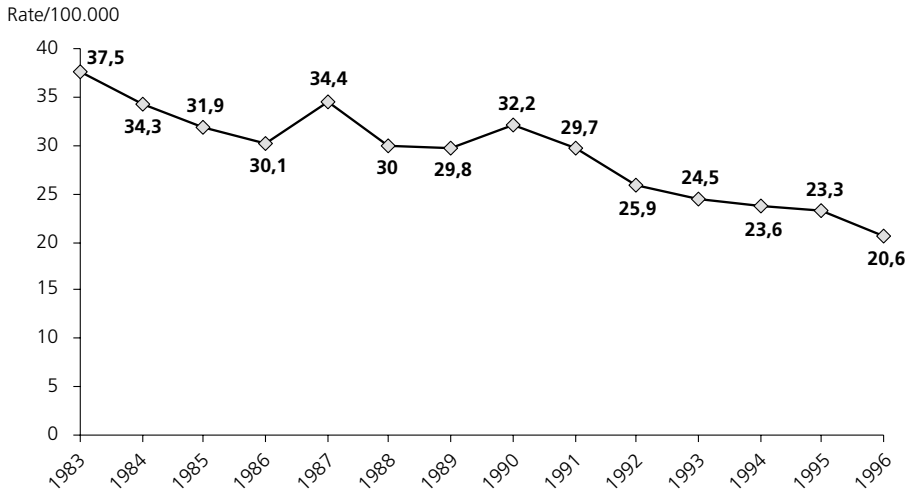
In der Vergangenheit war eine Reihe von Berufen durch ein besonderes Blasenkrebsrisiko gekennzeichnet (z.B. Gummiindustrie, Lederindustrie etc.). Die chemische Belastung am Arbeitsplatz hat sich gewandelt, und heute sind Hochrisikogruppen bei Arbeitern in der Aluminiumindustrie und bei Lastkraftwagenfahrern vorzufinden. Neben der Belastung am Arbeitsplatz stellt das Zigarettenrauchen den wichtigsten Risikofaktor für das Blasenkarzinom dar. Zigarettenraucher haben ein etwa 2- bis 3faches Risiko, an Blasenkrebs zu erkranken, als Nichtraucher. Besonders gefährdet sind Raucher von filterlosen Zigaretten und Raucher, die sehr tief inhalieren. Raucherentwöhnung senkt das erhöhte Risiko um etwa 30 bis 60 %. Es wurde noch eine ganze Reihe anderer Risikofaktoren identifiziert und diskutiert. Dem Zigarettenrauchen werden in den USA an die 50 % der Blasenkrebserkrankungen bei Männern zugeordnet (32 % bei Frauen). Exposition am Arbeitsplatz und Zigarettenrauchen erklären jedoch nur einen Teil des exzessiv erhöhten Risikos für Blasenkrebs bei Männern. Als weitere Ursachen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden noch nicht identifizierte Un-

terschiede von Umweltfaktoren, hormonale und metabolische Unterschiede sowie unterschiedliche Gewohnheiten beim Urinieren diskutiert (SILVERMAN et al., 1996).

6.1.8.5 Magenkrebs

Jährlich sterben etwa 1.800 Menschen in Österreich an Magenkrebs, 69 % davon sind Personen über 65 Jahre (Männer 77 %, Frauen 85 %). Der Anteil der Magenkrebsfälle an den Todesfällen aufgrund von Krebs beträgt 9 % (Männer 10 %, Frauen 9 %). Männer haben ein beinahe doppelt so hohes Risiko, an Magenkrebs zu sterben, als Frauen. Wien liegt dabei im gesamtösterreichischen Durchschnitt der Sterberaten (ÖSTAT, 1998). Die Krebsinzidenz hat bei den Wiener Männern seit 1990 kontinuierlich abgenommen (ÖSTAT, 1998) (Abb. 6.1.6).

Abbildung 6.1.10: Krebsinzidenzrate für Magenkrebs bei Wiener Männern*)



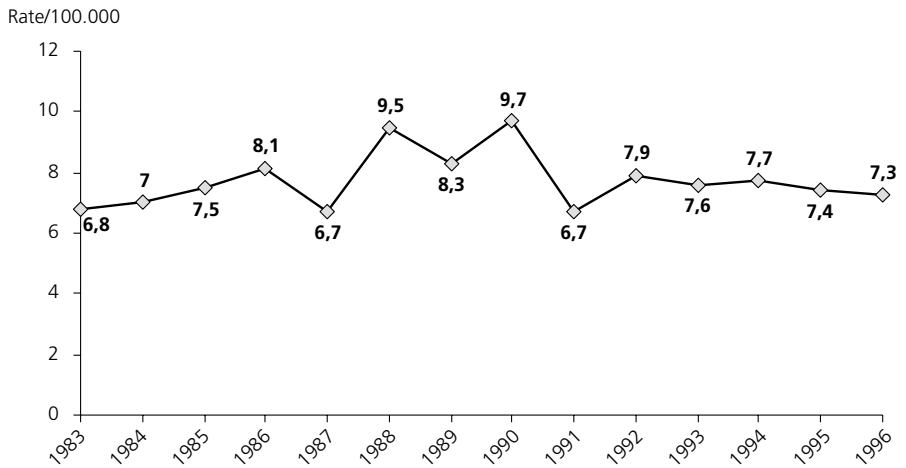
Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

6.1.8.6 Hodenkrebs

Hodenkrebs ist ein nicht sehr häufig vorkommender Tumor, welcher vor allem bei Männern zwischen dem 20. und 44. Lebensjahr diagnostiziert wird. Die altersstandardisierten Inzidenzraten sind weltweit als niedrig anzusehen. Jedoch sind die Inzidenzraten in Nordamerika, Neuseeland, Dänemark und Norwegen um etwa das 4- bis 9fache höher als in Asien. Die altersstandardisierten Inzidenzraten sind in den letzten Jahrzehnten um etwa 50 % angestiegen (SCHOTTENFELD, 1996) (Abb. 6.1.11).

Abbildung 6.1.11: Krebsinzidenzrate für Krebs der männlichen Geschlechtsorgane bei Wiener Männern*)



Quelle: ÖSTAT, 1998

*) altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung (ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut sowie ohne Carcinoma-in-situ-Fälle; inklusive Death-Certificate-only-Fälle; als Standardbevölkerung wurde die European-Standardbevölkerung der WHO verwendet)

In den meisten Studien hat sich herausgestellt, daß ein höherer sozioökonomischer Status mit einer höheren Inzidenzrate einhergeht. In den meisten Studien ist ein mäßig erhöhtes Risiko von 1,5 bis 2,5 bei Männern mit höherer Ausbildung zu finden. Welche Faktoren tatsächlich dieses erhöhte Risiko verursachen, ist unklar, es könnten dabei auch Lebensstilfaktoren eine Rolle spielen. Ein berufsassoziiertes, stärker erhöhtes Risiko zeigte sich bei Männern in der Armee. Die Familienanamnese scheint ebenfalls eine Rolle in der Pathogenese des Hodenkrebses zu spielen. Diskutiert wurde auch ein ursächlicher Zusammenhang der Vasektomie mit dem Auftreten von Hodenkrebs. Dieser Zusammenhang konnte jedoch nicht bestätigt werden (SCHOTTENFELD, 1996).

Erhöhtes Risiko haben Männer mit Kryptorchismus in der Anamnese, wobei dieses Risiko bei weißer Hautfarbe 4- bis 5mal häufiger ist als in der schwarzen Bevölkerung. Andere Faktoren, wie sexuelle Aktivität, Traumen, Mumps, Orchitis und Temperaturunterschiede, konnten nicht als Ursachen identifiziert werden.

Obwohl bei Hodenkrebs eine relativ niedrige Inzidenzrate vorhanden ist, sind vor allem sehr junge Männer betroffen. Die regelmäßige Selbstuntersuchung hilft, den Tumor frühzeitig zu erkennen. Die Fünf-Jahres-Überlebensraten betragen um die 90 %. Die steigenden Inzidenzraten in den letzten Jahrzehnten haben auch zu einem gesteigerten Bewußtsein für diese Erkrankung geführt (MEN´S HEALTH REVIEW, 1996).

6.1.8.7 Prävention

Ansätze für die Primärprävention existieren für einige, jedoch sehr bedeutende Krebserkrankungen. Es wird geschätzt, daß bis zu 90 % der Lungenkrebsfälle durch Zigarettenabstinenz zu verhindern wären, d.h. es besteht ein enormes präventives Potential.

Ein großer Teil der Hautmalignome wäre vermeidbar, wenn die mitteleuropäische Bevölkerung in ihrem Freizeitverhalten mit dem Risikofaktor Sonnenlichtexposition vernünftig umginge (FLATTEN, 1996).

Migrationsstudien demonstrieren eindrücklich, wie bei Populationen je nach Lebensbedingungen unterschiedliche Krebsinzidenzen auftreten. Die hohe Inzidenz des Magenkarzinoms in Japan sinkt bei Emigranten nach Kalifornien im Verlauf weniger Generationen auf das dort übliche Maß ab, während bei diesen Einwanderern das in Japan seltene Kolonkarzinom im gleichen Zeitraum die hohe amerikanische Prävalenzrate erreicht. Die eindrucksvolle weltweite Abnahme des Magenkarzinoms ist ebenfalls ein schlagender Beweis dafür, daß gewisse Karzinome sehr stark durch Umweltfaktoren und insbesondere Ernährung beeinflußt werden können.

Aufgrund dieser und weiterer Beobachtungen postulieren die beiden Epidemiologen DOLL und PETO, daß rund 35 % der Neoplasien durch die Ernährung bedingt und damit potentiell verhütbar wären, wobei je nach Typ des Karzinoms die Schätzungen von 10 bis 70 % reichen (FLATTEN, 1996).

Die sechs Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zur Verminderung des Krebsrisikos (DGE, 1996):

1. Übergewicht vermeiden, Körpergewicht normalisieren.
2. Fettzufuhr unter 30 % der Energie reduzieren, Öle mit einfach ungesättigten Fettsäuren und hohem antioxidativem Gehalt bevorzugen.
3. Ausreichend Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente, mehr Früchte und Gemüse, weniger Fleisch, mehr Fisch. Calciumreiche Lebensmittel.
4. Ballaststoffreiche Lebensmittel bevorzugen.
5. Kochsalzverzehr reduzieren.
6. Alkoholische Getränke mäßig konsumieren oder meiden.

In den Industrieländern könnte nach PETO heute etwa ein Drittel oder sogar mehr der bösartigen Neoplasien eliminiert werden.

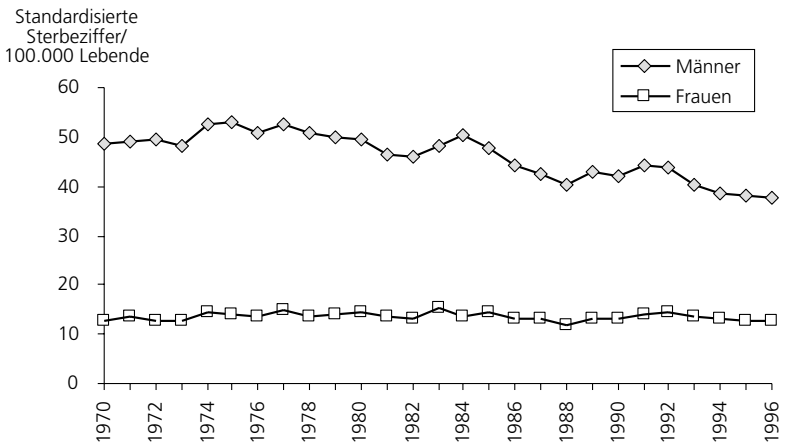
30 % aller bösartigen Tumore wären vermeidbar durch Tabakabstinenz, 3 % durch Alkoholabstinenz, jeweils 1 % durch zu hohe Sonnenlichtexposition, Vermeidung bekannter Arbeitsplatzkarzinogene, bekannter Karzinogene in Nahrung, Wasser und Luft, unnötige und ungewöhnliche Hormongaben sowie Röntgenstrahlen, 2 % durch Vermeidung von Übergewicht und 1 % oder weniger durch Einführung der Hepatitis-B-Impfung (SARACCI, 1997).

Das gesundheitspolitische Ziel einer Verminderung der Todesfälle durch Krebs wurde in den letzten Jahrzehnten in Österreich u.a. durch intensive gesundheitliche Aufklärung verfolgt. Zur Planung dieser Aufklärungsaktivitäten wurden Repräsentativerhebungen über den Informationsstand der Bevölkerung zum Thema Krebs durchgeführt (1978, 1991, 1995), die im Vergleich Veränderungen im Wissensstand und Gesundheitsverhalten der Österreicher zum Thema Krebs aufzeigen. Generell ist eine realitätsbezogenere Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch Krebs festzustellen, die 1995 erstmals der epidemiologischen Situation entspricht. Bei allen Befragungen zeigt sich eine geringere Einschätzung der persönlichen Gefährdung als der Gefährdung für die Gesamtbevölkerung. Männer fühlen sich wesentlich weniger von Krebserkrankungen bedroht als Frauen und ältere Personen (50+ Jahre) (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, 1997).

6.1.9 Chronische Lebererkrankungen und Leberzirrhose

Besonders hoch ist in Österreich im internationalen Vergleich die Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose. Die Tendenz ist bei den Männern in den letzten Jahren fallend, während sich bei den Frauen seit 1970 nur geringfügige Veränderungen zeigen (Abb. 6.1.12). Besonders niedrig ist aber hier das mittlere Sterbealter, das bei Männern bei 60,5 Jahren und bei Frauen bei 65,8 Jahren liegt.

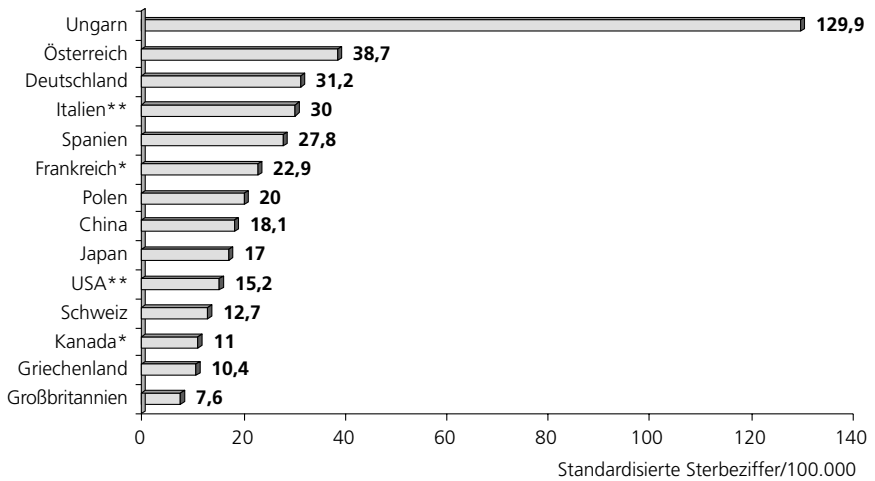
Abbildung 6.1.12: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose von 1970 bis 1996



Quelle: ÖSTAT, 1998

Beim internationalen Vergleich der Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und der Leberzirrhose liegt Ungarn an erster Stelle. Österreich folgt Ungarn bereits bei den Männern. Der Anteil der Mortalität ist in Österreich um 70 % niedriger. In Großbritannien und Griechenland ist der Anteil der Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose am geringsten (Abb. 6.1.13).

Abbildung 6.1.13: Mortalität an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose bei Männern, 1994 in ausgewählten Ländern



*) 1993; **) 1992

Quelle: WHO, 1996

6.1.10 Unfälle als Todesursache

Zusammenfassung

Unfälle tragen wesentlich zur kürzeren Lebenserwartung der Männer bei. Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen machen etwa ein Zehntel aller Krankenstandsfälle aus. Männer haben dabei einen doppelt so großen Anteil wie Frauen. Das mittlere Sterbealter bei KFZ-Unfällen liegt bei den Wiener Männern bei 42,4 Jahren (um 1,5 Jahre niedriger als vor 10 Jahren). Das niedrigste Sterbealter findet sich 1997 bei Unfällen durch Vergiftungen (31,9 Jahre), gefolgt von Unfällen durch Ertrinken (39,9 Jahre). Die Sterblichkeit an KFZ-Unfällen hat sich seit 1981 in Wien gegenüber Gesamtösterreich um 60 % verringert.

Summary

Accidents are among the causes of the lower life expectancy of men. The mean age of death of male accident victimes is 42.4 years. In Vienna mortality from motor vehicle accidents has fallen by 60 % since 1981. The lowest mean age of death is observed for poisoning (31.9 years).

Männer haben ein allgemein höheres Unfallrisiko. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkung stehen an dritter Stelle der Todesursachen. 1997 starben in Wien 849 Personen aufgrund dieser Ursachen, davon 508 Männer (Tab. 6.1.23).

Tabelle 6.1.23: Gesamtzahl der gestorbenen Wiener Männer nach Ursachen, 1997

Unfälle, Vergiftungen, Gewalteinwirkungen	gesamt 508
Verkehrsunfälle ohne PKW (Fahrrad, sonstige)	13
KFZ	42
Vergiftungen (Unfall)	65
Sturz	115
Selbstmord	187
Vorsätzliche Schädigung durch andere Personen	20
Sonstige Unfälle	52

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Im Vergleich zu 1992 ist vor allem bei jüngeren Männern ein Anstieg der Unfälle zu verzeichnen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997). Bei den über 45jährigen Männern nehmen Verletzungen und Vergiftungen die 5. Position bei der Anzahl der Gestorbenen ein. Bei den bis 45jährigen stehen sie an erster Stelle, mit mehr als doppelt so vielen Gestorbenen als bei den Frauen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997). Bis zu den 45jährigen ist bei Männern die Todesursache Unfall 2- bis 3mal häufiger als bei Frauen (Tab. 6.1.24).

Tabelle 6.1.24: Altersverteilung bei Todesursache Unfall (E800–E949) (Angaben in Prozent)

Alter	Männer	Frauen
0–25	*37,6*	*11,4*
25–45	*24,2*	*11,8*
45–65	*2,9*	*1,9*
über 65	*2,1*	*1,7*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Verletzungen verursachen bei Wiener Männern 12,7 % der Krankenstände, bei Frauen trifft dies nur auf 6 % zu (WGKK, 1998).

Die doch sehr große Anzahl der individuellen Unfälle im Privatbereich, welche nach Durchsicht der statistischen Ergebnisse auffällt, läßt die öffentliche gesundheitliche und auch volkswirtschaftliche Bedeutung erkennen.

Es ist nicht nur ein öffentliches Anliegen, präventive Schritte zu setzen, sondern auch ein privates Interesse, ein besseres Bewußtsein zur Verhütung von Heim-, Sport-, Freizeit- und Verkehrsunfällen zu schaffen, einerseits um das persönliche Leid zu verhindern, andererseits und nicht zuletzt, um die damit verbundenen öffentlichen und auch privaten Kosten zu senken.

Unfälle tragen wesentlich zur kürzeren Lebenserwartung der Männer (im Vergleich zu den Frauen) bei.

Das mittlere Sterbealter (Summe der gelebten Personenjahre, dividiert durch die Summe der Anteile Verstorbener aller Altersklassen) beträgt bei Kraftfahrzeugunfällen lediglich 42,4 Jahre und ist seit 1986 sogar um 1,5 Jahre gesunken. Am niedrigsten ist es bei Vergiftungen, wo es im Jahr 1996 bei knapp 32 Jahren lag, gefolgt von Unfällen durch Ertrinken (Tab. 6.1.25).

Tabelle 6.1.25: Mittleres Sterbealter der Wiener Männer in Jahren

Todesursachen ICD, 9. Revision	Mittleres Sterbealter in Jahren		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Kraftfahrzeugunfälle (E810–E825)	43,9	42,4	*-3,4*
Unfälle durch Vergiftungen (E850–E869)	44,2	31,9	*-27,8*
Unfälle durch Sturz (E880–E888)	63,1	66,7	*+5,7*
Unfälle durch Feuer und Flammen (E890–E899)	46,3	55,0	*+18,8*
Unfälle durch Ertrinken und Untergehen (E910)	31,4	39,9	*+27,1*
Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen (E960-–E969)	43,8	45,4	*+3,7*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Die verlorenen Lebensjahre sind eine Maßzahl zur Charakterisierung von Einflüssen bestimmter Todesursachen auf die Lebenserwartung. Man geht von der Zahl der Sterbefälle in einem bestimmten Alter und der altersspezifischen Lebenserwartung aus. Das Produkt dieser Parameter ergibt die Anzahl der Jahre, die theoretisch noch hätten gelebt werden können, wäre die Ursache für das vorzeitige Ableben (z.B. durch Unfall) nicht eingetreten.

Pro Todesfall kam es 1996 in Wien bei den Männern zu einem Verlust von 51,3 Jahren bei Unfällen durch Vergiftungen und von 39,3 Jahren bei KFZ-Unfällen. Seit 1986 kam es außer bei den Todesfällen durch Vergiftung und Mord zu einer Abnahme der verlorenen Lebensjahre bei den Unfällen

durch Suizid, Sturz, Feuer und Flammen, Ertrinken und Untergehen, nicht zuletzt auch bei den KFZ - Unfällen (Tab. 6.1.26).

Tabelle 6.1.26: Verlorene Lebensjahre pro Todesfall der Männer in Wien

Todesursachen ICD, 9. Revision	Verlorene Lebensjahre (Alter 1–75) Jahre/Todesfall		
	1986	1996	Änderung 1986–1996 in %
Kraftfahrzeugunfälle (E810–E825)	39,9	39,3	-1,5
Unfälle durch Vergiftungen (E850–E869)	44,2	51,3	16,1
Unfälle durch Sturz (E880–E888)	30,3	29,5	-2,6
Unfälle durch Feuer und Flammen (E890–E899)	39,3	24,1	-38,7
Unfälle durch Ertrinken und Untergehen (E910)	45,4	32,6	-28,2
Selbstmord und Selbstschädigung (E950–E959)	37,7	34,9	-7,4
Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen (E960–E969)	37,8	38,6	2,1

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Die Sterblichkeit bei KFZ-Unfällen hat sich bei Männern im Vergleich zu Gesamtösterreich seit 1981 um 60 % verringert und ist damit um ein Fünftel (22 %) niedriger als im Gesamtvergleich zu Österreich. 1998 hat Wien den Tiefstand an Verkehrsunfällen und Todesopfern aufgrund von Verkehrsunfällen erreicht. Wien scheint in dieser Hinsicht die „sicherste Stadt" zu sein. Das Risiko für exogene Todesursachen steigt mit zunehmendem Alter an und ist für betagte Menschen größer als für Jugendliche und jüngere Erwachsene.

Exogene Todesursachen sind heute für 3,1 % aller männlichen Sterbefälle in Wien bei über 60jährigen verantwortlich.

Männer über 60 sind deutlich mehr als Frauen gefährdet, durch einen Sturz zu sterben; die Rate sinkt gegenüber 1981 jedoch auch um die Hälfte, was dem österreichischen Trend entspricht (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997).

Im folgenden sind die häufigsten Frakturen/Verletzungen in Anlehnung an die Wiener Spitalsentlastungsstatistik dargestellt (Tab. 6.1.27).

Tabelle 6.1.27: Verletzungen der Wiener Männer, 1996

Art der Verletzung	bis 9	10–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90–
Fract. Gesichtsschädel	9	88	139	97	56	27	17	13	10	3
Fract. Radius/Ulna	90	120	57	80	68	80	34	22	18	4
Fract. Femurhals	5	5	9	31	63	88	97	184	280	53
Fract. Tibia/Fibula	21	109	95	153	125	115	59	22	13	1
Fract. Knöchel	0	50	103	102	98	113	65	31	10	1
Luxation Schulter	0	11	59	28	17	36	8	4	6	1
Luxation Knie	0	37	99	105	58	51	15	8	3	0
Verstauchung Knie	3	84	313	265	115	85	39	11	6	0
Verstauchung Fuß	0	75	133	83	42	26	16	5	5	1
Commotio Cerebri	321	249	268	269	196	202	115	108	64	15

Quelle: ÖSTAT, 1998

Erwartungsgemäß stehen bei jüngeren Männern Sehnen-, Band- und Muskelverletzungen im Sinne einer Sportverletzung im Vordergrund, weiters Kombinationsverletzungen durch Verkehrs- und Arbeitsunfälle. Bei älteren Männern kommen osteoporotische Frakturen, wie Oberschenkelfrakturen, gehäuft vor (504 Fälle bei +60jährigen).

6.1.10.1 Selbstmord als Todesursache

Der Tod durch Suizid steht oft am Ende eines langen Leidenswegs der Betroffenen. Die Hälfte der Suizide werden von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgenommen. Zu den Risikogruppen für Suizidhandlungen gehören Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige, depressive, alte und vereinsamte Menschen und Menschen, die den Suizid ankündigen.

1997 starben in Wien 292 Menschen durch eigene Hand, davon waren zwei Drittel Männer (Tab. 6.1.28). Im selben Jahr versuchten 270 Frauen und 265 Männer, sich das Leben zu nehmen, die Dunkelziffer bei Suizidversuchen wird aber wesentlich höher geschätzt (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

Tabelle 6.1.28: Suizid und Suizidversuch, Wien 1991 bis 1997

Jahr	Selbstmorde			Selbstmordversuche		
	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

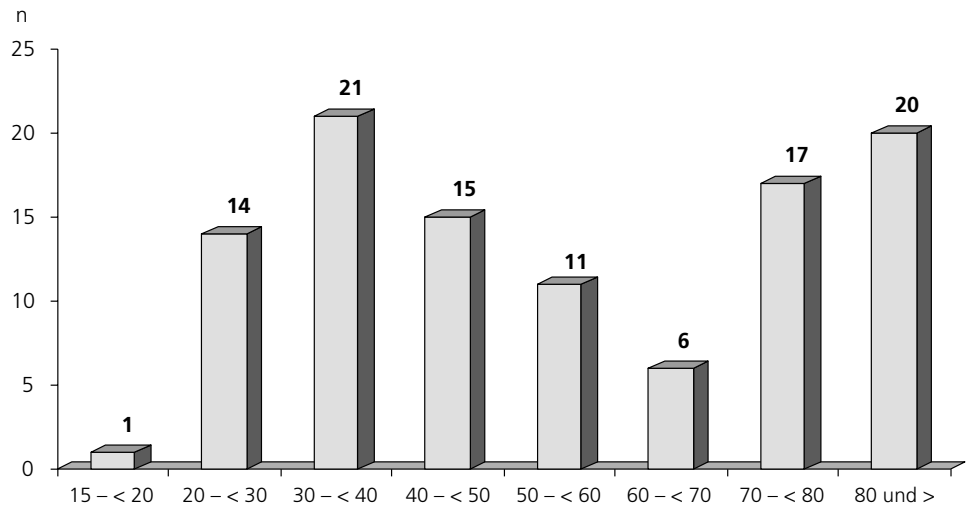
Quelle: Gesundheitsbericht für Wien,1997

Die WHO schätzt, daß die Prävalenz der nicht gelungenen Selbstmordversuche 10- bis 20mal höher ist als die der vollendeten Selbstmordversuche. Dreimal mehr Frauen versuchen sich das Leben zu nehmen, während bei dreimal mehr Männern als Frauen dieser Versuch gelingt (WHO, 1998).

In Gesamtösterreich nahmen sich 1996 1.336 Männer (3,6 % aller gestorbenen Männer) und 443 Frauen (1 % aller gestorbenen Frauen) das Leben (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen).

Am häufigsten nehmen sich Menschen in der Altersgruppe der 30- bis 40jährigen und der über 80jährigen das Leben (Abb. 6.1.14) .

Abbildung 6.1.14: Suizide nach Alter, Wien 1997



Quelle: Gesundheitsbericht für Wien, 1997

Suizidversuche werden von Männern wie Frauen am häufigsten durch Vergiftungen ausgeführt, zu Tode kommen Männer am häufigsten durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken, Frauen durch Vergiftungen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

Die Zahl der Suizidfälle steigt seit 1970 vor allem bei jungen Männern an. Die steigende Anzahl von jungen Männern, die unverheiratet bleiben oder geschieden werden, erklärt etwa 50 % des Anstiegs der Suizide zwischen 1970 und 1980. Diese Altersgruppe der Männer war von einer hohen Arbeitslosenrate, einer steigenden Rate an Alkohol- und Drogenmißbrauch, von Kontakt mit bewaffneten Auseinandersetzungen und dem HIV-Virus betroffen. Ob diese Faktoren einen Anstieg der Suizidrate erklären, ist noch nicht restlos untersucht. Die Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid ist ebenfalls noch nicht vollständig geklärt, es wird aber eine indirekte Verbindung über Faktoren wie psychologische Vulnerabilität oder andere Probleme, die aus Arbeitslosigkeit resultieren, angenommen.

Da Singles und Geschiedene eine höhere Suizidrate aufweisen als verheiratete Männer, scheint das „Verheiratetsein" eine gewisse Schutzfunktion in bezug auf Suizid zu haben. Allerdings wird auch diskutiert, ob nicht Männer, die zu einem Suizid neigen, eher unverheiratet bleiben oder eher geschieden werden als die übrigen Männer.

Eine weitere Risikogruppe für Suizid stellen Drogenabhängige dar. Unter ihnen ist die Suizidrate 20mal so hoch wie in der übrigen Bevölkerung.

Ebenso verstärkt gefährdet sind Menschen mit Schizophrenie, affektiven Psychosen, HIV-Positive und Gefangene (MEN'S HEALTH REVIEW).

VII.
ARBEIT UND GESUNDHEIT

WORK AND HEALTH

VII. ARBEIT UND GESUNDHEIT **129–134**

7.1 URSACHEN VON KRANKENSTÄNDEN IN DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG 131
7.2 BERUFSKRANKHEITEN 132
7.3 INVALIDITÄT 134

7 ARBEIT UND GESUNDHEIT

Zusammenfassung

Die männlichen Erwerbstätigen Wiens gehen seltener als Frauen in den Krankenstand. Die häufigsten Ursachen für Krankenstände sind Krankheiten der oberen Luftwege und Atmungsorgane, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, gefolgt von Arbeitsunfällen, Sportunfällen und Vergiftungen. 1997 wurden in Österreich 1.372 Berufskrankheiten von der österreichischen Sozialversicherung anerkannt. Männer sind (mit 71,43 %) öfter davon betroffen als Frauen. Sie erleiden Krankheiten im Beruf durch physikalische Einwirkungen (50 %), und zwar vor allem Schwerhörigkeit, gefolgt von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge. Hier ist die häufigste Erkrankung der Männer das Asthma bronchiale. Die Hauterkrankungen gehören zu den dritthäufigsten Berufserkrankungen in Österreich. Männer sind davon weniger häufig betroffen, was u.a. mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl zu tun hat.

57,3 % der Invalidenpensionen gehen an Männer. Mehr als ein Drittel aller Invaliditätspensionen und vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit sind auf Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zurückzuführen. Auffallend ist die Tatsache, daß mehr Männer aufgrund von psychischen Krankheiten eine Invaliditätspension erhalten als Frauen (Verhältnis ca. 60 : 40), während mehr Frauen aufgrund von psychischen Krankheiten in den Krankenstand gehen.

Summary

Viennese working men take fewer sick days than do women. The most frequent reasons for sick leave are illnesses of the upper respiratory tract and respiratory system generally, musculoskeletal and connective tissue diseases, followed by accidents at work and sport, and poisoning. In 1997 the Austrian social insurance system recognized 1,372 work illnesses, which more frequently affect men (71.4 %) than women. Physical influences cause 50 % of the illnesses contracted at work, above all hearing loss, followed by diseases of the airways and the lung, the most frequent of which is bronchial asthma. Dermatological diseases are the third most frequent industrial illness in Austria. Men are less affected by skin diseases than are women, which is due, among other things, to the sex-specific choice of occupation.

Men take 57.3 % of disability pensions. More than a third of all disability pensions and of early retirement because of impaired ability to work are due to illnesses of the skeleton, muscles, and connective tissue. It is striking that more men than women get disability pensions based on psychological illness (ratio of 60 : 40), whereas more women than men take sick leave for psychological reasons.

7.1 Ursachen von Krankenständen in der männlichen Bevölkerung

1997 hat die Krankenstandshäufigkeit den niedrigsten Wert seit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erreicht (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1998). 1997 waren in Wien die männlichen Erwerbstätigen 390.380mal und die weiblichen Erwerbstätigen 393.455mal im Krankenstand (WGKK, 1998). Somit gehen erwerbstätige

Männer seltener als Frauen in den Krankenstand. Die Dauer des Krankenstandes ist mit 13,96 Tagen im Durchschnitt geringfügig länger als die der Frauen mit 13,01 Tagen (WGKK, 1998).

Allgemein erfolgen die meisten Krankenstandsfälle bei Männern und Frauen aufgrund von Krankheiten der oberen Luftwege und Atmungsorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (WGKK, 1998). Bei Männern sind es hierbei zu 40,63 % Krankheiten der oberen Luftwege und Atmungsorgane und zu 16,78 % Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, die zur Inanspruchnahme eines Krankenstandes führen. Die restlichen Ursachen für Krankenstände verteilen sich auf mehrere Krankheiten (Tab. 7.1.1.)

Tabelle 7.1.1: Krankenstandsursachen 1997 der Wiener Männer (Angaben in Prozent)

Erkrankung	in %
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane	*40,60*
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	*16,78*
Verletzungen, Vergiftungen, Suizide	*12,7*
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen	*8,82*
Erkrankungen des Verdauungstrakts	*6,14*
Symptome und schlecht bez. Affektionen	*3,35*
Herz- und Gefäßerkrankungen	*2,94*
Krankheiten der Sinnesorgane	*1,62*
Psychische Krankheiten	*1,46*
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	*1,44*
Urogenitale Erkrankungen	*1,19*
Krankheiten des Nervensystems	*1,31*
Gutartige und bösartige Neubildung	*0,82*
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	*0,72*
Krankheiten des Blutes	*0,06*
kongenitale Mißbildungen	*0,06*

Quelle: WGKK, 1998

Arbeitsunfälle, Sportunfälle und Vergiftungen dominieren bei Männern. Sie sind davon doppelt so häufig betroffen wie Frauen (12,66 % bei Männern und 6,02 % bei Frauen). Dies dürfte sowohl mit den Arbeitsbedingungen als auch mit der erhöhten Risikobereitschaft der Männer im Zusammenhang stehen.

7.2 Berufskrankheiten

Zu Berufskrankheiten zählen Krankheiten, die durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

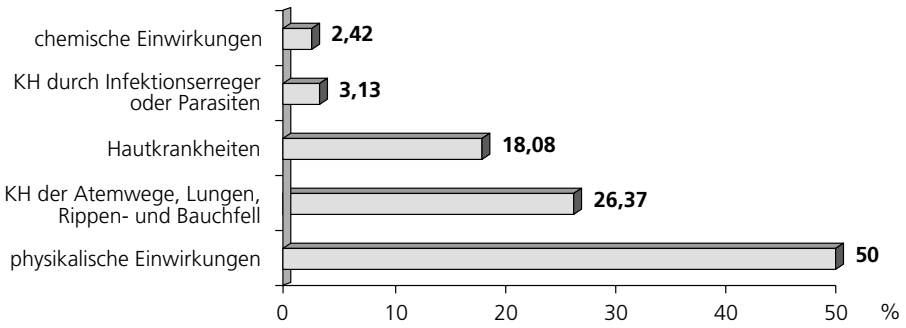
1997 wurden in Österreich 1.372 Berufskrankheiten von der österreichischen Sozialversicherung anerkannt (ÖSTAT, 1998). Davon waren 11 mit tödlichem Ausgang. Sieben Menschen starben an den Folgen der bösartigen Neubildungen der Lunge, des Bauchfelles und des Rippenfelles durch Asbest.

Männliche Erwerbstätige sind überwiegend häufiger (zu 71,43 %) als Frauen von Berufskrankheiten betroffen.

1997 waren 990 Männer und 406 Frauen gezwungen, ihre berufliche Tätigkeit aufgrund einer Berufserkrankung aufzugeben (ÖSTAT, 1998).

Bei Männern dominieren Erkrankungen, bedingt durch physikalische Einwirkungen, gefolgt von Erkrankungen der Atemwege, der Lungen, des Rippenfelles und des Bauchfelles sowie Hauterkrankungen (Abb. 7.2.1, Tab. 7.2.1, Tab. 7.2.2) (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen).

Abbildung 7.2.1: Die häufigsten Berufserkrankungen bei Männern (Angaben in Prozent)



Quelle: ÖSTAT, 1998

Es zeigt sich, daß Schwerhörigkeit, verursacht durch Lärm, die häufigste Berufskrankheit bei Männern ist. Bei 47,37 % der Männer, die aufgrund einer Berufserkrankung ihre berufliche Tätigkeit aufgeben mußten, war dies der Fall (ÖSTAT, 1998). Die Bedeutung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb hinsichtlich Lärmreduzierung sind angesichts dieser Zahlen nicht zu übersehen.

Tabelle 7.2.1: Krankheiten durch physikalische Einwirkungen

Erkrankungen	Erkrankte Männer	in %
Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	1	*0,2*
Erkrankungen durch Erschütterung bei der Arbeit mit Preßluftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen sowie Arbeit an Klopfmaschinen	10	*2,02*
chronische Erkrankung der Schleimbeutel der Knie- oder Ellenbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung	9	*1,82*
Meniskusschäden bei Bergleuten nach mind. dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mind. dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung	6	*1,21*
durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit	469	*94,75*
insgesamt	495	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Tabelle 7.2.2: Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und des Bauchfells

Erkrankungen	erkrankte Männer	in %
Staublungenerkrankungen mit Leistungsminderung von Atmung und Kreislauf	33	*12,64*
Staublungenerkrankungen in Verbindung mit aktiv fortschreitender Lungentuberkulose	7	*2,68*
Asbeststaublungenerkrankungen mit Leistungsminderung von Atmung und Kreislauf	8	*3,07*
bösartige Neubildungen der Lunge, des Bauchfells und des Rippenfells durch Asbest	16	*6,13*
durch allergenisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale	88	*33,72*
Erkrankungen an Lungenfibrose durch Hartmetallstaub	2	*0,77*
durch chemisch irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge mit Leistungsminderung von Atmung und Kreislauf	50	*19,16*
exogen allergische Alveolitis mit Funktionsverlust der Lunge	42	*16,09*
insgesamt	261	*100*

Quelle: ÖSTAT, 1998

Bei Frauen hingegen dominieren Hauterkrankungen mit 57,64 % bei Berufskrankheiten (ÖSTAT, 1998). Diese geschlechtsspezifische Verteilung steht in Zusammenhang mit der unterschiedlichen Berufswahl bei Männern und Frauen. So sind Friseure besonders von Hauterkrankungen betroffen, und hier sind vor allem Frauen tätig.

7.3 Invalidität

Erkrankungen, die zu geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. zur Erwerbsunfähigkeit führen, machen ein Fünftel aller Pensionen aus. Im Dezember 1997 haben die österreichischen Pensionsversicherungsträger 385.850 Invaliditätspensionen ausbezahlt. Davon entfielen 57,3 %, das sind 221.234 Pensionen, an Männer. 41.603 Anträge auf Pensionen und 14.398 Pensionsneuzuerkennungen aufgrund von Invalidität wurden 1997 gestellt (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1998).

Mehr als ein Drittel aller Invaliditätspensionen und vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit sind auf Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zurückzuführen. Weitere häufige Invalidisierungsursachen sind Herzkrankheiten, psychische Krankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane.

Auffallend ist die Tatsache, daß mehr Männer aufgrund von psychischen Krankheiten eine Invaliditätspension erhalten als Frauen (Verhältnis ca. 60 : 40), während mehr Frauen aufgrund von psychischen Krankheiten in den Krankenstand gehen (WGKK, 1998; HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1998).

VIII.
LIFESTYLE

VIII. LIFESTYLE **135–154**

8.1 GESUNDHEITSVORSORGE UND LEBENSSTILMEDIZIN **138**
8.2 NIKOTINABHÄNGIGKEIT **139**
8.2.1 STRATEGIEN ZUR KRANKHEITSKONTROLLE – AUSBLICK 141
8.3 ERNÄHRUNG UND KÖRPERGEWICHT **141**
8.3.1 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS 141
8.3.2 ESSSTÖRUNGEN 142
8.3.2.1 Anorexia nervosa 142
8.3.2.2 Bulimia nervosa 143
8.3.2.3 Binge-eating-disorder 143
8.4 BEWEGUNG **143**
8.5 ALKOHOLKONSUM **146**
8.6 ILLEGALER DROGENKONSUM **148**
8.6.1 DROGENKONSUM UND SEINE MÖGLICHEN URSACHEN 151
8.6.2 DROGEN UND AIDS 151
8.7 MÄNNERBERATUNGSSTELLEN **152**

8 LIFESTYLE

Zusammenfassung

Die Gesundheitsvorsorge befaßt sich, gestützt auf epidemiologische Daten, mit Prävention, Früherkennung, Therapie und Nachsorge. Die zunehmende Lebenserwartung stellt für die Wissenschaftler eine Verpflichtung, aber auch eine große Chance dar. So sind Maßnahmen zur Unterstützung der Selbständigkeit älterer Menschen sowohl im medizinischen als auch im sozialen Bereich zu setzen.

In Wien tritt bei Männern Übergewicht doppelt so häufig auf wie bei Frauen, wobei bei Männern vor allem die androide Fettverteilung vorliegt. Diese ist mit einer erheblich höheren Mortalität verbunden. Auch treten koronare Herzerkrankungen häufiger auf. Bezüglich der Störbarkeit des Eßverhaltens ist die Prävalenz bei Männern und Frauen gleich groß. Jedoch wird die Eßstörung von den Geschlechtern unterschiedlich definiert. Bulimia nervosa kommt beim Mann seltener vor als bei der Frau. Bei der Schätzung bezüglich der Prävalenz ergeben sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. 35 % der von Binge-eating-disorder Betroffenen sind Männer. Auch von Anorexia nervosa sind Männer weniger betroffen als Frauen.

In Österreich sind 30 % der Bevölkerung Raucher, wobei die Männer überwiegen (über 40 %). Der Anteil der stark nikotinabhängigen Männer ist deutlich höher als jener der Frauen. In Wien ist die Verteilung ähnlich.

Etwa ein Drittel der Wiener Männer betreibt keinen Sport. Nahezu die Hälfte setzt gezielte Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Mit zunehmendem Alter sinkt dieser Prozentsatz aber wieder.

Für die Kapitel Alkoholkonsum und illegaler Drogenkonsum wird auf eigene Zusammenfassungen verwiesen.

Summary

Preventive health measures, which are based on epidemiological data, are concerned with issues of prevention, early detection, treatment, and follow-up care. For the scientist, increasing life expectancy represents both an obligation and an opportunity. Life style factors (risk factors for the most frequent illnesses and causes of death) are encountered particularly often in the male population. In Vienna, men are overweight twice as often as are women. In men the typical distribution of fat is android, which is associated with considerably increased mortality. Coronary heart diseases also are more frequent among men.

With regard to eating disorders, the prevalence is equally high for men and women. However, the disorder is defined differently by the two sexes. Bulimia nervosa is less frequent among men than among women. There are also sex-specific differences in estimates of prevalence of binge eating: 35 % are men. Men also suffer less often than women from anorexia nervosa.

In Austria, 30 % of the population are smokers, with men in the majority (40 %). Markedly more men than women are extremely nicotine dependent. In Vienna, the proportions are similar.

Approximately a third of Viennese men do not participate in sports. Almost half take measures to increase physical activity. However, this proportion drops with increasing age.

The reader is referred to the chapters on alcohol consumption and illegal drug use for those summaries.

8.1 Gesundheitsvorsorge und Lebensstilmedizin

Mit der demographischen Entwicklung sind stets auch die Möglichkeiten und die Entwicklung der Gesundheitsvorsorge angesprochen. BADELT et al. sehen sie als ersten Baustein in der Darstellung der Bausteine der Gesundheits- und Sozialpolitik (BADELT et al., 1995). Die Gesundheitsvorsorge ist ein Teil dessen, was wir Krankheitskontrolle nennen. Zur Bearbeitung jedes Gesundheits- bzw. Krankheitsproblems stehen grundsätzlich vier Interventionsbereiche zur Verfügung: Krankheitsverhütung, Früherkennung, Therapie und Nachsorge.

- Für jede Gruppe von Gesundheits- oder Krankheitsproblemen ist nach dem Stand der Wissenschaft festzulegen, mit welchen der genannten Interventionsbereiche der größte Erfolg erzielt werden kann. Die Entscheidung wird in vielen Fällen auf epidemiologischen Erkenntnissen beruhen.
- Die definierten Schwerpunkte aus den möglichen Interventionsbereichen müssen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes auch hinsichtlich ihres zeitlichen Ablaufs koordiniert werden. Eine Evaluation ist unumgänglich, diese wiederum ist nur mit epidemiologischen Untersuchungsplänen möglich (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986).

Die Epidemiologie liefert dem Gesundheitspolitiker und Planer eine Beurteilung der quantitativen Bedeutung eines Gesundheitsproblems und Entscheidungshilfen hinsichtlich der Interventionsmöglichkeiten. Diese könnten sowohl präventiven als auch therapeutischen Charakter haben. Der sinnvolle Einsatz von Mitteln wird durch epidemiologische Befunde erleichtert, vor allem wenn das Prinzip der Krankheitskontrolle beachtet wird (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986).

Die demographische Entwicklung ergibt gesundheitspolitische Forderungen in bezug auf die Schwerpunktlegung der Gesundheitsförderung. Vielfach sind Krankheitsursachen lebensstilassoziiert und auch Ursache von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Lebensstile der Menschen bzw. die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen zu ändern. Insgesamt besteht kein Zweifel daran, daß umfassende Prävention zu einer Reduktion der altersbedingten Abhängigkeit und Betreuungsbedürftigkeit führt. Maßnahmen zur Unterstützung der Selbständigkeit älterer Menschen sind dabei nicht nur im medizinischen, sondern auch im sozialen Sinn zu setzen, was dem breiten Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation entspricht. Die Kostenszenarien zeigen deutlich, daß Investitionen dieser Art nicht nur die individuelle Lebensqualität älterer Menschen verbessern können, sondern auch bedeutende volkswirtschaftliche Vorteile mit sich bringen (BADELT et al., 1995).

Die Präventivmediziner sind u.a. mit dem Anspruch angetreten, Prävention könnte die medizinische Versorgung verbilligen. Die Praxis hat jedoch gezeigt, daß dies nicht der Fall ist. Der Anteil der Mittel, den die Gesellschaft für das Sozial- und Gesundheitswesen einsetzen muß, wird noch weiter zunehmen.

Die zunehmende Lebenserwartung ist eine große Chance und auch eine enorme Verpflichtung für die Wissenschaft. Ganz wesentlich ist die Definition der jeweiligen Zielgruppen verschiedener präventiver Maßnahmen. In diesem Sinn ist die Zielgruppe Männer besonders anzusprechen.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge ist der Begriff „präventives Potential" zu diskutieren. Es muß festgelegt werden, wie groß der Markt der Gesundheitsvorsorge ist, wie groß das vorhandene Potential ist und wie man die Ziele optimal realisieren kann. Der wissenschaftliche Zugang dazu wurde mit dem sogenannten „präventiv-politischen Index" gefunden (KUNZE, unveröffentlicht). In diesen werden verschiedene Variablen eingebracht (Beispiele: präventives Potential, politische und soziale Akzeptanz von Maßnahmen, Lebensqualität, Problembewußtsein bei den BürgerInnen und beim medizinischen System).

Gesundheitsvorsorge muß in jedem Alter betrieben werden, ganz besonders in höherem Alter.

Für die Vorsorge- und Sozialmedizin ergibt sich die besondere Herausforderung, eine Gesundheitsvorsorge im Alter zu planen, d.h. zu überprüfen, ob die für junge Menschen bzw. Bürger mittleren Lebensalters gültigen Richtlinien der Präventivmedizin und allgemeinen Gesundheitsvorsorge auch

für das höhere und hohe Alter sinnvoll sind, welche Umsetzungsmöglichkeiten gegeben sind und welche Maßnahmen zu setzen wären, um die sich noch laufend erhöhende Lebenserwartung auch mit jener physischen und psychischen Gesundheit gleichsam „anzureichern", die die Bürger in die Lage versetzt, möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Eine umfassende Gesundheitsvorsorge orientiert sich am Ziel der Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Es ergibt sich also eine besondere neue Aufgabe für das medizinische System, die mit dem Terminus „Lebensstilmedizin" zu umschreiben wäre.

Es handelt sich um die sinnvolle Kombination medikamentöser Verfahren mit solchen der Verhaltensmodifikation. Dies bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und PatientInnen. Außerdem ist anzumerken, daß sich in vielen Fällen die Grenzen zwischen Prävention und Therapie nicht mehr exakt ziehen lassen. Ein Beispiel für Lebensstilmedizin ist die Behandlung des Bluthochdruckes im Sinne der Prävention des Schlaganfalls durch Veränderungen der Lebensweise (mehr Bewegung, Gewichtsreduktion, gesunde Streßbewältigungsstrategien) und möglicher Einnahme eines blutdrucksenkenden Medikamentes.

Gesundheitsvorsorge ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die nur durch das Zusammenwirken verschiedener Systeme bewerkstelligt werden kann und die durch den demographischen Umbau der Bevölkerung vor neue Aufgaben gestellt wird. So werden wir eine Gesundheitsvorsorge und Präventivmedizin für ältere Menschen brauchen, die zielgruppenspezifisch und u.a. auch geschlechtsspezifisch ausgerichtet ist.

8.2 Nikotinabhängigkeit

Die WHO erklärte anläßlich des World Congress on Tobacco or Health in Peking (1997), daß das Zigarettenrauchen sehr rasch die weltweit größte Ursache für Krankheit und Tod wird. Rauchen ist verantwortlich für ca. 30 % aller Krebstodesfälle, für 80 bis 90 % der Lungenkrebserkrankungen, für ungefähr 75 % der Todesfälle durch Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) und für 30 bis 40 % der Todesfälle durch koronare Herzerkrankung.

Wenn die Rauchgewohnheiten ohne große Veränderungen bestehen bleiben, so schätzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), daß in Europa im Jahr 2000 etwa 2 Millionen Menschen durch die Folgen des Tabakkonsums sterben werden, und dies im Alter zwischen 40 und 69 Jahren, wobei jeder im Durchschnitt 20 Lebensjahre verliert.

In den Industrieländern sterben jährlich über 500.000 Männer an tabakassoziierten Erkrankungen. Internationale Untersuchungen geben auch Aufschluß über die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Rauchern. Untersuchungsergebnisse liegen aus Polen, Schweden, Finnland, USA, Dänemark, Frankreich und Österreich vor. Dabei fällt auf, daß in Ländern mit geringerer Raucherprävalenz der Anteil der stark abhängigen Raucher höher ist (z.B. USA) als in Ländern mit höheren Raucheranteilen (z.B. Dänemark, Frankreich).

Der Tabakkonsum bei Männern ist einer der primären Faktoren für die Übersterblichkeit der Männer.

In Österreich rauchen derzeit etwas über 30 % der Bevölkerung, wobei die rauchenden Männer zahlenmäßig mit 42 % (gegenüber 27 % der Frauen) immer noch überwiegen. 53 % der Raucher sind mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden und wollen etwas daran ändern. Ein Drittel der RaucherInnen in Österreich ist deutlich nikotinabhängig. Ein Drittel der RaucherInnen ist nur gering abhängig, und ein Drittel ist nicht vom Nikotin abhängig, jedoch ist oftmals eine starke psychosoziale Abhängigkeit anzunehmen. Der Anteil der stark nikotinabhängigen Männer ist deutlich höher als jener der Frauen.

Die tabakassoziierten Erkrankungen – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen – sind auch bei den Wiener Männern die häufigsten Todesursachen und Ursachen für Krankenhausaufenthalte.

Für Wien stehen verschiedene repräsentative Datenquellen zur Verfügung. Laut Mikrozensus 1991 sind 33,9 % der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren regelmäßige Raucher (Männer: 41,9 %, Frauen

27,2 %). 1996 wurde die Erhebung „Leben in Wien" durchgeführt; die Raucherprävalenz betrug 31,9 %. Aus dieser Erhebung ist es auch möglich, Raucherprävalenzen nach Bezirken festzustellen. Diese bezirksweise Auswertung zeigte ein West-Ost-Gefälle in den Bezirken. In den westlichen Bezirken lagen die Raucheranteile bei 30 %, in den südöstlichen Bezirken bei 35 %. Den geringsten Raucheranteil wies der 13. Bezirk auf und den höchsten Anteil der 11. Bezirk.

Aus der SERMO-Studie 1997 geht eine Raucherprävalenz für Wien von 32,4 % regelmäßigen Rauchern (39,2 % Männer und 26,9 % Frauen), 11,8 % Gelegenheitsrauchern (12,1 % Männer und 11,7 % Frauen) und 55,7 % Nichtrauchern (48,8 % Männer und 61,5 % Frauen) hervor (Tab. 8.2.1) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

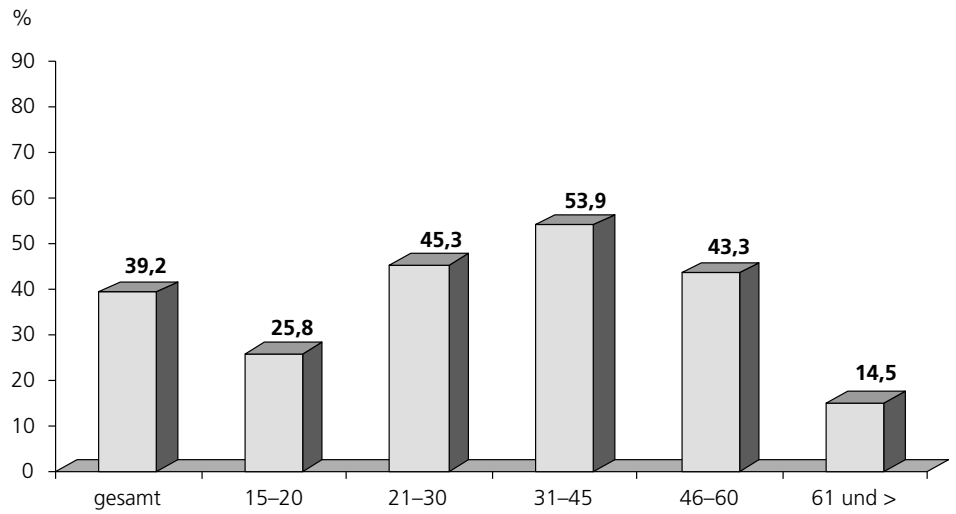
Tabelle 8.2.1: Rauchverhalten der Männer in Wien

Rauchverhalten	in %
regelmäßige Raucher	*39,2*
gelegentliche Raucher	*12,1*
Nichtraucher	*48,8*

Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997

Bei den Männern haben die 31- bis 45jährigen mit einem Anteil von 53,9 % die höchsten Raucheranteile. Die Raucheranteile nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter ab und liegen bei den +61jährigen bei 14,5 % bei den Männern und bei den Frauen bei 14,9 %. Das heißt, es ist in Wien bereits die besondere Situation eingetreten, daß Männer in dieser Altersgruppe eine niedrigere Raucherprävalenz aufweisen als Frauen (Abb. 8.2.1). Die RaucherInnenprävalenz ist am höchsten bei Personen mit Lehrabschluß und am geringsten bei Personen mit Hochschulabschluß, wobei Männer einen niedrigeren Anteil als Frauen zeigen.

Abbildung 8.2.1: Regelmäßige Raucher in Wien nach Alter (Angaben in Prozent, Alterseinteilung nach Jahren)



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997

Bei männlichen Rauchern ist der Anteil der Raucher mit einem Zigarettenkonsum von über 20 Zigaretten pro Tag wesentlich höher als bei den Frauen, nämlich 41,4 %. 38,6 % rauchen 10 bis 20 Zigaretten täglich und 20 % bis 10 Zigaretten täglich.

Die Erhebung der Nikotinabhängigkeit (mittels Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit) erfolgte 1993 (SCHOBERBERGER et al., 1995) im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungserhebung. In Wien sind 27 % der RaucherInnen stark bis sehr stark nikotinabhängig, 12 % finden sich im mittleren Abhängigkeitsbereich, und 60 % der RaucherInnen sind sehr gering bis gering abhängig.

51 % der RaucherInnen haben bereits versucht, das Rauchen aufzugeben. 13 % versuchten einmal aufzuhören, 35 % bereits öfter. 49 % der RaucherInnen wollen etwas an ihrem Raucherverhalten verändern (sogenannte dissonante RaucherInnen), wobei der Großteil die Absicht äußert, weniger rauchen zu wollen (29 %), 9 % wollen aufhören.

51 % der Wiener RaucherInnen können als konsonante RaucherInnen bezeichnet werden, d.h. diese sind mit ihrem Rauchverhalten zufrieden. Der Anteil der dissonanten männlichen Raucher ist etwas geringer als jener der dissonanten Raucherinnen.

Der Bericht des US Surgeon General von 1988 weist sehr deutlich darauf hin, daß der Konsum von Tabakprodukten nicht nur eine Sache der freien persönlichen Entscheidung ist, sondern daß sehr wohl auch eine Abhängigkeit vorhanden ist, die wissenschaftlich genauso belegt werden kann wie die Abhängigkeit von Heroin (US PUBLIC HEALTH SERVICE, 1988).

8.2.1 Strategien zur Krankheitskontrolle – Ausblick

Es ist sicherlich sinnvoll, in diesem Bereich die Konzepte der Lebensstilmedizin umzusetzen und spezifische Einrichtungen zu schaffen. Die Lebensstilmedizin als solche ist als ein Gesamtschwerpunkt in der Gesundheitsvorsorge zu betrachten.

Die Behandlung der Nikotinabhängigkeit (mittels Nikotinersatztherapie in Kombination mit Verhaltensmodifikation) ist in diesem Sinne eine therapeutische Maßnahme, jedoch auch Präventivmaßnahme im Sinne der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen etc.

Es können folgende Empfehlungen für die Risikogruppe Männer definiert werden:

- Raucher als spezielle Zielgruppe der Gesundheitsvorsorge-Programme
- Raucher müssen motiviert werden, an der Gesundheitsvorsorge teilzunehmen
- Einbau der Raucherentwöhnung in die Gesundenuntersuchung
- Umsetzung neuer Strategien der Therapie der Nikotinabhängigkeit (Harm-Reduction) (KUNZE et al., 1999).

8.3 Ernährung und Körpergewicht

8.3.1 Übergewicht und Adipositas

Zur Definition des Körpergewichtes wird der Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg, dividiert durch Körpergröße in m zum Quadrat) herangezogen. Werte zwischen 18,0 und 24,9 gelten als normalgewichtig, Werte von 25,0 bis 29,9 als übergewichtig und über 30 als adipös.

In Wien sind 14,5 % der Bevölkerung übergewichtig, davon entfallen 60 % auf Männer (KIEFER et al., 1998). Allerdings wurde im Rahmen der Mikrozensuserhebung 1991 Übergewicht mit einem BMI zwischen 27,0 und 29,9 definiert. Der Anteil der Adipösen in Wien beträgt 8,7 %, davon sind 48 % Männer.

Übergewicht hängt stark vom Alter ab. Bei Männern erfolgt die Gewichtszunahme, die zu Übergewicht führt, vorwiegend ab dem 40. Lebensjahr. Mögliche Zusammenhänge gibt es auch mit dem Familienstand. Bei Männern ist der Anteil an Adipösen bei Verheirateten oder in einer Lebensgemeinschaft Lebenden deutlich erhöht (WIRTH, 1997).

In Wien tritt insgesamt gesehen bei Männern Übergewicht doppelt so häufig auf wie bei Frauen; dies in allen Bildungsschichten und Altersgruppen (GESUNDHEITSWESEN DER STADT WIEN, 1997).

Zur Beurteilung des Risikofaktors Adipositas für zahlreiche Folgeerkrankungen wird der WHR-Quotient (Quotient aus Taillen- und Hüftumfang) herangezogen.

Bei einem WHR-Quotienten über 1,0 bei Männern bzw. über 0,85 bei Frauen liegt ein androides (abdominales, zentrales, viszerales) Fettverteilungsmuster vor. Diese androide Adipositas wird auch als typische „Stammfettsucht" bezeichnet, die gekennzeichnet ist durch eine Fettvermehrung im Abdominalbereich. Bei Männern tritt vor allem diese androide Form der Fettverteilung auf, die eine erheblich höhere Mortalität (bis zu 80,0 %) gegenüber der gynoiden Fettverteilung aufweist. Grund dafür scheint die Lokalisation der Fettzellen in der Nähe des Pfortadersystems zu sein und deren erhöhte Stoffwechselaktivität, die sich in erhöhtem Insulinspiegel, Dys- und Hyperlipidämie sowie Störungen der Glucosetoleranz äußert (TOPLAK, 1998). Die Prävalenz der koronaren Herzkrankheit ist beim androiden Typ doppelt so hoch wie bei der peripheren Adipositas (SILBERBAUER, 1998).

8.3.2 Eßstörungen

In Zeiten des Nahrungsmittelüberflusses wird das Essen bei einigen Personen Ausdruck ihres seelischen und psychischen Wohlbefindens. Es wird versucht, durch eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten eine Abgrenzung zum sozialen Umfeld zu schaffen.

Dies manifestiert sich im Auftreten von Eßstörungen wie Bulimia nervosa und Anorexie, die als Suchterkrankungen verstanden werden müssen. Als wesentlicher Bedingungsfaktor für das Entstehen dieser Eßstörungen wird das gezügelte Eßverhalten gesehen. Unter gezügeltem Essen versteht man eine zeitlich begrenzte Verhaltensänderung, die eigene Nahrungsaufnahme einzuschränken, um abzunehmen oder um das Gewicht zu halten (DGE,1992). Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz zur Störbarkeit des Eßverhaltens gleich groß. Bei den Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) sind mehr Frauen als Männer betroffen. Männer und Frauen definieren Eßanfälle, die als Symptom eines gestörten Eßverhaltens gelten, unterschiedlich. Für Männer gehören zu einem Eßanfall der Verzehr größerer Nahrungsmengen, während bei Frauen auch kleinere Nahrungsmengen als Eßanfall angesehen werden (DGE, 1992).

8.3.2.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa bedeutet, appetitlos zu sein. Es handelt sich um eine schwere psychische Erkrankung, die oftmals zu lebensbedrohlichen Zuständen der Unterernährung aufgrund von mangelnder Nahrungszufuhr führt. Als Folge treten Störungen des Stoffwechsels, von Magen und Darm, Herz und Kreislauf sowie der Nieren auf. Die Mortalität liegt bei 10 bis 20 %. Todesursachen sind meist Herzversagen oder Suizid. Wie bei anderen Eßstörungen sind Männer davon weniger betroffen, auf einen anorektischen Mann kommen zehn anorektische Frauen (ELMADFA, 1998).

8.3.2.2 Bulimia nervosa

Der Name Bulimie leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet übersetzt Ochsenhunger. Mit dieser Bezeichnung wird auch gleich Bezug zu den Hauptsymptomen genommen, dem gehäuften und wiederholten Auftreten von Eßanfällen. Um die folgende Gewichtszunahme zu kompensieren, greifen die Betroffenen in der Regel zu Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika oder selbst herbeigeführtem Erbrechen. Bulimia kommt beim Mann seltener vor als bei der Frau. Schätzungen bezüglich der Prävalenz belaufen sich auf 1 % bei Männern und 8 % bei Frauen (WESTENHÖFER, 1996). Der Anteil männlicher Patienten wird mit 3 bis 12,8 % angegeben (FICHTER UND HOFFMANN, 1989). Männer sind zu Krankheitsbeginn älter, und die Erkrankung dauert gleich lange oder länger als bei Frauen (FICHTER UND HOFFMANN, 1989). Bulimia bleibt aufgrund des häufig normalen Körpergewichtes lange unerkannt und unbehandelt. Langzeitstudien liegen noch nicht vor, und so können keine Prognosen bezüglich dem Ausmaß der Folgeschäden gemacht werden (ELMADFA, 1998).

8.3.2.3 Binge-eating-disorder

Binge-eating-disorder zeigt starke Ähnlichkeit mit Bulimia nervosa. Kennzeichen sind wiederkehrende Eßanfälle, jedoch fehlt das bei der Bulimie charakteristische Kompensationsverhalten. In der Folge steigt dadurch das Risiko für Übergewicht. Untersuchungen ergaben, daß der Anteil der Binge-eating-disorder-Patienten unter den Übergewichtigen ungefähr 10 % beträgt (STRIEGEL-MOORE, 1993). Weiters ist diese Erkrankung häufig in Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen verbunden. Geschlechtsspezifische Angaben über die Prävalenz von Binge-eating-disorder sind bisher nicht vorhanden.

8.4 Bewegung

Die Ergebnisse des Mikrozensus des ÖSTAT 1991 nach Gesundheitsverhalten der Österreicher ergab, daß etwa ein Drittel der Wiener Männer (wie auch Frauen) keine gezielten Aktivitäten im Gesundheitsverhalten setzt (35 % und 35,2 %). Körperliche Aktivitäten (Sport) als gesundheitsfördernde Maßnahme werden von 49 % der Männer und 41,3 % der Wiener Frauen angegeben. Mit zunehmendem Alter sinkt der Prozentsatz der körperlich Aktiven (Tab. 8.4.1) (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 8.4.1: Männer in Wien, die regelmäßig Sport betreiben (mind. 1x pro Woche) (Angaben in Prozent, 1996)

Alter	in %
14–19	*72*
20–29	*62*
30–39	*52*
40–49	*45*
50–59	*33*
60 und älter	*28*

Quelle: Bässler, 1997

22 % der Wiener Männer betreiben zumindest gelegentlich in ihrer Freizeit Sport, 26 % mindestens einmal pro Woche, und 3 % der Wiener Männer sind Leistungssportler. Alle übrigen interessieren sich überhaupt nicht für Sport oder konsumieren Sport passiv (MA 18, 1995) (Tab. 8.4.2).

Tabelle 8.4.2: Wiener Männer als Freizeitsportler (Angaben in Prozent)

Selbstdefinition	in %
Gelegenheitssportler	*22*
Aktivsportler (mind. 1x pro Woche)	*26*
Leistungssportler	*3*
passiv Sportinteressierte	*36*
nicht Sportinteressierte	*12*

Quelle: MA 18, 1995

Für viele Wiener Männer stellen sich Wunsch und Wirklichkeit bezüglich Sport unterschiedlich dar. Sportarten wie Tennis, Skifahren, Surfen, Segelfliegen, Segeln, Drachenfliegen oder Fallschirmspringen werden seltener ausgeübt, sind aber die Sportarten, die Männer gerne mehr ausüben würden (MA 18, 1995) (Tab. 8.4.3).

Tabelle 8.4.3: Freizeitprofile zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Sportart	Von 100 Wiener Männern …	
	… machen gerne	… würden gerne machen
Schwimmen	15	3
Fußball	15	9
Joggen	14	1
Tennis	9	12
andere Ballsportarten	8	3
Radfahren	7	1
Skifahren	5	6
Surfen	3	9
Segelfliegen	1	11
Segeln	1	8
Drachenfliegen	0	7
Fallschirmspringen	0	6

Quelle: MA 18, 1995

In einer repräsentativen Untersuchung (SCHOBERBERGER et al., 1991) zeigte sich, daß die Wiener Bevölkerung „Bewegungsarmut" an 7. Stelle der „die Gesundheit gefährdenden Faktoren" reiht (24 %). Für Gesamtösterreich trifft dies ebenfalls zu (23 %). An die erste Stelle wird in Wien das „Rauchen" gesetzt, in Gesamtösterreich „Streß". Bewegungsarmut steht somit in der Reihung hinter Rauchen, Streß, Alkohol, falscher Ernährung, Übergewicht und Luftverschmutzung.

Mangel an körperlicher Bewegung stellt für eine Reihe von Krankheiten ein Risiko dar, u.a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Osteoporose. Man kann davon ausgehen, daß 50 % der Bevölkerung im mittleren und höheren Alter überhaupt keine sportlichen Aktivitäten setzen und weitere 10 bis 15 % sich nur ungenügend körperlich bewegen. Bereits zügiges Gehen wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislauf-System aus. Zum Beispiel zeigte sich aus Untersuchungen bei Männern, daß sie durch körperliche Bewegung eine um 2 Jahre höhere Lebenserwartung haben.

Ausdauerbelastungen haben in der Lebensstilmedizin und Gesundheitsvorsorge den höchsten Stellenwert in der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der positiven Beeinflussung der Risikofaktoren und auch für die Rehabilitation.

Vermehrte Bewegung setzt eine ganze Kaskade von Veränderungen im Risikoprofil in Gang.

Zum Beispiel kann durch vermehrte Bewegung u.a. langfristig Gewicht abgenommen werden, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte können verbessert werden, das HDL-Cholesterin kann erhöht, Streß abgebaut und risikoreiche Verhaltensweisen, die bei vermehrtem Streß besonders oft eingesetzt werden, können ebenfalls reduziert werden („Streß-Rauchen", „Streß-Essen"); insgesamt steigt das Wohlbefinden.

Geringe körperliche Fitneß ist ein wesentlicher Precursor der Mortalität. Niedrigere Sterberaten in Populationen mit regelmäßiger körperlicher Aktivität sind mehrfach beschrieben worden. In einer Untersuchung von BLAIR et al. wurde u.a. gezeigt, daß Personen mit vorhandenen verschiedenen Risikofaktoren (Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel etc.) bei regelmäßiger körperlicher Bewegung und körperlicher Fitneß geringere Sterberaten haben als Personen mit den gleichen Risikofaktoren, die keine regelmäßige Bewegung machen.

Bevölkerungen mit hohen Aktivitätsraten haben geringere koronare Herzerkrankungsraten als Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Aktivitätspotential (FACT SHEETS, 1998).

In einer Untersuchung an Harvard-Absolventen konnte gezeigt werden, daß körperliches Training bereits ab 2.000 kcal pro Woche (2 bis 3 Stunden mäßig intensives Ausdauertraining in der Woche) nicht nur die Herzinfarktinzidenz, sondern auch die allgemeine Sterberate erheblich zu senken vermag. Es ist damit gelungen, nachzuweisen, daß die Lebensspanne durch körperliche Aktivität verlängert werden kann (FACT SHEETS, 1998).

Körperliche Aktivität ist ein wesentlicher Faktor des Gesundheitsverhaltens. Dieses Gesundheitsverhalten wird durch zahlreiche Einflußfaktoren bestimmt: Glaube an einen Benefit durch körperliche Aktivität, Einstellung zur Bewegung, Selbstmotivation, Selbstdisziplin, Verfügbarkeit von Trainingsmöglichkeit, Erfahrung in Rückfallprophylaxe und Zielsetzung, Freude am Sport, Unterstützung z.B. durch die Familie (FACT SHEETS, 1998).

Grundlegende Einflußfaktoren sind Einkommen und Bildung. Je „ärmer" und „geringer gebildet" jemand ist, desto häufiger findet sich auch gesundheitsschädigendes Verhalten.

Die Herausforderung an das Gesundheitswesen und die Gesundheitsberufe ist u.a. Verhaltensmodifikation in Richtung eines gesünderen Lebensstils (u.a. mehr körperlicher Bewegung) in jenen Bevölkerungsgruppen mit geringerem sozioökonomischen Status zu unterstützen (FACT SHEETS, 1998).

Die Europäische Atherosklerosegesellschaft und der Österreichische Herzfonds haben 1990 als allgemeine Präventivmaßnahme drei Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens empfohlen: nicht rauchen, gesunde Ernährung und Bewegung.

Richtig betriebene sportliche Aktivität (Ausdauertraining mit ausreichender Dauer und nicht zu hoher Intensität) stellt nicht nur eine Präventionsmaßnahme gegen die Auswirkungen von Bewegungsmangel dar, sondern erweist sich auch als effizientes Mittel zum Abbau und zur Bewältigung des Risikofaktors psychischer Streß.

Die zu erwartenden Benefits durch gesteigerte körperliche Bewegung sind als besonders hoch einzuschätzen.

8.5 Alkoholkonsum

Zusammenfassung

Alkoholismus und die Problematik des Alkoholkonsums sind ein quantitativ männerspezifischer Problembereich mit allen gesundheitlichen und sozialen Folgen. Etwa ein Viertel der männlichen Wiener Bevölkerung trinkt laut eigenen Angaben täglich Alkohol. Der Alkoholkonsum der Männer hat erheblichen Anteil an der Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung, vor allem in den jüngeren und mittleren Altersgruppen. Die hohe Sterblichkeit an Leberzirrhose in Folge Alkoholkonsums ist belegt, die Zusammenhänge mit der sozialen Situation und deren Einfluß sind jedoch noch wenig untersucht. Die Anteile alkoholbedingter Todesfälle bei Unfällen und Tod durch Gewalteinwirkung betragen bei den Männern nahezu 50 %. Die höchsten Mortalitätsraten an alkoholassoziierten Krankheiten sind bei Männern mit niedrigerem sozioökonomischen Status zu finden. Die tatsächlichen Zusammenhänge mit der sozialen Situation und deren Einfluß sind jedoch noch wenig untersucht.

Summary

Alcoholism and problems caused by drinking alcohol are a male-specific public health problem, not only in terms of men´s health but also social health. About one quarter of the male population of Vienna consume alcohol daily. Alcohol consumption is responsible for the higher mortality rates among men compared to women, especially in younger and middle-aged men. 50 % of male deaths caused by accidents and violence are due to alcohol. The highest alcohol-associated death rates are found among men from a low socio-economic status. The influence of social factors on death rates secondary to alcohol needs further investigation.

Alkoholkonsum ist ein wesentlicher Grund für den vorzeitigen Tod vor allem bei Männern.

In allen Ländern, für die Daten existieren, haben die niedrigeren sozioökonomischen Schichten eine erhöhte Sterblichkeit. Die dafür vorhandenen Gründe werden vielfältig diskutiert. Einige wenige quantitative Schätzungen über die Beteiligung des einen oder anderen Faktors wurden gemacht.

In einer finnischen Bevölkerungsstudie beträgt die alkoholabhängige Sterblichkeit bei den Männern ab dem 20. Lebensjahr 11 % aller Todesfälle (MÄKELÄ et al., 1997). Die Autoren dieser Studie schätzen den Anteil der Sterblichkeit an alkoholassoziierten Erkrankungen in Ländern mit noch höherem Alkoholkonsum weitaus höher ein. Österreich hat im internationalen Vergleich nach Ungarn die höchste Leberzirrhose-Sterblichkeit bei den Männern. Besonders betroffen vom Einfluß des Alkoholkonsums auf die Sterblichkeit sind Männer, vor allem im jüngeren und mittleren Alter (MÄKELÄ et al., 1997).

Die Anteile alkoholbedingter Todesfälle bei Unfällen und Tod durch Gewalteinwirkung betragen bei den Männern nahezu 50 %. Dabei sind alle Altersgruppen betroffen (MÄKELÄ et al., 1997).

Bei den Männern ist insgesamt der Anteil der alkoholbedingten Todesfälle auch abhängig von der Art des Berufes. MÄKELÄ et al. fanden die meisten alkoholbedingten Todesfälle bei Arbeitern, deren Gesamtsterberate ohnehin am höchsten ist. Die unterschiedliche Lebenserwartung von Arbeitern und Nichtarbeitern ist auch in Österreich vorhanden. In Finnland beträgt dieser Unterschied etwa 6 Jahre. In der Studie wurden bei den Arbeitern 1,5 Jahre dieses Unterschiedes auf alkoholbedingte

Todesfälle zurückgeführt (24 %). Insgesamt ist Alkohol die Ursache von 14 % des Unterschiedes in der Gesamtsterblichkeit zwischen Arbeitern und Nichtarbeitern.

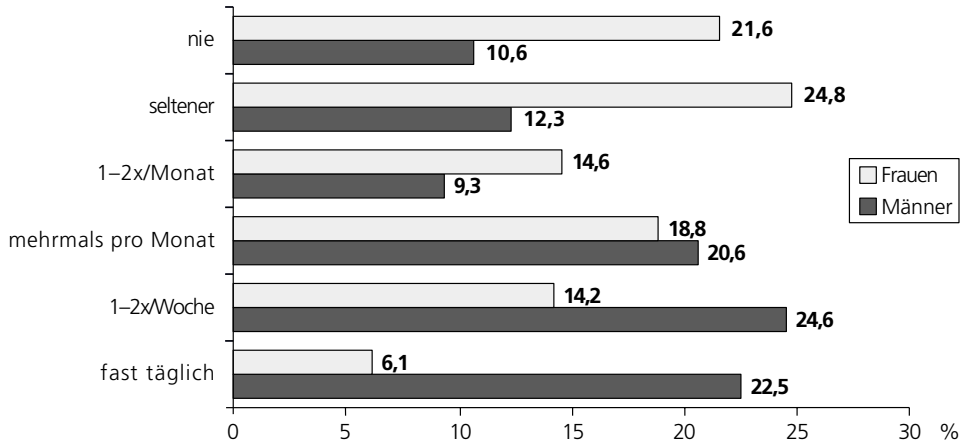
Eine nordamerikanische Untersuchung zeigt, daß mäßiges und nicht unbedingt häufiges Trinken eher in den oberen sozialen Schichten vorkommt. Starkes Trinken, aber auch die Abstinenz wird vor allem in den unteren sozialen Schichten beobachtet (KNUPFER et al., 1989). Die Schlußfolgerungen, die aus dieser Untersuchung gezogen werden, sind als besonders interessant zu werten. Es wird darin der präventive Effekt von mäßigem Alkoholkonsum in bezug auf die koronare Herzkrankheit angesprochen, und es wird auch ein weiterer Hinweis auf die sozioökonomischen Unterschiede in der Mortalität diskutiert. So findet sich in den unteren sozialen Schichten aufgrund des exzessiven Alkoholkonsums eine erhöhte Sterblichkeit durch alkoholbedingte Erkrankungen, gegenteilig dazu in den sozial bevorzugten Schichten auch noch der koronarprotektive Effekt des Alkohols (MÄKELÄ et al., 1997).

Für Österreich erarbeiteten RATHNER et al. (1998) neue Schätzungen zum Problem des Alkoholismus in Österreich. Demzufolge bewegt sich der Prozentsatz des Alkoholismus zwischen 1 und 4 % der erwachsenen Bevölkerung. Diese Schätzungen werden aufgrund der sozialen Tabuisierung als absolute Minimalgrößen dargestellt. Nach der Definition von Problemtrinken und Alkoholmißbrauch liegt dieser Prozentsatz etwa bei 16 bis 24 % der Bevölkerung und zeigt somit den gesundheitspolitischen Stellenwert des Problems Alkohol an. In einer österreichweiten Umfrage (SPECTRA, 1998) ergab sich, daß 95 % der Allgemeinmediziner Patienten mit Alkoholproblemen haben. Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Alkoholikern beträgt 4 : 1, das Verhältnis in den Risikogruppen etwa 3 : 1. Die höchsten Anteile an Alkoholmißbrauch weisen die Altersgruppen der 18- bis 59jährigen auf. Alkoholismus ist dabei in allen Altersgruppen relativ gleich verteilt, mit einem Maximum bei den 45- bis 59jährigen (3,7 %). In Wien wurde nach der Untersuchung von RATHNER et al. die Prävalenz des Alkoholismus mit 4,5 % angenommen. Die Prävalenz des Problemtrinkens und des Alkoholismus wird zwischen 21 % und 39 % angenommen (RATHNER et al., 1998). Diese Untersuchung zeigte keine Zusammenhänge zwischen Familienstand und Alkoholismus, welches jedoch in vielen anderen Untersuchungen sehr wohl nachgewiesen wurde. Es zeigte sich auch immer wieder ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Alkoholiker sind seltener als Alkoholikerinnen alleinstehend, d.h. ledig, geschieden oder verwitwet (FEUERLEIN, 1989), welches vor allem auf stationäre Patienten zutrifft (KÖNIG et al., 1992). In der Schweiz haben GOGNALONS-NICOLET et al. (1997) auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 für Männer mit Alkoholproblemen laut deren Selbsteinschätzung nur geringe soziale Unterschiede gefunden. In bezug auf deren Familienstand fanden sie häufiger selbstberichtete Probleme mit Alkohol bei Witwern, geschiedenen Männern und getrennt lebenden Männern als bei ledigen Männern und Männern, die in der Stadt leben. Insgesamt haben in dieser Studie in der Schweiz 23,5 % der 40- bis 64jährigen Männer massive Alkoholprobleme, 21,5 % haben leichte Probleme mit Alkohol, und 55,1 % haben keine Probleme.

Im Sozialen Survey (1993) zeigte sich für Österreich, daß männliche Pflichtschulabsolventen den höchsten Alkoholkonsum aufweisen, während einfache Angestellte und Beamte weniger trinken als der österreichische Durchschnitt der männlichen Bevölkerung (BLASCHKE et al., 1993).

Für Wien ergab sich in bezug auf den Alkoholkonsum der Männer folgendes Bild aus der SERMO-Studie (KUNZE et al., 1996; SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998): Unter der Wiener Bevölkerung geben 13,5 % an, fast täglich Alkohol zu trinken. Im Vergleich geben wesentlich mehr Männer, nämlich 22,5%, an, täglich Alkohol zu trinken. Bei den Frauen sind dies nur 6,1 %. 18,8 % der Wiener Bevölkerung trinken ein- bis zweimal pro Woche, über 50 % mehrmals im Monat bzw. ein- bis zweimal pro Monat oder noch seltener. 16,4 % der befragten WienerInnen verzichten generell auf Alkohol. Bei den Männern sind nur halb so viele abstinent wie bei den Frauen, nämlich 10,6 % im Vergleich zu 21,6 % (KUNZE et al., 1996; SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998) (Abb. 8.5.1).

Abbildung 8.5.1: Alkoholkonsum in Wien nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997; Fact Sheets, 1998

8.6 Illegaler Drogenkonsum

Zusammenfassung

0,6 % der Wiener hatten oder haben Kontakt mit illegalen „harten" Drogen. Der größte Anteil unter ihnen ist männlich. Männer konsumieren zweimal so häufig Drogen wie Frauen. Die Drogenkonsumenten sind in der überwiegenden Mehrzahl unter 30 Jahre alt.

Generell geht die Anzahl der Drogentoten seit 1995 zurück, was vermutlich auf Präventionsmaßnahmen, soziale Maßnahmen, medizinische Versorgung (Substitutionsmaßnahmen) und den Einsatz gegen organisierte Kriminalität zurückzuführen ist.

Summary

0.6 % of the Viennese population, most of them men, use or have tried illegal „hard" drugs. Men use drugs twice as frequently as do women, and the great majority of drug users are younger than 30.

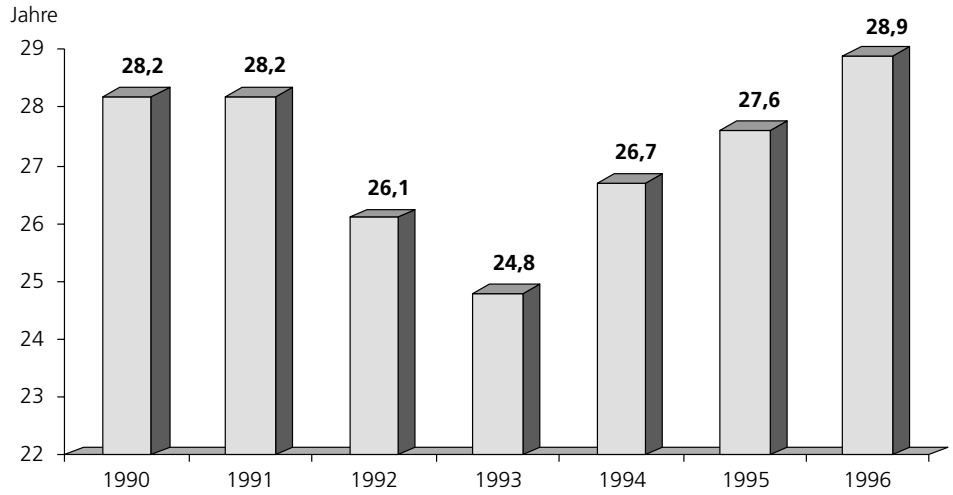
The number of drug deaths has generally declined since 1995, which is probably attributable to preventive interventions, social and medical support (drug substitution), and activities aimed at organized crime.

Aus der Suchtmittelstudie des IFES aus dem Jahr 1995 geht hervor, daß 21 % der Jugendlichen in Wien einmal oder öfter pro Jahr Drogen konsumieren. Am weitesten verbreitet sind „weiche Drogen", wie Haschisch und Marihuana. Auf diese Drogen beschränken sich 83 % der Konsumenten. 13 % der Konsumenten benutzen „harte Drogen". Bei diesen Drogenabhängigen findet sich meist eine Polytoxikomanie, d.h. sie konsumieren mehrere Drogenarten (IFES, 1995).

Insgesamt haben etwa 4 % der Wiener einmal oder öfter weiche Drogen und 0,6 % harte Drogen (Opium, Morphium, Heroin, Kokain, LSD) eingenommen. Die Drogenproblematik bezieht sich überwiegend auf Männer. Sie konsumieren zweimal so häufig Drogen wie Frauen. Zudem konzentriert sich der Drogenkonsum in erster Linie auf Personen unter dem 30. Lebensjahr (IFES, 1995) (Abb. 8.6.1).

Laut Wiener Drogenbericht 1996 liegt der Altersdurchschnitt der Drogenopfer für 1996 bei etwa 29 Jahren.

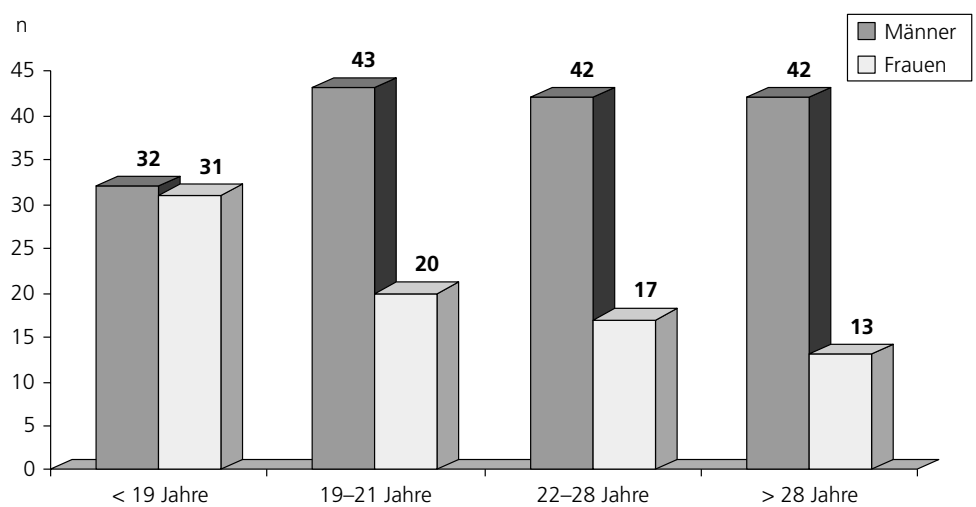
Abbildung 8.6.1: Alter der polizeilich registrierten Drogenopfer in Wien in den Jahren 1990 bis 1996 (Angaben in durchschnittlichem Alter in Jahren)



Quelle: Wiener Drogenbericht, 1996

Eine Studie von SEIDLER et al. über Opiatnotfälle in Wien (Abb. 8.6.2) ergab, daß 52,5 % der versorgten Personen jünger als 22 Jahre waren. 66,3 % der Drogenabhängigen, die notfallmäßig versorgt wurden, waren Männer, 33,8 % waren Frauen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden auf unterschiedliches Konsumverhalten und auf die unterschiedlichen Grade der Abhängigkeit zurückgeführt. Der hohe Prozentsatz von Frauen in der Gruppe der bis 19jährigen kann durch die steigende Anzahl von jungen Menschen, die beginnen, Drogen zu nehmen, erklärt werden oder auch als Abnahme von Drogenmißbrauch bei Frauen mit zunehmendem Alter gesehen werden. 43 % der behandelten Personen wurden wiederholt notfallmäßig behandelt (SEIDLER et al., 1996).

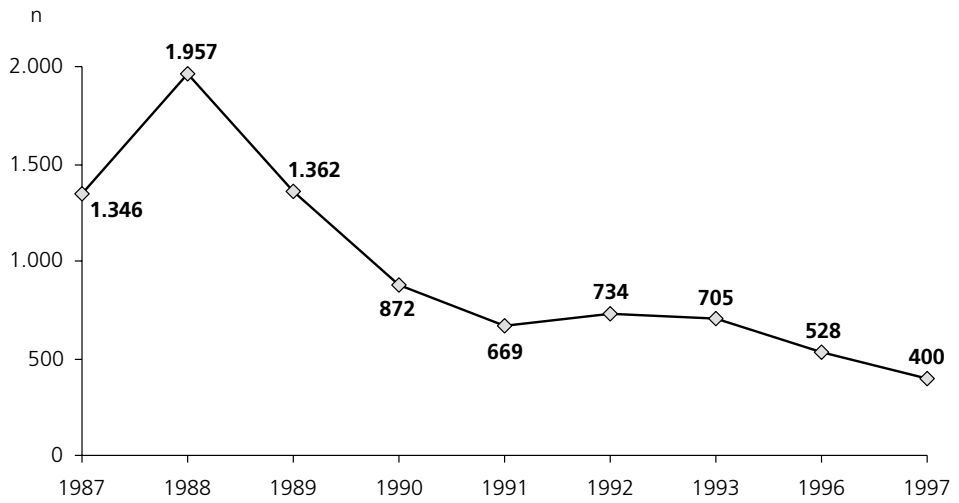
Abbildung 8.6.2: In Notfälle verwickelte Personen nach Geschlecht



Quelle: Seidler et al., 1996

Die Anzahl der Einsatzfahrten der Wiener Rettung aufgrund von Drogen ist seit 1987 rückläufig. Waren es im Jahr 1987 noch 1.346 Einsatzfahrten, sind es 1997 nur noch 400 pro Jahr (Abb. 8.6.3).

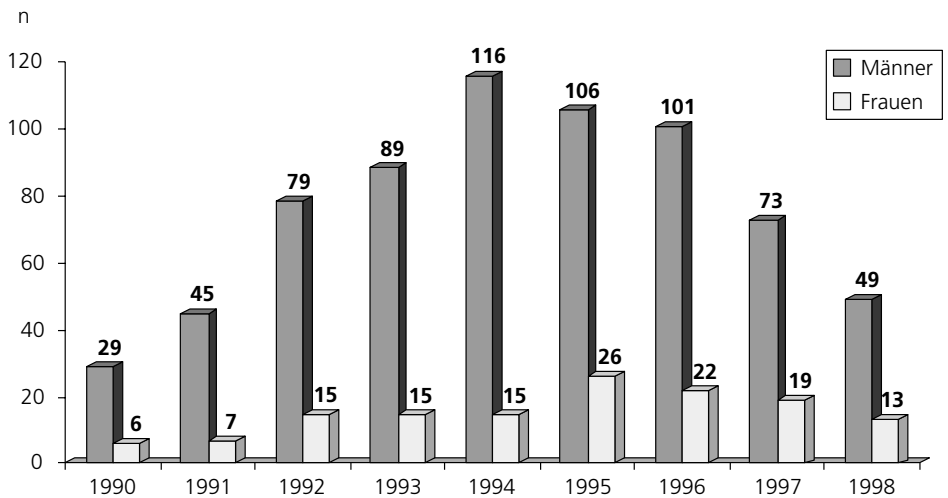
Abbildung 8.6.3: Einsatzfahrten der Wiener Rettung aufgrund von Drogen in den Jahren 1987 bis 1997



Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

Insgesamt ist die Anzahl der Drogenopfer seit 1995 kontinuierlich zurückgegangen. Zwar ist der anteilige Prozentsatz der Frauen an den Drogenopfern seit 1990 (17,4 %) um 3,6 % gestiegen, jedoch sterben überwiegend Männer an Drogen (79 %) (Abb. 8.6.4). Der Rückgang wird u.a. auf das 1992 gestartete Konzept gegen Drogen zurückgeführt. Die Prävention mit der Ausbildung von Schlüsselpersonen, die auf individuelle und altersspezifische Bedürfnisse der Erkrankten eingehen können (Eltern, LehrerInnen, KindergärtnerInnen ...), die medizinische Versorgung und soziale Maßnahmen sind wesentliche Elemente, um gegen die Drogenproblematik vorzugehen. Ein großer Teil der Drogenabhängigen ist in ein Betreuungs- oder Beratungsverhältnis eingebunden. Zusätzlich versucht man gegen organisierte Kriminalität vorzugehen. Die Anzahl der Anzeigen nach dem Suchtgiftmittelgesetz hat sich seit 1990 verdreifacht, gleichzeitig wurde versucht, den Drogenkonsum selbst zu entkriminalisieren.

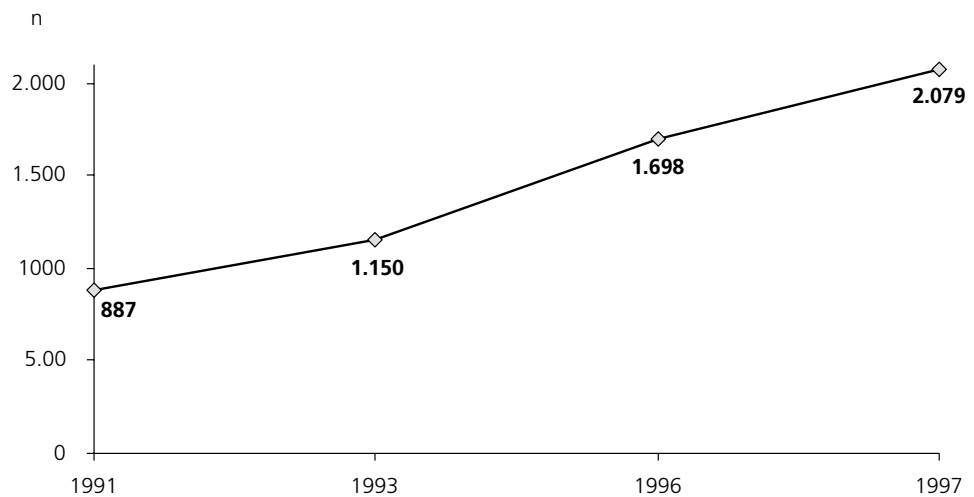
Abbildung 8.6.4: Anzahl der polizeilich registrierten Drogenopfer in Wien nach Geschlecht



Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

Es wird weiters verstärkt auf eine Substitutionsbehandlung mit weniger gefährlichen Substanzen, wie z.B. Methadon, gesetzt. Bei etwa 80 % der Substitutionsbehandlungen wird dieses Medikament eingesetzt. Bis Ende 1997 erhielten etwa 2.100 Personen Methadon (Abb. 8.6.6). Wichtig für das Gelingen einer Substitutionstherapie ist die Integration in ein soziales und medizinisches Betreuungsnetz, d.h. ein enger Kontakt der Süchtigen zu Ärzten und Sozialarbeitern.

Abbildung 8.6.5: Anzahl der Substitutionsbehandlungen in Wien in den Jahren 1991, 1993, 1996 und 1997



Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

8.6.1 Drogenkonsum und seine möglichen Ursachen

Eine wesentliche Funktion in bezug auf Drogenkonsum hat die Einstellung des Freundeskreises zu Drogen bzw. Kontakte zu Drogenkonsumenten. Die Relativierung der Gefährlichkeit von Drogen und ein vermuteter/früherer Drogenkonsum der Eltern sowie schwere familiäre Konflikte während der Kindheit und eine fatalistische bzw. hedonistische Einstellung der Jugendlichen können eine besondere Präposition zum Drogenkonsum bedingen. Bei Drogenkonsum ist der direkte Einfluß der Freunde stärker als jener der Eltern (IFES, 1995).

Soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Bildungsniveau und soziale Schicht haben keinen unmittelbaren Einfluß auf Drogenkonsum. Ebensowenig sind Streß in Beruf und Familie, gesundheitliche Beschwerden, Gesundheitsbewußtsein oder Zukunftsängste (wie Versagen in der Schule, Arbeitslosigkeit) Indikatoren für Drogenkonsum. Es kommt auch nicht auf das Wissen über das Suchtmittel an, sondern auf die subjektive Risikoeinschätzung (IFES, 1995). Es sind oft die Drogenkonsumenten, die überdurchschnittlich gut über das jeweilige Suchtmittel Bescheid wissen, die aber dazu neigen, dieses Wissen über die Droge zu relativieren. Das bedeutet in Folge, daß Informationskampagnen über Drogen nicht zu einer objektiveren Risikoeinschätzung derselben und damit zu einem verringerten Drogenkonsum führen müssen (IFES, 1995).

8.6.2 Drogen und AIDS

Drogenabhängige sind mit 20 % Neuerkrankungen an AIDS nach wie vor eine wichtige Risikogruppe. Die Neuerkrankungen haben sich im Verhältnis zu anderen Risikopopulationen seit einigen Jahren stabilisiert. Etwa ein Viertel der Drogenabhängigen ist HIV-positiv bzw. an AIDS erkrankt (WIENER DROGENBERICHT 1996).

Auf diese Thematik wird im Kapitel 9.2.2 näher eingegangen.

8.7 Männerberatungsstellen

In sehr vielen Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen, die sich mit sozialen oder gesundheitlichen Problemen befassen, werden sowohl Männer als auch Frauen beraten. Das folgende Kapitel beschränkt sich auf Einrichtungen, die sich ausschließlich um die Probleme von Männern kümmern.

Die MÄNNERBERATUNG in Wien besteht seit 1984. Mittlerweile umfaßt sie drei Einrichtungen: eine Beratungsstelle, die kostenlose und anonyme Unterstützung anbietet, eine Therapiegemeinschaft für längerfristige Hilfestellung und eine Informationsstelle, die Kurse für Jugendliche und Männer anbietet und sich mit Fragen der Gewalt und des sexuellen Mißbrauchs beschäftigt. Die Betreuung erfolgt durch zwei festangestellte und sechs freie Mitarbeiter. Darunter befinden sich diplomierte Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, ein praktischer Arzt, ein Jurist und ein Jugendberater.

Die Probleme der Männer, die die Beratungsstelle aufsuchen, lassen sich prinzipiell in fünf Kategorien aufgliedern. Dabei ist zu betonen , daß es sich nur um beratende Intervention handelt. Ein Hauptbereich ist die „Trennungsberatung". Hier erhält der Mann psychologischen und juristischen Beistand im Falle einer Scheidung. Auch erhält er Informationen bezüglich Besuchsrecht bei Kindern und Alimentationszahlungen. In der „Sozialberatung" werden soziale Probleme und Themen wie Depression oder Sucht behandelt. Täter von Gewalt- oder sexuellen Delikten finden Hilfe in der „Gewaltberatung". Die Therapie erfolgt entweder auf Druck einer Institution oder aus eigenem Antrieb, wenn der Hang zur Gewalttätigkeit als Problem erkannt wird. Die „Sexualberatung" schließt medizinische Abklärung und psychologische Beratung mit ein. In der „Männerberatung" werden Männer unterstützt, die in ihrer „Männlichkeit" verunsichert sind. Weiters kommt auch der Informationsarbeit für JournalistInnen und StudentInnen ein relativ großer Anteil zu.

Im Jahr 1995 belief sich die Zahl der beratenen Männer auf 964, wobei die Auskünfte für recherchierende Personen miteingerechnet wurden. 1996 waren es 1.206 Männer, und 1997 wurden 1.552 Männer beraten. In allen Jahren entfiel der Hauptanteil, nämlich rund ein Drittel, auf die „Trennungsberatung" (JAHRESBERICHT DER MÄNNERBERATUNG, 1997).

Die PROSTATASELBSTHILFEGRUPPE Wien besteht seit 1997. In dieser Selbsthilfegruppe finden Männer mit der Diagnose Prostatakrebs Hilfe. Neuerdings können auch Angehörige der betroffenen Männer an den Veranstaltungen teilnehmen.

An erster Stelle steht die Hilfe zur Selbsthilfe. Diese wird wöchentlich in einem psychologischen Arbeitskreis gegeben. In Kleingruppen finden Beckenbodentraining und autogenes Training statt. Einmal monatlich wird ein Vortrag angeboten, in dem auf ganzheitsmedizinische, soziale und auch steuerliche Belange eingegangen wird. Anschließend besteht die Möglichkeit, Fragen an die Vortragenden, die größtenteils Ärzte sind, zu stellen. Die Teilnehmerzahl beläuft sich meist auf 60 bis 80 Personen, wobei das Durchschnittsalter der Männer zwischen 60 und 75 Jahren liegt (BÜCHLER, persönliche Mitteilung).

In der Selbsthilfegruppe VATER KIND TREFF finden Väter, die sich intensiver mit ihrer Vaterrolle auseinandersetzen wollen, Unterstützung. Dabei sollen speziell Alleinerzieher und Besuchsväter angesprochen werden. Die Gruppentreffen finden zweimal monatlich statt und sollen den Männern die Möglichkeit geben, andere Väter kennenzulernen und Erfahrungen in Erziehungs-, Kinderpflege- und Partnerschaftsfragen auszutauschen. Auf Wunsch können auch die Kinder mitgebracht werden (MAGISTRAT DER STADT WIEN, Servicestelle für Selbsthilfegruppen).

Der VEREIN B.E.ST. ist eine Beratungsstelle für Männer mit Erektionsstörungen und ihre PartnerInnen. Alle Betroffenen erhalten anonyme und kostenlose Beratung. Zu bestimmten Zeiten kann man auch persönliche Telefonberatung durch einen Spezialisten in Anspruch nehmen. Weiters leistet dieser Verein auch Öffentlichkeitsarbeit, indem er Information und Aufklärung über Erektionsstörungen, die oft noch als Tabu-Thema behandelt werden, anbietet.

Kontaktadressen:

MÄNNERBERATUNG WIEN
Erlachgasse 95, 1100 Wien

PROSTATASELBSTHILFEGRUPPE WIEN
Obere Augartenstraße 26–28, 1020 Wien,
Martha-Frühwirt-Zentrum für medizinische Selbsthilfegruppen

VATER KIND TREFF
c/o Eltern Kind Zentrum 2, Malzgasse 1, 1020 Wien

VEREIN B.E.ST.–Beratungsstelle bei Erektionsstörungen
Danhausergasse 6/25, 1040 Wien

MAGISTRAT DER STADT WIEN, Servicestelle für Selbsthilfegruppen

IX.
SEXUELLE GESUNDHEIT

SEXUAL HEALTH

IX. SEXUELLE GESUNDHEIT 155–168

9.1 SEXUELLE ORIENTIERUNG 157

9.2 GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND SEXUELLÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (STD) 158

9.2.1 DIE KLASSISCHEN GESCHLECHTSKRANKHEITEN 159

9.2.1.1 Prävalenz 159

9.2.1.2 Behandlung 160

9.2.2 HIV UND AIDS 161

9.2.2.1 AIDS 162

9.2.2.2 HIV-Infektionen 162

9.2.3 VIRALE HEPATITIDEN 164

9.2.4 HOSPITALISIERUNGEN 165

9.3 INFERTILITÄT, VERHÜTUNG, KLIMAKTERIUM VIRILE 166

9.4 BETREUUNG, BERATUNG, INFORMATIONEN 167

9 SEXUELLE GESUNDHEIT

Zusammenfassung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit sexuellen Aspekten und der Situation bei Geschlechtskrankheiten sowie sexuell übertragbaren Krankheiten bei Männern in Wien. Schwerpunktmäßig wird einerseits auf die klassischen Geschlechtskrankheiten, Gonorrhoe und Lues, eingegangen, andererseits auch die Situation bei sexuell übertragbaren Krankheiten und deren Behandlung dargestellt. Es wird die Situation bei HIV/AIDS und den Hepatitiden A, B und C dargestellt und mit 1997 verglichen. Prognosen werden keine erstellt, es sei jedoch an dieser Stelle gesagt, daß eine Dramatik in der Entwicklung nicht zu erwarten ist. In Wien kann die Situation als überschaubar und nicht beunruhigend bezeichnet werden, die von vielen Seiten gesetzten Präventionsmaßnahmen scheinen erfolgreich gewesen zu sein. Vor allem die Anzahl der an AIDS Erkrankten, aber auch die Zahl der HIV-Infizierten dürfte sich, etwa im Vergleich zu Deutschland, in Grenzen halten. Obgleich die Tendenz bei den Geschlechtskrankheiten leicht ansteigend ist, d.h. bei den Gesamt-Wien-Zahlen war im Vergleich zu 1997 ein Anstieg von 0,7 % zu sehen, erscheint die Lage auch hier kontrollierbar und beherrscht. Theoretische Überlegungen zu Infertilität, Verhütung und Hormonsubstitution im Alter werden am Schluß dargestellt und mit einigen wenigen Beispielen untermauert.

Summary

This chapter deals with the sexual aspects of men's health in Vienna. Although the focus is on the classical venereal diseases, gonorrhea and syphilis, we also examine sexually transmitted diseases and their treatment. We present data on HIV/AIDS and hepatitis A, B, and C in comparison with 1997. Though we make no specific prognoses, we expect no dramatic developments; the situation in Vienna does not give rise to concern, particularly since the myriad of preventive measures taken over the years seem to be successful. In comparison with, for example, Germany, the number of those HIV-positive or ill with AIDS seems to be relatively stable. Even though there is a slightly rising trend in the incidence of venereal disease (there was a 0.7 % increase from 1997), here, too, the situation can be considered to be under control. Finally, we discuss issues of infertility, contraception, and age-related hormone substitution.

9.1 Sexuelle Orientierung

„Geschlechtsverkehr kann sehr divergente Bedeutungen haben."

59 % der Teilnehmer an einer Untersuchung in den Vereinigten Staaten aus dem Jahr 1991 sind der Meinung, daß oral-genitaler Kontakt kein Geschlechtsverkehr ist, 19 % der Befragten halten Analverkehr nicht für Geschlechtsverkehr (SANDERS et al., 1999).

Zur sexuellen Orientierung der österreichischen Bevölkerung, insbesonders der männlichen, liegen derzeit keine evaluierten wissenschaftlichen Daten vor. Dem „Kinsey-Report" und der durch MASTER und JOHNSON überarbeiteten Fassung ist zu entnehmen, daß etwa 5 % der männlichen Bevölkerung homosexuell bzw. homo- und bisexuell seien, in großstädtischen Ballungsräumen sogar bis zu 10 %. Erfahrungen aus dem Betreuungsbereich homosexueller Männer bestätigen diese Angaben (FRÖHLICH, 1999). Hinweise auf eine verkürzte Lebenserwartung bei Männern, die Sex mit Männern haben, ergab eine europäische Untersuchung, die eine Korrelation zwischen Lebenserwartung und homosexueller Lebensweise gefunden hat (Verkürzung von 20 bis 30 Jahren), welche durch das Erworbene Immundefekt-Syndrom (AIDS) bedingt war (CAMERON et al., 1998).

Populärwissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema Sexuelle Orientierung sind „Im Land der Sinne", ein Buch auf Grundlage einer IFES-Umfrage von LANGBEIN und FRITSCH, und eine Serie in einer österreichischen Tageszeitung, „Österreich Intim" von SENGER und HOFFMANN, die Mitte der neunziger Jahre erschienen ist.

Der überwiegende Anteil der männlichen Bevölkerung ist somit als heterosexuell zu bezeichnen, beim Anteil homosexueller Männer wäre jedoch noch auf die Gruppe der Bisexuellen gesondert einzugehen.

Der Bereich „Sexuelle Orientierung" stellt sich aus unserer Sicht als weitgehend unerforschtes Neuland dar und sollte schon aus infektionsepidemiologischer Sicht Ziel weiterführender gesundheitssoziologischer und sozialmedizinischer Untersuchungen sein.

9.2 Geschlechtskrankheiten und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

„Infektionen, die durch sexuellen Kontakt von einer Person auf eine andere weitergegeben werden, sind unter dem Ausdruck sexuell übertragbare Krankheiten (STD) bekannt. Sexueller Kontakt inkludiert vaginalen, analen und oralen Sex" (American Institute of Preventive Medicine, 1996).

Durch den ungeahnten Anstieg der Inzidenz von Syphilis und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in großen Teilen von Osteuropa und Mittelasien verstärkt sich die Gefahr einer umfassenden und unmittelbaren HIV-Epidemie in der Europäischen Region der WHO erheblich. Eine internationale Task Force wird auf Initiative der WHO und UNAIDS versuchen, eine externe Unterstützung bei der rechtzeitigen Bekämpfung der STD-Epidemie durch Mobilisierung internationaler und nationaler Ressourcen zu sichern. Als Beispiel für die Effektivität und Effizienz wird der Erfolg der Maßnahmen zur Eindämmung der Diphtherieepidemie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion genannt (WHO, 1998).

Sexuell übertragbare Krankheiten sind in großen Teilen der Welt im Ansteigen begriffen. Die Gründe dafür sind nicht nur in sextouristischen Aktivitäten durch Erleichterung der Reisemöglichkeiten (Fall des „Eisernen Vorhanges", Verbilligung der Flugreisen etc.) zu finden, sondern auch in einer Liberalisierung der Sexualität in der Gesellschaft, einer steigenden Anzahl von alleine lebenden Erwachsenen (Singles) mit sehr unterschiedlichem Sexualverhalten, einer großen oder größeren Anzahl von Sexualpartnern und einer geringeren Verwendung von klassischen Verhütungsmitteln wie Kondomen, Diaphragmen u.ä.

In Österreich ist die Meldepflicht für Krankheiten durch die Absonderungsverordnung von 1915, das Epidemiegesetz von 1950, durch das Geschlechtskrankheitengesetz, das Tuberkulosegesetz und das AIDS-Gesetz, jeweils in seiner gültigen Form, sowie durch einschlägige internationale Gesundheitsvorschriften geregelt (KOLLER, 1997).

Die Meldepflicht soll einerseits eine rasche Information über das Auftreten bestimmter Krankheiten ermöglichen, andererseits duch die Erfassung dieser Krankheiten die Möglichkeit für epidemiologische Analysen bieten.

9.2.1 Die klassischen Geschlechtskrankheiten

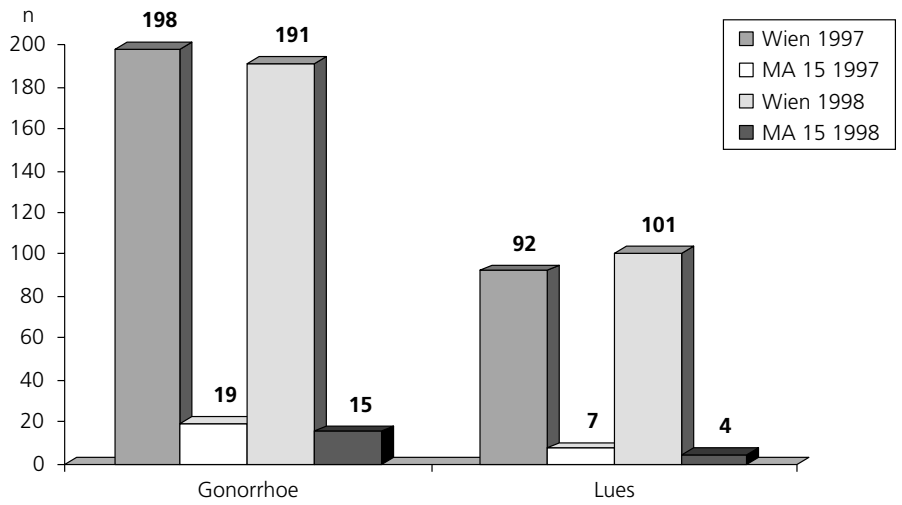
9.2.1.1 Prävalenz

Bei der Gonorrhoe („Tripper") ist anders als bei Lues („Syphillis") ein Rückgang festzustellen. 1997 wurden bei Männern in Wien 198 Fälle von Gonorrhoe und 92 Fälle von Lues gemeldet, 1998 191 Fälle von Gonorrhoe, aber 101 Fälle von Lues (Abb. 9.2.1).

An der STD-Ambulanz der MA 15 kam es 1998 bei beiden Erkrankungen zu einem Rückgang: Gonorrhoe: 15 Fälle, entsprechend 8 % der Gesamtmeldungen (1997: 19 Fälle, 10 % der Gesamtmeldungen). Lues: 4 Fälle, entsprechend 4 % der Gesamtmeldungen (1997: 7 Fälle, 8 % der Gesamtmeldungen) (Abb. 9.2.1).

Ulcus molle und Lymphogranuloma venereum wurden 1997 und 1998 in Wien nicht gemeldet.

Abbildung 9.2.1: Gonorrhoe und Lues bei Männern in Wien, Gegenüberstellung 1997 vs. 1998



Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Die Anzahl der gemeldeten Geschlechtskrankheiten bei Männern in Wien ist gegenüber 1997 um 0,7 % angestiegen, während sie bei der Klientel des STD-Ambulatoriums abgenommen hat.

Letzteres setzte sich 1998 wie folgt zusammen: polizeilich gemeldete Prostituierte: 748 (8 Männer), Geheimprostitutierte 253 (2 Männer), Bardamen: 51, andere Patienten: 231 Männer, 188 Frauen; insgesamt 1.471 Personen bei 22.486 Untersuchungen.

Die Inzidenz der Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe und Lues), bezogen auf Personen, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9.2.1: Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz)

	1997	1998	erkrankt 1997	erkrankt 1998	% Personen	% Personen
insgesamt	1.452	1.471	72	61	*5*	*4*
Prostituierte	765	748	17	19	*2*	*3*
Geheimprostituierte	177	253	15	1	*8*	*4*
Männer	239	231	26	19	*11*	*8*

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Die Inzidenz anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten – bezogen auf Personen – wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9.2.2: Sexuell übertragbare Krankheiten (STD-Ambulanz)*

	Personen 1997	Personen 1998	Gruppe 1/97	Gruppe 1/98	Gruppe 2/97	Gruppe 2/98
insgesamt	1.452	1.471	295 (*20* %)	351 (*24* %)	542 (*37* %)	433 (*29* %)
Prostituierte	765	748	148 (*19* %)	232 (*31* %)	469 (*61* %)	347 (*46* %)
Geheimprostituierte	177	253	54 (*31* %)	47 (*19* %)	12 (*7* %)	26 (*10* %)
Männer	239	231	30 (*13* %)	19 (*8* %)	11 (5 %)	16 (*7* %)

* s. Tab. 9.2.4

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

9.2.1.2 Behandlung

Verfügbar waren die Zahlen der Behandlungen von Geschlechtskrankheiten, inklusive der Sicherheitsbehandlungen, am STD-Ambulatorium der MA 15; sie sollen hier exemplarisch dargestellt werden. 1997 wurden insgesamt 190 Personen wegen Gonorrhoe und Lues behandelt, davon 59 Männer; im Jahre 1998 169 Personen, davon 54 Männer (Tab. 9.2.3 und Tab. 9.2.4).

Tabelle 9.2.3: Behandlung der Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz)

	1997	1998
Gonorrhoe gesamt	163	143
Gonorrhoe Männer	51	46
Lues gesamt	27	26
Lues Männer	8	8

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Tabelle 9.2.4: Behandlungen anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten (STD-Ambulanz)

	1997 gesamt	1998 gesamt	1997 Männer	1998 Männer
Gruppe 1*				
Chlamydien	112	83	18	14
Trichomonaden	56	51	0	0
Anaerobier	82	199	1	0
Condylomata ac.	20	6	3	2
Herpes genitalis	13	9	3	1
Ped.pub.	6	3	2	2
Gruppe 2**				
genit. Soormykose	494	38	10	9
unspez. Entzündung	47	45	1	0
Scabies	6	6	3	6
Mollusca cont.	1	2	0	1
ingesamt	837	784	41	35

* eigentliche und vorwiegend sexuell übertragene Infektionen
** genitale Infektionen, die auch sexuell übertragen werden können, häufig aber nicht sexuell erworben sind

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

9.2.2 HIV und AIDS

ARMSTRONG et al. fanden heraus, daß die Mortalität infolge von Infektionskrankheiten von 797 Todesfällen pro 100.000 im Jahre 1900 auf 36 pro 100.000 im Jahre 1980 gesunken war. Besonders steil ist der Abfall der Mortalität zwischen 1938 und 1952, bedingt durch die Entwicklung und das Einsetzen von Sulfonamiden (1935), Antibiotika (1941) und Tuberkulostatika (1944). Die Ausnahme bildete das Jahr 1918 mit einer Influenza-Epidemie („Spanische Grippe"). Zwischen 1981 und 1995 ist die Sterblichkeit als Folge von Infektionskrankheiten wieder angestiegen, und zwar auf 63 Todesfälle/ 100.000. Dieser Anstieg ist vorwiegend durch AIDS bei 25- bis 64jährigen Patienten entstanden, in geringerem Ausmaß durch die Zunahme der Influenza- und Pneumonieopfer bei den über 65jährigen. 1996 betrug die Infektionsmortalität 59 pro 100.000 Personen (MMWR, 1995).

Die Weltgesundheitsorganisation meldete im Dezember 1998 einen Anstieg der Zahl der HIV-Infektionen von 1997 auf 1998 um drei Millionen, auf 33 Millionen weltweit, wobei sich der überwiegende Anteil der Betroffenen in Ländern der dritten und vierten Welt findet. Besonders dramatisch sind die Schätzungen zur Situation bei Kindern. Etwa 590.000 Kinder unter 15 Jahren sind vertikal, während der Schwangerschaft, Geburt oder der Stillperiode, mit HIV infiziert worden.

Wirksamen Schutz vor der erworbenen Immunschwächekrankheit AIDS bietet derzeit nur die Vermeidung der Infektion mit HIV. Insbesondere bei Gruppen mit erhöhtem Risikoverhalten oder Berufsgruppen, die erhöhtem Risiko ausgesetzt sind (medizinische Berufe, Exekutive, ...), werden verschiedenste Präventionsmaßnahmen gesetzt: Verteilung von Kondomen; Verteilung von Einmalnadeln über Apotheken und Drogenbusse; Verwendung von Schutzbekleidungen und durchstichsicheren Behältnissen in Krankenanstalten; Ausstattung der Exekutive mit Kettenhandschuhen; Blut und Blutprodukte werden durch Einführung neuester Diagnose- und Virusinaktivierungsverfahren sicherer gemacht. Die Postexpositionelle Prophylaxe (PEP), eine antiretrovirale Kombinationstherapie, stellt nach Kontaminationsverdacht (Nadelstichverletzungen, Blut-Schleimhaut-Kontakt oder auch Geschlechtsverkehr mit HIV-positivem/AIDS-krankem Partner) eine weitere Möglichkeit dar, das Infektionsrisiko zu reduzieren (MMWR, 1995; BOCKHORN et al., 1999; SCHALK, 1999).

Präventionsmaßnahmen sind bei Sexualkontakten im heterosexuellen sowie homo-/bisexuellen Bereich neben sogenannten Safer-Sex-Praktiken auf die Verwendung des Kondoms und entsprechende Bewußtseinsbildung mit Verhaltensmodifikation (Partnerwahl, Partnerzahl etc.) ausgerichtet und beschränkt. HAUSSER et al. berichten 1991 (Swiss AIDS prevention strategy) über die Sinnhaftigkeit der Bewerbung des Kondomes bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und zeigen, daß die regelmäßige Verwendung des Kondomes durch entsprechende Promotionsmaßnahmen in der Gruppe der 17- bis 30jährigen von < 10 % 1987 auf etwa 50 % 1990 gesteigert werden konnte (in der Subgruppe der 16- bis 19jährigen von 19 % auf 73 %), in der Gruppe der 31- bis 45jährigen immerhin noch von < 20 % auf > 35 %. FEINLEIB und MICHAEL finden im NATIONAL HEALTH AND SOCIAL LIFE SURVEY (n = 3.159) eine AIDS-bedingte Änderung des Sexualverhaltens bei 29 % von US-amerikanischen Erwachsenen. Diese Änderungen bestehen im wesentlichen aus Reduktion der Anzahl von Sexualpartnern (12 %), häufigerem Kondomgebrauch (9 %) und sorgfältigerer Partnerwahl (7 %) (FEINLEIB et al., 1998).

9.2.2.1 AIDS

Während nach dem österreichischen AIDS-Gesetz aus 1986 respektive 1993 Erkrankungen und Todesfälle gemeldet werden müssen, ist dies für die Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nicht notwendig (BMAGS, 1999).

Die österreichische AIDS-Statistik wird am Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Sektion Gesundheitswesen, Abteilung VIII/D/2, zentral geführt. Erhoben werden Erkrankungs- und Todesfälle ab 1983 in 10 Tabellen, gegliedert nach Risikogruppen, Bundesländern, Männern, Frauen und Kindern entsprechend der europäischen Falldefinition für die Überwachung von AIDS. Der PERIODISCHE BERICHT DER ÖSTERREICHISCHEN AIDS-STATISTIK vom 4. Jänner 1999 kennt 1.881 Erkrankungsfälle mit 1.180 bereits Verstorbenen (BMAGS, 1999).

Von den 701 lebenden AIDS-Kranken gehören 239 Personen zur Gruppe der Homo-/Bisexuellen. Derzeit leben 320 Personen mit AIDS in Wien (45,7 % der Gesamtzahl) respektive 267 von 546 Männern (48,9 %) (Tab. 9.2.5).

Tabelle 9.2.5: AIDS: Erkrankungen (E) und Todesfälle (T)

	Erkrankungsfälle	Todesfälle	Männer (E)	Männer (T)
Wien	934	614	808	541
Österreich	1.881	1.180	1.527	981

Quelle: BMAGS, Österr. AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 4.1.1999

9.2.2.2 HIV-Infektionen

Mangels einer Meldepflicht der HIV-Infektion sind Aussagen zur Durchseuchung der Bevölkerung mehr oder weniger spekulativ. Die AIDS-Kommission des Obersten Sanitätsrates geht von der Größenordnung 12.000 +/- 4.000 Betroffene aus. Die Verteilung der HIV-Infektionen ist regional sehr unterschiedlich, eine Häufung findet sich in städtischen Ballungsräumen (Piribauer,1998). Zwischen 1993 und 1998 ist in Österreich eine kumulative Abnahme der HIV-Infektionen um etwa 40 % zu sehen (HEINZ et al., 1998). Ob dies alleine auf die Präventionskampagnen und -maßnahmen oder etwa auf die „Ausschöpfung eines potentiellen Reservoirs" oder andere Umstände zurückzuführen ist, bedarf einer eingehenden fachlichen Diskussion.

Exemplarisch für diese Entwicklung stehen hier die Angaben des Institutes für Virologie der Universität Wien (HEINZ et al., 1998) (Tab. 9.2.6, Tab. 9.2.7 und Abb. 9.2.2).

Tabelle 9.2.6: HIV-Infektionen und AIDS 1, Österreich

Jahr	AIDS-Meldungen	AIDS-Erkrankungen	HIV-Infektionen (neu)
1997	110	92	297
1998	114	88	313

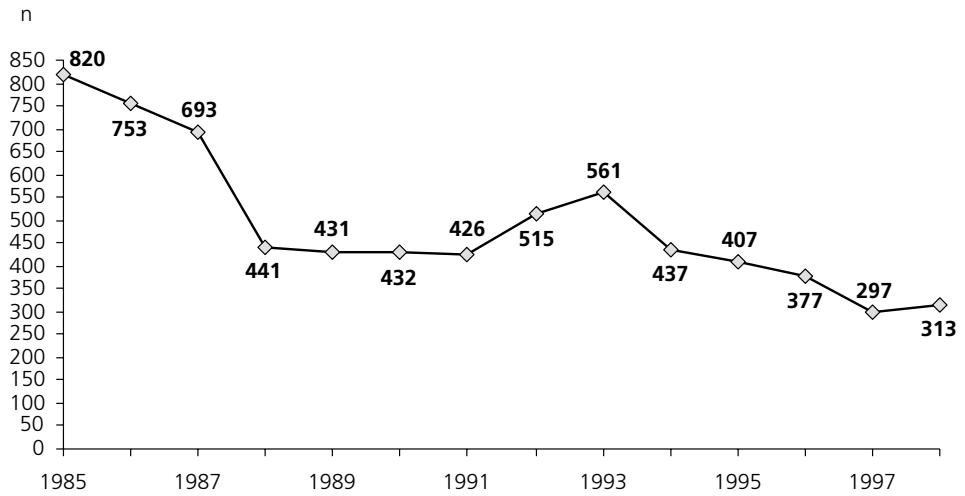
Quelle: Heinz et al., 1999

Tabelle 9.2.7: HIV-Infektionen und AIDS 2, 1998

	HIV-Infektionen	AIDS
Wien	4.243	934
Österreich	6.904	1.881

Quelle: Heinz et al., 1999

Abbildung 9.2.2: HIV-Infektionen 1985 bis 1998, Österreich



Quelle: Heinz et al., 1999

An der STD-Ambulanz der MA 15 wurden im Zeitraum 1985 bis 1998 177 HIV-Infektionen diagnostiziert (Tab. 9.2.8).

104 der 177 Betroffenen sind Männer, welche sich wie folgt zusammensetzen: Homosexuelle: 44, IVDU: 29, unbekanntes Risiko: 16, Heterosexuelle: 10, Geheimprostituierte: 2, Prostituierte: 1, sonstige: 2.

Tabelle 9.2.8: HIV-Infektionen 1985 bis 1998, Wien

	1985–1990	1991–1995	1996	1997	1998
Männer	68	25	3	2	6
Frauen	35	25	2	7	4
gesamt	103	50	5	9	10

Quelle: MA 15, Verwaltungsbericht 1998

Während also in Österreich eine abfallende bzw. seit Jahren sehr niedrige HIV-Neuinfektionsrate beschrieben wird, stellt sich die Situation in Deutschland anders dar. Das RKI (Robert-Koch-Institut) berichtet vom niedrigsten Stand der AIDS-Todesfälle seit mehr als 10 Jahren, stellt aber auch fest: „Es gibt keinen Anhalt für einen Rückgang der HIV-Neuinfektionen. Immer noch infizieren sich in Deutschland jedes Jahr über 2.000 Personen neu mit dem HI-Virus. Die HIV-Epidemie in Deutschland wird weiterhin in erster Linie durch die Neuinfektionen in der Gruppe der homo- bzw. bisexuellen Männer, die etwa die Hälfte aller Neuinfektionen ausmachen, geprägt. Der Anteil der Fälle mit vermuteter heterosexueller Übertragung hat in den letzten Jahren zugenommen und liegt derzeit bei etwa 17 %. Der Anteil der Frauen unter den neudiagnostizierten HIV-Infektionen lag 1998 bei 22 %. Seit Beginn der Epidemie sind in Deutschland > 21.000 Menschen an AIDS erkrankt, > 16.000 an den Folgen von AIDS verstorben (ROBERT-KOCH-INSTITUT, 1999).

9.2.3 Virale Hepatitiden

Virusbedingte Hepatitiden sind Entzündungen des Lebergewebes mit nachfolgender Strukturänderung und Funktionseinschränkung, im wesentlichen durch die Hepatitis-Viren A, B und C verursacht. Es sind zwar noch weitere Hepatitisviren bekannt – Hepatitis D, E, G, diskutiert wird auch über Hepatitis F –, diesen wird aber derzeit keine große Bedeutung beigemessen. Verdacht, Erkrankung und Todesfall an infektiöser Hepatitis sind meldepflichtig (Epidemiegesetz, 1961). Gegen Hepatitis A und B gibt es eine Schutzimpfung, und seit kurzer Zeit ist auch ein Kombinationsimpfstoff gegen beide Viren (Hep. A und B) für Erwachsene und Kinder erhältlich.

Eine Studie in der US-amerikanischen Universitätsstadt Ann Arbor an homosexuellen Männern von 18 bis 37 Jahren untersuchte die Einstellung zur Hepatitis-B-Impfung und kam zu folgenden Ergebnissen: 67 % kannten die Möglichkeit der Impfung, 37 % der Probanden waren Hepatitis-B-getestet, jedoch nur 22 % waren grundimmunisiert. 58 % zeigten sich einer Impfung sehr aufgeschlossen, 30 % wurden über Safer-Sex-Praktiken informiert und 14 % über die Möglichkeit der Impfung. Die Autoren kamen zum Schluß, daß der Hepatitis-B-Impfung für homosexuelle Männer eine hohe Priorität eingeräumt werden sollte (NEIGHBORS et al., 1999).

Die WHO hat die Impfung gegen Hepatitis B in ihr weltweites Impfprogramm aufgenommen und sie allen nationalen Impfprogrammen empfohlen. Verschiedene europäische Länder, etwa Spanien, haben Hepatitis-Eradikationsprogramme eingeführt; auch in Österreich wurde die Hepatitis-B-Impfung bereits in die allgemeinen Impfempfehlungen des Obersten Sanitätsrates aufgenommen. Die Impfung gegen diese beiden Formen der Virushepatitiden ist allen angeraten, die ein Risiko haben könnten, infiziert zu werden. Die Hepatitis B gehört auch in Europa zu den gefährlichen Krankheiten, sie ist eine der Haupttodesursachen für junge, sexuell aktive Menschen in Südeuropa.

Die Hepatitis C ist erst seit wenigen Jahren diagnostizierbar. 1988 wurde das Virus erstmals beschrieben, ab 1991 standen Tests zur Verfügung. Die Hepatitis C dürfte nach heutigen Erkenntnissen den Großteil der sogenannten Non-A-Non-B-Hepatitiden ausgemacht haben (BAUMGARTEN, 1997; HARTL, 1998).

Genaue Zahlen zur Prävalenz in Österreich sind nicht vorhanden. Schätzungen bewegen sich zwischen 20.000 und 100.000 HCV-Ak-positiven Österreichern. In Wien wurden zwischen 20 (1991)

und 97 (1997) Erkrankungen an Hepatitis C pro Jahr gemeldet (BRUNS, 1997). Bei etwa der Hälfte der Infizierten ist eine Infektion durch Blut/Blutprodukte, Dialyse oder invasive Untersuchungen naheliegend. Während die Hepatitits B als STD unbestritten ist, wird die Hepatitis C als solche diskutiert; sie ist zwar sexuell übertragbar, jedoch – durch eine Vielzahl von Studien belegt – nur in geringem Ausmaß (BAUMGARTEN, 1997; HARTL, 1998; MMWR, 1998; OPRAVIL et al., 1998).

Tabelle 9.2.9: Virale Hepatitiden bei Männern und Frauen in Wien, 1997 und 1998

Jahr	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
1997	246	90	97
1998	104	61	36

Quelle: Gesundheitsbericht Wien 1997

9.2.4 Hospitalisierungen

Die Wiener Spitalsentlassungsstatistik aus dem Jahr 1996 wirft 165.061 Hospitalisierungen bei Männern aus. Insgesamt ist die Gruppe der Hauptbetroffenen die der 50jährigen und älteren Männer. Bezogen auf die sexuelle Gesundheit ist jedoch sehr klar ersichtlich, daß eine Häufung der Spitalsbehandlungen bei den sogenannten sexuell aktiven Altersgruppen auftritt.

Durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten bei HIV/AIDS (Kombinationstherapien, Prophylaxe opportunistischer Infektionen u.ä.) wurde eine Verlagerung der AIDS-Patienten in den extramuralen Bereich mit ambulanter medizinischer Betreuung ermöglicht. Dies, unterstützt durch eine Vielzahl von spezifischen Betreuungs- und Versorgungsangeboten, führte neben einer höheren Lebensqualität für die Betroffenen zu einer räumlichen und budgetären Entlastung der Krankenanstalten mit HIV/AIDS-Stationen.

Eine Aufschlüsselung der Spitalsaufenthalte von Männern in Wien (nach ICD KRAZAF/Version, 3-Steller) für HIV/AIDS, Lues/andere Geschlechtskrankheiten und Virushepatitiden (ohne chronische Form) und nach dem Alter der Patienten zeigt die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 1996. Bei HIV/AIDS sieht man sehr deutlich die allgemein beschriebene Häufung im sogenannten sexuell aktiven Alter, also zwischen 20 und 50 Jahren; ebenso erklären sich die größeren Fallzahlen bei der Syphilis in diesem Lebensabschnitt. Eine andere Verteilung zeigen die Hospitalisierungen wegen viraler Hepatitiden, hier kommt es zu einem deutlichen Rückgang ab dem 40. Lebensjahr (Tab. 9.2.10).

Tabelle 9.2.10: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Männer

	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	>= 90	gesamt
042–044	19	191	883	458	197	19	6	0	0	1.773
090–097,099	2	9	7	8	6	2	4	1	0	39
070	40	38	42	29	16	10	5	0	0	180

Quelle: ÖSTAT, 1998

ICD 042: AIDS-Erkrankung/043: AIDS-Related Complex/044: Sonstige HIV-Infektionen
ICD 090: Syphilis connata/091: Symptomat. S. im Frühstadium/092: Latente S. im Frühstadium/093: Kardiovaskuläre S./094: Neurosyphilis/095: Sonstige Formen der Spätsyphilis mit Symptomen/096: Latente Spätsyphilis/097: S., andere Formen;
ICD 099: Andere Geschlechtskrankheiten;
ICD 070: Virushepatitis, exkl. chronische Form

9.3 Infertilität, Verhütung, Klimakterium virile

Unfruchtbarkeit, Empfängnisverhütung und „der Wechsel beim Mann", das Klimakterium virile, werden immer häufiger und in immer deutlicherem Ausmaß thematisiert und damit auch auf breiter Basis populärwissenschaftlich diskutiert. Speziell bei der Infertilität und der Kontrazeption war eine Analyse der Ursachen und der Verantwortlichkeit dabei eine logische Konsequenz. Politische Debatten zur Kostenübernahme bei IVF-Verfahren (In-vitro-Fertilisation) sind ein weiterer Anhaltspunkt für die gesellschaftliche Bedeutung und zeigen auf, daß Infertilität den Status einer Krankheit erhalten könnte und Fortpflanzung nicht mehr nur „per vias naturalis" stattfinden soll und wird.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß 10 bis 15 % aller Paare unfruchtbar sind. Bei etwa der Hälfte liegt die Ursache hierfür entweder gänzlich oder zumindest teilweise beim Mann (Aesoph, 1995). Die Spitalsentlassungsstatistik aus 1996 zeigt sehr deutlich, daß die betroffenen Männer sich überwiegend zwischen der vierten und fünften Lebensdekade befinden, wenn sie zur Behandlung der Unfruchtbarkeit in Spitälern aufgenommen werden. Insgesamt waren 1996 in Wien 65 Männer zur Behandlung ihrer Unfruchtbarkeit hospitalisiert. Tabelle 9.3.1 zeigt sehr deutlich, daß der Therapiewunsch bei Männern zwischen 40 und 50 Jahren am ausgeprägtesten ist. Von jahrelangen „Therapie"-Versuchen und einem sehr hohen Leidensdruck des Patienten in den Jahren vor medizinischer/fachärztlicher Intervention wissen wir aus Fallberichten und anekdotischen Erzählungen der Fachgesellschaften.

Tabelle 9.3.1: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Hospitalisierungen wegen männlicher Infertilität

	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	>= 90	Gesamt
606	0	0	13	39	12	1	0	0	0	65

Quelle: ÖSTAT, 1998

Für die männliche Infertilität kann eine Vielzahl von Defekten verantwortlich gemacht werden: physische, psychische oder kombinierte Störungen, angeboren, erworben, krankheits-, unfall- oder lebensweisebedingte Ursachen. Neueste Hinweise betreffen die Verwendung von Plastikwindeln, wodurch es zu einer unphysiologischen Erwärmung der Hoden und damit zu einer Erhöhung des Infertilitäts- und Karzinomrisikos kommen kann (FRIGO, 1998). Ebenso vielfältig wie die Gründe für die Unfruchtbarkeit sind die Möglichkeiten der Intervention; von der Komplementärmedizin über Hormonsubstitution bis hin zur Gentechnik.

Auch die Schwangerschaftsverhütung ist im Wandel begriffen. Die Verantwortung für die Fortpflanzung wird, bedingt durch die Umstrukturierungen in der Informations- und Kommunikationsgesellschaft und ihre Auswirkung auf die Lebensweise und -art der Menschen, immer mehr partnerschaftlich. Zwar dominiert die Verwendung „der Pille" als Kontrazeptivum durch die Frau, es ist der Mann aber mehr und mehr gefordert. Vom Kondom bis zur Durchtrennung der Samenstränge reichen die – nur mäßig angewandten – Möglichkeiten. Beispiel: Erst AIDS und die damit verbundenen Safer-Sex- und STD-Präventions-Kampagnen haben zu einer Steigerung der Kondomverwendung geführt. Die Entwicklung oraler Kontrazeptiva für den Mann war bis heute nur mäßig von Erfolg gekrönt.

Durch Gentechnik und neue Darreichungsformen könnten aber auch auf diesem Gebiet Veränderungen Platz greifen. Die angeführten Studien stehen als Beispiel für die prompte Reaktion der Arzneimittelindustrie. Insbesonders bei Verhütungsmaßnahmen bietet die Gentechnik Möglichkeiten; so berichten WATSON und ZINN in „Proceedings of The National Academy of Sciences" von der Möglichkeit einer Genmutation, die im Tierversuch zu einem sehr frühzeitigen Absterben der Spermien führt, ohne die normale Entwicklung des Versuchstieres (Maus) zu beeinträchtigen.

In einer neunmonatigen Studie an 60 19- bis 50jährigen Männern in Großbritannien wird unter Beteiligung des British Medical Research Council eine Kombination aus einem subkutanen Testosteron-Implantat und einer täglichen Prolaktin-Einnahme getestet, um eine Unterdrückung der Spermienproduktion von bis zu 99 % zu erreichen. Bisherige Kontrazeptiva für Männer führten zu Spermienreduktionen um 70 bis 80 %.

Hormonsubstitution bei der Frau ist in der Medizin kein Thema mehr. Menopause, Osteoporose etc. sind weitgehend erforscht. Der Arzt für die Frau hat aber noch kein männliches Pendant, abgesehen vom Urologen. Andrologen und andrologische Gesellschaften müssen sich ihre Position erst erkämpfen. Dem Klimakterium virile und der Frage: „Kann alternden Männern mit Hormonen geholfen werden?" widmete sich der First World Congress on the Aging Male. Nach dem 40. Lebensjahr kommt es beim Mann zu einer Verminderung des Testosteronspiegels, allerdings mit erheblichen Schwankungsbreiten. Die Vitalität nimmt ab, Muskelkraft und Knochendichte sinken. Eine echte „Andropause" (in Anlehnung an die Menopause) gibt es hingegen nicht (DAZ, 1998; SCHATTENFROH, 1998). Eine Hormonersatztherapie soll dabei jedoch nicht ausschließlich auf Androgene beschränkt sein, die Bedeutung von Östrogenen für Männer zeichnet sich immer mehr ab. Ersten Hinweisen auf eine Verzögerung des Alterungsprozesses mittels Hormonlangzeittherapie wird nachgegangen, mit dem Hintergrund, daß im Jahre 2005 20 % der Männer in der Europäischen Union älter als 60 Jahre sein werden (THE AGING MALE, 1998).

9.4 Betreuung, Beratung, Informationen

- AIDS-Dienst der Malteser, Souveräner Malteser Ritterorden, Johannesgasse 2, 1010 Wien, 01/512 72 44
- AIDS-Hilfe Wien, AIDS-Hilfe-Haus, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien, 01/599 37
- AIDS-Seelsorger Pater Clemens Kriz, Breitenfeldergasse 8, 1080 Wien
- AKH, Univ.Klinik für Dermatologie, Station und Ambulanz Süd B, Lazarettgasse 14, 1090 Wien, 01/403 69 33
- Buddy Verein Wien, Lindengasse 45/4, 1070 Wien, 01/524 65 64
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Radetzkystr. 2, 1030 Wien, 01/71172-0
- Caritas Hospiz-Team, Albrechtskreithgasse 21, 1160 Wien, 01/489 07 31
- DV Wiener Pflege- und Sozialdienste, Porzellangasse 22, 1090 Wien, 01/317 18 66
- Ganymed, Schönbrunnerstr. 48, 1050 Wien, 01/5482880
- Gesundheitsamt der Stadt Wien (MA 15), STD-Ambulatorium, Neutorgasse 20, 1013 Wien, 01/536 34
- Homosexuellen-Initiative Wien, Novaragasse 40, 1020 Wien, 01/2166604
- Männerberatung, Erlachgasse 95, 1100 Wien
- Menschen und AIDS – Club Plus, Sporkenbühlgasse 3, 1090 Wien, 01/31 55 555
- Österr. Hämophilie-Gesellschaft, p.A. AIDS-Hilfe-Haus, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien, 0676/530 3000
- Positiv Leben, Postfach 80, 1061 Wien, 01/799 41 64
- Pulmologisches Zentrum, Pav. Wienerwald, Sanatoriumstr. 2, 1140 Wien, 01/91060-2345
- Rosa Lila Tip, Linke Wienzeile 102/3, 1060 Wien, 01/585 43 43
- Verein AIDS Life, Johannesgasse 28, 1037 Wien, 01/718 77 00
- Verein Wiener Sozialprojekte, Schönbrunnerstr. 7/B, 1040 Wien, 01/586 62 9

X.
SEELISCHE GESUNDHEIT

MENTAL HEALTH

X. SEELISCHE GESUNDHEIT **169–184**

10.1 STRESS **171**
10.1.1 EPIDEMIOLOGIE 171
10.1.2 SEELISCHE BELASTUNG DURCH DEN BERUF 172
10.2 DEPRESSION, PSYCHISCHE KRANKHEITEN **176**
10.2.1 DEPRESSION 176
10.2.1.1 Epidemiologie 176
10.2.1.2 Gesundheitspolitische Aspekte 180
10.2.1.3 Prävention 180
10.2.1.4 Ökonomische Aspekte 181
10.2.2 PSYCHISCHE KRANKHEITEN 181

10 SEELISCHE GESUNDHEIT

Eine Reihe von Studien hat den positiven Zusammenhang zwischen psychologischer Männlichkeit und psychischer Gesundheit nachgewiesen. Meist werden für solche Studien Rollenspiele (Bem sex role inventory) oder Fragen zur persönlichen Attribution, die versuchen, positive Aspekte von Maskulinität zu messen, verwendet. Weiters wurden Zusammenhänge zwischen emotionaler Ausdruckslosigkeit und seelischen Problemen gefunden. Männer, die ein „feminines" Verhalten an den Tag legen, wie z.B. sich selbst öffnen oder pflegende Berufe ausüben, werden als weniger männlich angesehen. Das kann zu Geschlechtsrollenkonflikten und einem verminderten Selbstbewußtsein führen. Es wird auch ein enger Zusammenhang zwischen Geschlechterrollenkonflikten sowie vermindertem Selbstbewußtsein und Angst beschrieben.

Männer erleben eine höhere Anzahl von psychischen Störungen in der Kindheit. Unter Männern findet man auch den höheren Anteil an Mißbrauch von verschiedensten Substanzen, an sexuell abweichendem Verhalten und an Problemen bezüglich Verhaltenskontrolle, wie z.B. Pyromanen, Narzißten, Schizoide oder Soziopathen, und Männer begehen häufiger Selbstmord (MEN'S HEALTH REVIEW, 1996).

10.1 Streß

Zusammenfassung

Etwas mehr als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet unter Streß. Bei Männern ist der Anteil höher als bei den Frauen (41,5 % vs. 29,9 %). Sie leiden besonders unter Streß im Beruf, wobei der Sozialstatus und die Möglichkeit einer Einflußnahme auf die Arbeitssituation große Bedeutung haben; weiters unter starkem Zeitdruck und unter körperlicher Belastung. Den größten Zeitaufwand für den Beruf geben die Selbständigen an (68 % arbeiten bis zu 60 Stunden pro Woche). Bei Überlastung reagieren berufstätige Männer zu einem großen Teil mit vermehrtem Konsum von Alkohol und Zigaretten sowie mit Überernährung. Die häufigsten gesundheitlichen Probleme, die im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung genannt werden, sind Verspannungen, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen.

Summary

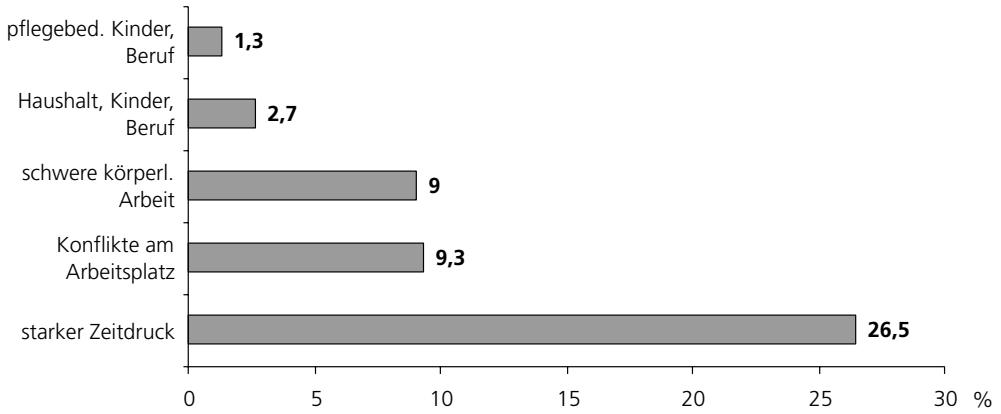
Somewhat over a third of the Viennese population suffers from stress, men more frequently than women (41.5 % vs. 29.9 %). They are particularly subject to stress at work; here, social status and the possibility of control over the work situation are of great importance. Further, they struggle with heavy time pressures and physical strain. The self-employed report the greatest amount of time spent at their profession (68 % work up to 60 hours per week). To a large extent men react to overwork with increased consumption of alcohol, cigarettes and food. The most frequent health problems named in connection with work pressures are physical tension, irritability, sleeplessness, and difficulty concentrating.

10.1.1 Epidemiologie

In Wien leiden 35,1 % der Bevölkerung unter beruflichen und/oder privaten Belastungen oder „Streß". Der Anteil der Männer liegt mit 41,5 % höher als der der Frauen (29,9 %).

„Starker Zeitdruck" ist die häufigste Streßsituation bei Männern. Aber auch „Konflikte am Arbeitsplatz" und „schwere körperliche Belastung" stellen Stressoren dar (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998) (Abb. 10.1.1).

Abbildung 10.1.1: Streßsituationen der männlichen Wiener Bevölkerung (Angaben in Prozent)



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997; Fact Sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, 1998

10.1.2 Seelische Belastung durch den Beruf

Streß am Arbeitsplatz spielt eine wesentliche Rolle für die Gesundheit, bei Krankenständen und frühzeitigem Tod. Die Arbeitssituation und die Möglichkeiten, selber Einfluß auf den eigenen Arbeitsbereich zu nehmen, sowie der Sozialstatus haben dabei wesentliche Bedeutung. Untersuchungen haben gezeigt, daß eine geringe Kontrolle über die eigene Arbeit das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rückenprobleme und Krankenstände erhöht. Soziologische und psychologische Umstände können Langzeit-Streß verursachen. Ständige Angst, Unsicherheit, geringes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, geringe Kontrolle über die eigene Arbeit und das Familienleben können sich im Laufe des Lebens als Streßfaktoren akkumulieren und zu Erkrankung und frühzeitigem Tod führen (WHO EUROPE, 1998).

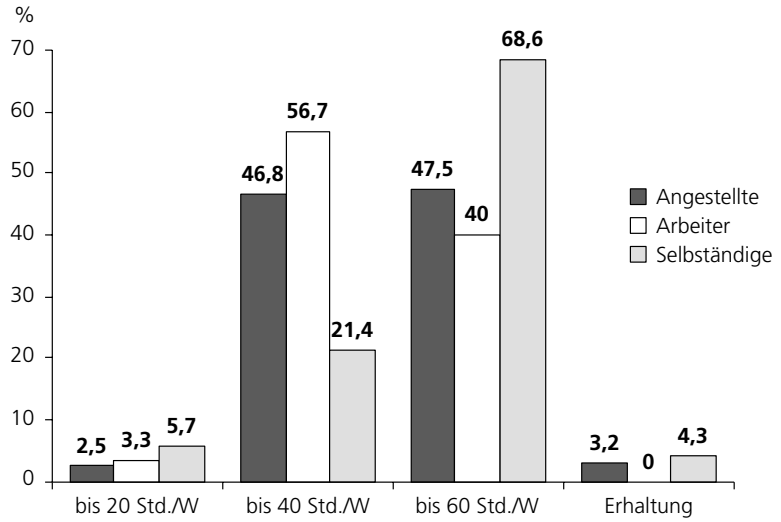
Im Rahmen des WHO-Modellprojektes „Wien – Gesunde Stadt" wurde von TEMMEL et al. die Streßbelastung der Wiener Bevölkerung durch Arbeit, Familie und Beruf untersucht. Im folgenden wird anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung die Situation der Männer in Wien anhand ihrer Arbeitsplatzverhältnisse erörtert (nach TEMMEL et al., 1993).

Die Stichprobe umfaßte insgesamt 1.250 Befragte, davon 44,1 % Männer (n = 552). Das Angestelltenverhältnis ist das häufigste Arbeitsverhältnis (51 % der befragten Männer). Bei den Angestellten und bei den Selbständigen sind die meisten Männer verheiratet (Angestellte: 57 %; Selbständige 51,4 %). Ledige Männer finden sich am häufigsten bei den Arbeitern (48,3 %), verheiratet sind hier 41,7 %. Der Prozentsatz der geschiedenen Männer ist im Vergleich der drei genannten Arbeitsverhältnisse etwa gleich (Selbständige und Angestellte 7,1 %; Arbeiter 8,3 %).

Vor allem die Kinderanzahl der Selbständigen unterscheidet sich von den beiden anderen Gruppen. Sie haben häufiger und mehr Kinder als Arbeiter und Angestellte. Arbeiter und Angestellte unterscheiden sich nicht in bezug auf Kinderlosigkeit (61,3 % bzw. 61,7 %). Arbeiter haben häufiger 1 oder 2 Kinder, jedoch selten mehr Kinder, Angestellte und Selbständige hingegen schon.

Abbildung 10.1.2 zeigt den Zeitaufwand der Männer für ihren Beruf. Selbständige geben den meisten Zeitaufwand für den Beruf an. Über 68 % wenden bis zu 60 Stunden pro Woche für ihre berufliche Tätigkeit auf, bei den Arbeitern und Angestellten liegt der Anteil unter 50 %.

Abbildung 10.1.2: Zeitaufwand pro Woche (in Stunden) für den Beruf bei Männern (in Prozent)



Quelle: Temmel et al., 1993

Während sich bei den Selbständigen nur 28,6 % durch ihren Beruf ausgelastet fühlen, sind es bei den Arbeitern 41,7 % und bei den Angestellten 40,1 %. Selbständige sehen sich in ihrer Arbeitssituation viel häufiger als wichtig und kompetent als Arbeiter und Angestellte. Selbständige sind am wenigsten unterfordert, Arbeiter am häufigsten (1,4 % vs. 5,9 % der Angestellten und 8,3 % der Arbeiter). Auf die Frage nach Überforderung gibt es kaum Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Arbeitsverhältnissen (5,9 % der Angestellten, 6,7 % der Arbeiter, 7,1 % der Selbständigen). Angestellte und Selbständige sind häufiger gehetzt als Arbeiter (14,8 % und 18,6 % vs. 8,3 %) (Tab. 10.1.1).

Tabelle 10.1.1: Arbeitsgefühl bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis (Angaben in Prozent)

Arbeitsgefühl	Angestellte	Arbeiter	Selbständige
Gut ausgelastet	*40,1*	*41,7*	*28,6*
Ernst genommen	*15,1*	*18,3*	*11,4*
Wichtig und kompetent	*14,8*	*11,7*	*25,7*
Unterfordert	*5,9*	*8,3*	*1,4*
Gehetzt	*14,8*	*8,3*	*18,6*
Überfordert	*5,9*	*6,7*	*7,1*
Sonstiges	*2,1*	*0*	*4,3*
Erhaltung	*1,3*	*5,0*	*2,9*

Quelle: Temmel et al., 1993

Das Arbeitstempo betrachten die Arbeiter und Angestellten einerseits als interessanten Wettlauf, andererseits als entbehrlich. Arbeitsverantwortung wird überwiegend als positiv bewertet und bedeutet vor allem Motivation. Über 60 % der befragten Angestellten geben dies an, weiters über 50 % der Arbeiter und 50 % der Selbständigen. Im Vergleich zu anderen fühlen sich jedoch die Selbständigen durch Arbeitsverantwortung etwas häufiger überfordert und möchten diese wieder loswerden, über 10 % beantworten zudem diese Frage nicht.

Die belastenden Faktoren am Arbeitsplatz sind besonders abhängig von den Arbeitsbedingungen. Kunstlicht beeinträchtigt vor allem Angestellte. Lärm ist ein Faktor, der besonders Arbeiter belastet.

Selbständige nennen am häufigsten Streit oder sonstige Faktoren bzw. macht ein Drittel dazu keine Angaben.

Die kollegiale Zusammenarbeit wird von jeweils einem Drittel der Arbeiter und einem Drittel der Angestellten als gegenseitig fördernd gesehen, von über 40 % als neutral. Etwa 5 % finden die kollegiale Zusammenarbeit als unangenehm, etwa 10 % als aufreibend (Arbeiter etwas häufiger als Angestellte).

In dieser Untersuchung wurde auch auf die Verhaltensänderung bei Überlastung eingegangen: Die Männer wurden zu ihrem Verhalten befragt, wenn sie Sorgen haben und/oder sich überfordert fühlen. Zu Beruhigungsmitteln wird am seltensten gegriffen. In bezug auf mehr rauchen, mehr essen und mehr Alkohol reagieren Angestellte häufiger mit mehr essen (20,1 %), Arbeiter mit mehr Alkohol und mehr rauchen (18,3 % und 20 %). Selbständige reagieren ähnlich wie Arbeiter in diesem Bezug, vor allem mit mehr Alkoholkonsum (17,1 %), am seltensten mit mehr rauchen. Insgesamt jedoch bewältigen 56,6 % der Arbeiter, 46 % der Angestellten und 39 % der Selbständigen Streß mit Alkohol, Rauchen oder Überernährung (Tab. 10.1.2).

Tabelle 10.1.2: Verhaltensänderung durch Überbelastung bei Männern (Angaben in Prozent)

Verhaltensänderung	Angestellte	Arbeiter	Selbständige
Mehr essen	*20,1*	*18,3*	*12,9*
Mehr rauchen	*13,6*	*20,0*	*10,0*
Mehr Alkohol trinken	*12,3*	*18,3*	*17,1*
Beruhigungsmedikamente	*1,8*	*0*	*1,4*
Andere Tätigkeiten	*28,6*	*21,7*	*28,6*
Sonstiges	*9,2*	*21,7*	*10,0*
Erhaltung	*14,4*	*0*	*20,0*

Quelle: Temmel et al., 1993

Etwa ein Viertel der Befragten denkt viel über finanzielle Sorgen nach, Selbständige am häufigsten. Diese leiden in 15 % der Fälle aus diesem Grund auch unter Angst und Schlaflosigkeit. Arbeiter haben am häufigsten einen Nebenjob (23,3 %). Ein hoher Prozentsatz der Selbständigen, Angestellten und Arbeiter beantwortet diese Frage nicht (31 %, 28,3 %, 27,1 %).

Die Erholung von der Arbeit findet vor allem durch Ablenkung und durch Musikhören statt. Angestellte und Selbständige geben doppelt so häufig „Lesen" an wie Arbeiter. Entspannungstechniken werden in allen drei Gruppen am seltensten angewandt.

Die familiäre Belastung ist für 50 bis 60 % der Befragten gegeben; für Arbeiter vor allem durch räumliche Gegebenheiten. Ihr Familienleben als harmonisch sehen etwas mehr als ein Drittel der Befragten. Arbeiter finden im Familienleben am häufigsten Erholung (40 % vs. 33,8 % der Angestellten und 24,3 % der Selbständigen). Ihr Familienleben als negativ (eintönig oder nervenaufreibend) sehen 16 % der Angestellten, 15 % der Arbeiter und 19 % der Selbständigen).

In der nachfolgenden Tabelle sind die gesundheitlichen Beschwerden in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis aufgelistet (Tab. 10.1.3).

Tabelle 10.1.3: Gesundheitsstörungen bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis (Angaben in Prozent)

Beschwerden	Angestellte	Arbeiter	Selbständige
Bluthochdruck	*13,4*	*10,0*	*17,1*
Herzbeschwerden	*5,9*	*5,0*	*7,1*
Magenbeschwerden	*14,4*	*11,7*	*17,1*
Gastritis	*11,9*	*10,0*	*8,6*
Verdauungsprobleme	*6,7*	*10,0*	*10,0*
Infektanfälligkeit	*4,9*	*5,0*	*7,1*
Verspannung	*44,4*	*48,3*	*37,1*
Kopfschmerzen	*11,9*	*20,0*	*8,6*
Konzentrationsstörung	*15,1*	*23,3*	*22,9*
Reizbarkeit	*17,3*	*23,3*	*30,0*
sexuelle Lustlosigkeit	*4,9*	*10,0*	*10,0*
Schlafstörungen	*17,3*	*13,3*	*11,4*

Quelle: Temmel et al., 1993

Männer aller drei Gruppen klagen am häufigsten über Verspannungen. Am zweithäufigsten kommen bei Angestellten Reizbarkeit und Schlaflosigkeit vor, bei Arbeitern und Selbständigen Konzentrationsstörungen und Reizbarkeit. Bluthochdruck und Magenbeschwerden kommen bei Selbständigen häufiger vor als bei Angestellten und Arbeitern.

Insgesamt erleben Arbeiter, Angestellte und Selbständige etwas unterschiedliche Problembereiche, die mit ihrem Beruf zusammenhängen. Die Streßbewältigung erfolgt vielfach über Rauchen, Alkohol und Überernährung. Sie führt somit direkt zu einem erhöhten Herz-Kreislauf- und Krebsrisiko (nach TEMMEL et al., 1993).

Jedoch beeinflußt nicht nur das Arbeitsverhältnis das Streßerleben oder die Streßsituationen am Arbeitsplatz, sondern auch die Sicherheit dieses Arbeitsplatzes. Die Job-Unsicherheit wirkt sich sehr stark auf die psychische und physische Gesundheit aus. Es kommt zum Ansteigen von Depressionshäufigkeit und Angstzuständen wie auch zu einer Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen; weiters sinkt die subjektive Befindlichkeit.

Wenn die Job-Unsicherheit anhält, so ist dies ein chronischer Stressor, dessen Effekt mit der Dauer dieses Zustandes zunimmt, wodurch es aber wiederum zu erhöhten Krankenstandszahlen und häufigerer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens kommt (WHO EUROPE, 1998).

10.2 Depression, psychische Krankheiten

Zusammenfassung

Depression als Krankheit tritt bei Männern halb so häufig auf wie bei Frauen. Sie ist eine Krankheit, die die gesellschaftliche Interaktion wie auch die Verrichtung der alltäglichen Arbeit stark beeinträchtigt. Die SERMO-Studie in Wien ergab, daß 2,2 % der Wiener an Niedergedrücktheit leiden. Die Tendenz dazu ist mit dem Alter steigend. Dabei zeigt sich auch ein Zusammenhang mit Bildung, Familiensituation, Einkommen etc. Zudem ist der Psychopharmakakonsum mit zunehmendem Alter stark steigend, wobei Männer einen um etwa drei Viertel geringeren Psychopharmakakonsum haben als Frauen.

Psychiatrische Krankheiten sind mit 2.714 Fällen (Männer 1.423 Fälle) die zweithäufigste Ursache für frühzeitigen Pensionsantritt. 1996 waren insgesamt 10.995 Männer aufgrund von psychiatrischen Krankheiten in stationärer Behandlung. Die häufigsten Krankheiten waren dabei schizophrene Psychosen, gefolgt von affektiven Psychosen sowie senilen und präsenilen Psychosen.

Summary

Depression is an illness which impairs social interaction as well as day-to-day work performance. The SERMO Study in Vienna revealed that, at any given point in time, 2.2 % of the Viennese suffer from despondency. The tendency to do so increases with age. There is an inverse relationship with education, family status, and income. Furthermore, the use of psychopharmaceuticals increases sharply with age, with men taking about a quarter of the medication that women take.

Psychiatric illness is the second most frequent reason for early retirement (a total of 2,714 cases in 1996, of whom 1,423 were men). In 1996 a total of 10,995 men received in-patient treatment for psychiatric illnesses. The most frequent of these illnesses were schizophrenic psychoses, followed by affective psychoses and senile and pre-senile psychoses.

10.2.1 Depression

10.2.1.1 Epidemiologie

In Österreich sind, laut Gesundheitsbericht für Wien, etwa 800.000 Personen von einer Depression betroffen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997). Die Symptome der Krankheit sind oft mannigfaltig und werden bei Erwachsenen nach der dritten Revision des DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DMS-III-R; American Psychiatric Association) eingeteilt. Zu diesen Symptomen gehören: depressive Stimmungslage, vermindertes Interesse an den üblichen Aktivitäten, signifikante Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, psychomotorische Agitation, Zurückgezogenheit, Müdigkeit und Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwäche, Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche.

Die Depression ist meist auch noch von anderen Erkrankungen und Beschwerden begleitet, wie Ängstlichkeit, Soziopathien oder Drogenmißbrauch.

Personen mit mäßiger Depression (moderater Depression) sind gefährdet, in Zukunft eine schwere Depression zu entwickeln. Auch die moderate Depression geht mit einer gewissen Komorbidität ein-

her. Bei Erwachsenen sind das Beeinträchtigungen bei der Arbeit und in der gesellschaftlichen Interaktion. Eine moderate Depression kann Monate oder sogar Jahre dauern und beeinträchtigt das Leben der Betroffenen deutlich (GIRGUS et al., 1992). Geringe bis moderate Depressionslevels benötigen keine eigenen DMS-III-Kriterien, müssen aber unbedingt beachtet werden (NOLEN-HOEKSEMA et al., 1994).

Die meisten schwer depressiven Menschen sterben an Krankheiten, die mit ihrer Depression in Verbindung stehen. So sind wichtige Faktoren für das erhöhte Todesrisiko bei depressiven Menschen chronische körperliche Krankheiten, Rauchen, Alkoholmißbrauch, geringe Aufmerksamkeit sich selbst gegenüber in Zeiten starker Krankheitsausprägung, Selbstmord und Unfall. Wer wegen einer Depression in stationärer Behandlung ist und überdies noch eine körperliche Krankheit hat, bleibt meist doppelt so lange in einer Klinik, als wenn er von einer Depression allein betroffen wäre (WILSON, 1999).

Das bemerkenswerteste an der Epidemiologie der Depression ist, daß Männer nur halb so häufig betroffen sind wie Frauen (WEISSMAN et al., 1977; NOLEN-HOEKSEMA, 1987). Dafür gibt es viele Erklärungsversuche, jedoch kann keine vermutete Ursache als definitiv bezeichnet werden, da es immer noch zu wenige Studien dazu gibt. Die Depressionsforscher sind besonders an der Frage interessiert, ob bei moderater Depression und schwerer Depression die gleichen Faktoren zu den Geschlechtsunterschieden führen.

Vor dem Jugendlichenalter finden sich bei den Burschen häufiger Depressionssymptome. Ab dem 13. bis 14. Lebensjahr herum sind die Prävalenzraten der Depression bei den Mädchen höher als bei den Burschen.

NOLEN-HOEKSEMA et al. (1994) formulieren drei Erklärungsmodelle, welche Faktoren für die höheren Depressionsprävalenzraten bei den Mädchen ab dem Jugendlichenalter verantwortlich sind. Ein Modell nimmt an, daß die Faktoren, die zu einer Depression führen können, bei Burschen und Mädchen die gleichen sind, jedoch bei Mädchen ab dem Jugendlichenalter häufiger vorkommen.

Ein zweites Modell beschreibt, daß die Faktoren unterschiedlich sind und daß jene, die für die Depression beim weiblichen Geschlecht verantwortlich sind, im Jugendlichenalter gehäufter auftreten.

Das dritte Modell nimmt für den Geschlechtsunterschied in der Depressionshäufigkeit an, daß Mädchen bereits präpubertär vermehrt mit Risikofaktoren für eine Depression behaftet sind und es durch Veränderungen im Jugendlichenalter zu Interaktionen mit diesen Risikofaktoren kommt, worauf Mädchen eher mit Depressionen reagieren. Im Jugendlichenalter kommt es zu persönlichen, biologischen und sozialen Veränderungen. Zu den biologischen Veränderungen gehören die hormonellen Veränderungen und die Unzufriedenheit mit dem Körper. Letztere ist bei Mädchen besonders stark ausgeprägt, da es zu Gewichtszunahme und Zunahme des Fettanteiles kommt. Sie erleben ihren Körper in dieser Phase oft sehr negativ, während Burschen ihren Körper durch Größenwachstum, Muskelzunahme und Vermännlichung zunehmend positiv erleben.

Ohne Einfluß des Geschlechts gilt, daß depressive Phasen bei Jugendlichen auch das Risiko für eine Depression im Erwachsenenalter erhöhen. Man nimmt zwei Gründe dafür an: Erstens interferieren Depressionen mit der Performance. So können z.B. Chancen für die spätere Zukunft und die Karriere durch einen schlechten Schulabschluß zunichte gemacht werden, und dies führt wiederum zu depressiven Phasen. Zweitens beeinflußt eine depressive Stimmungslage die Entscheidungsfindung; negative Erinnerungen und negative Interpretation von Erlebnissen tragen dazu bei (BOWER, 1981; BLANEY, 1986).

Grundsätzlich sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression geringes Selbstvertrauen, das Gefühl, wenig Kontrolle über wichtige Lebensereignisse zu haben, pessimistische Einschätzung und Erwartung der Zukunft oder Selbstanschuldigungen für negative Lebensereignisse (FACT SHEETS, 1998).

Bei der Diagnose Schlafstörungen werden vor allem Psycholeptika und Psychoanaleptika verordnet. All diese Medikamente werden fast zu 70 % Frauen verordnet. Ebenso wie bei den Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika stehen im Falle einer Erkrankung des Zentralnervensystems zum weit überwiegenden Teil Frauen in Behandlung, insbesondere ältere Frauen ab 65 Jahren. Ins-

gesamt ist bei sämtlichen Verordnungen von Psychopharmaka eine grobe Aufteilung von etwa zwei Drittel Frauen und einem Drittel Männer zu beobachten (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

1991 führte das Institut für Sozialmedizin gemeinsam mit einer österreichischen Tageszeitung eine Gesundheitsbefragung durch. Ein umfangreicher Fragebogen zum Thema Gesundheit wurde einer Ausgabe dieser Tageszeitung beigelegt. Etwa 100.000 ausgefüllte Fragebögen zur Gesundheit wurden dem Institut für Sozialmedizin zugesandt. Die Auswertung einer Zufallsstichprobe ergab in bezug auf selbstberichtete seelische Verstimmung, daß 5,7 % der Befragten ständig unter seelischer Verstimmung leiden, 50 % zeitweise (RIEDER et al., 1992).

In Wien leiden 44,1 % der Männer ständig oder zeitweise an seelischer Verstimmung, in Gesamtösterreich sind es im Durchschnitt 40 % (SCHOBERBERGER et al., 1995).

Psychosoziale Probleme stellen neben körperlichen Beschwerden ein weiteres wichtiges Merkmal für eine eingeschränkte Gesundheit dar. In der Schweiz untersuchte man im Rahmen der Gesundheitsbefragung IGIP/PROMES (1989) die Häufigkeit von psychosozialen Problemen, die folgende Umstände beinhalteten: Langeweile, Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein, Rastlosigkeit und Unruhe, Einsamkeit und Ferne zu anderen Menschen, Beunruhigung wegen Kritik durch andere Personen. Grundsätzlich wurde gefunden, daß je nach Alter und Geschlecht 10 bis 20 % der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung sehr häufig oder häufig zwei oder mehr der genannten psychosozialen Probleme bei sich wahrgenommen hatten. Anders als bei körperlichen Gesundheitsstörungen sind psychosoziale Probleme bei Männern in jüngeren Jahren eher häufiger. Bei den 20- bis 34jährigen liegt der Anteil mit mindestens einem psychosozialen Problem bei 39 %, bei den 65- bis 70jährigen trifft dies nur mehr knapp auf jeden vierten zu (23 %).

Bei Frauen fand sich in dieser Untersuchung kein eindeutiger Alterszusammenhang (NOACK et al., 1990) (Tab. 10.2.1).

Tabelle 10.2.1: Häufigkeit psychosozialer Probleme*) in den letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht

Alter	20–34 Jahre		35–49 Jahre		50–64 Jahre		64–74 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ein psychosoziales Problem, das häufig/sehr häufig auftritt	*19*	*19*	*18*	*15*	*13*	*13*	*13*	*19*
zwei und mehr psychosoziale Probleme, die häufig/sehr häufig auftreten	*19*	*17*	*12*	*17*	*16*	*22*	*10*	*12*

Quelle: Noack et al., 1990

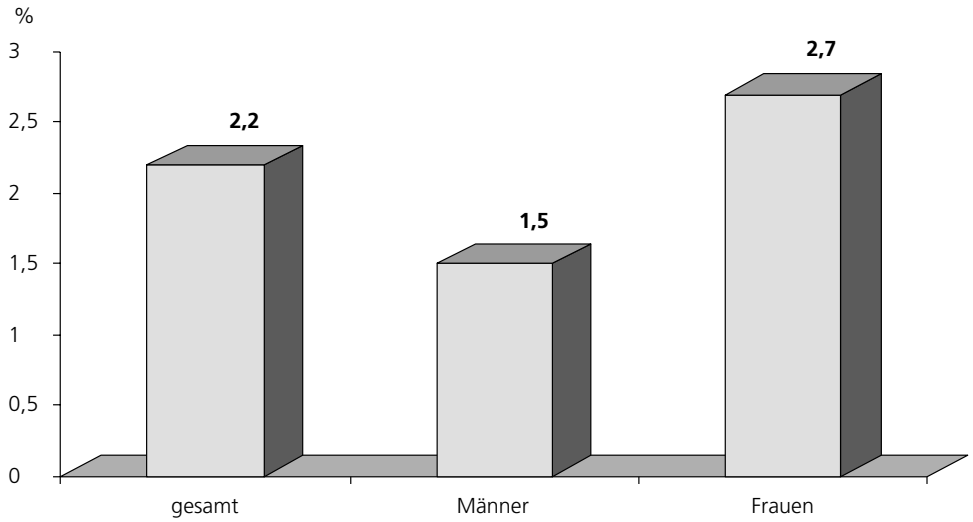
*) Prozentanteile der Befragten, die von einem bzw. zwei und mehr der folgenden Probleme häufig/sehr häufig betroffen waren: Langeweile, Niedergedrücktheit und Unglücklichsein, Rastlosigkeit und Unruhe, Einsamkeit und Ferne zu anderen Menschen, Beunruhigung wegen Kritik an anderen Personen.

Zwischen Bildung und psychosozialen Problemen fanden die Autoren einen deutlichen Zusammenhang. 41 % der Männer und 38 % der Frauen in der niedrigsten Bildungsschicht nennen solche Probleme gegenüber 31 % der Männer und 26 % der Frauen in der höchsten Bildungsschicht (NOACK et al., 1990).

Die SERMO-Studie zeigt, daß in Wien insgesamt 2,2 % der Befragten angeben, momentan unter Niedergedrücktheit (Depression) zu leiden (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997). Der Anteil bei den Männern ist niedriger als bei den Frauen (1,5 % vs. 2,7 %) (Punktprävalenz) (Abb. 10.2.1). Im Ver-

gleich dazu betrug die Einjahresprävalenz 1995 in Wien 5,9 %, mit 6,1 % der Frauen und 4,1 % der Männer.

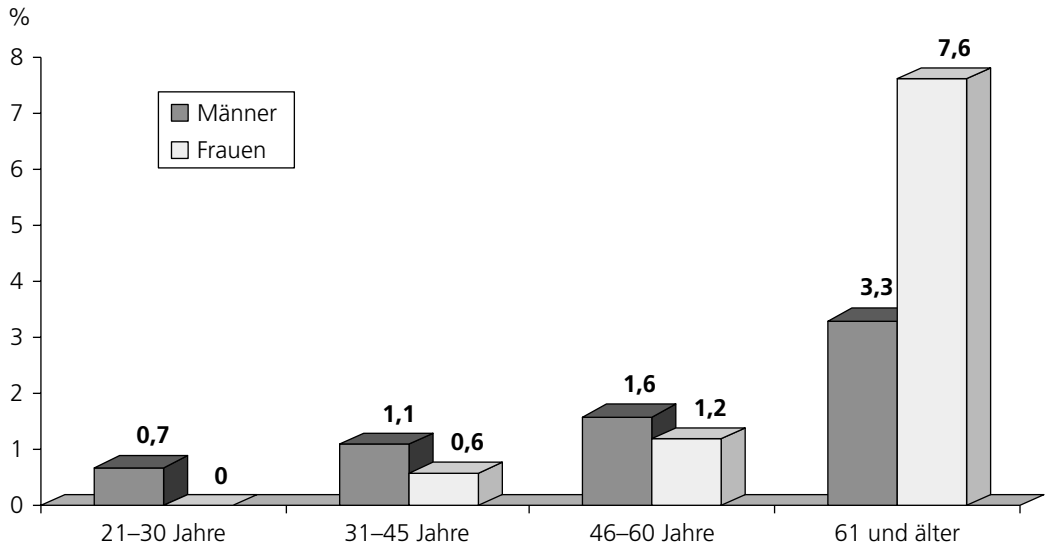
Abbildung 10.2.1: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Geschlecht in Wien, 1997



Quelle: Fact Sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, 1998

Ein interessanter Aspekt zeigt sich in den Altersgruppen, wenn man Männer und Frauen getrennt betrachtet. So leiden bis zu den 60jährigen nach eigenen Angaben etwas mehr Männer an Niedergedrücktheit (Punktprävalenz) (Abb. 10.2.2) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Abbildung 10.2.2: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Altersgruppen und Geschlecht in Wien, 1997



Quelle: Fact Sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, 1998

Die Periodenprävalenz für das Jahr 1995 folgt einem ähnlichen Muster. Der Anteil bei den über 60jährigen ist bei den Frauen mit 11,5 % ebenfalls doppelt so groß wie bei den Männern mit 5,6 %.

Ein Zusammenhang bei Niedergedrücktheit (Depression) zeigt sich in erhöhten Prävalenzen anderer Beschwerden, wie Schlafstörungen, Nervosität oder Schwäche und Müdigkeit. So leiden von jenen Personen, welche momentane Niedergedrücktheit (Depressionen) angegeben haben, 30,8 % momentan an Schlafstörungen, 24,3 % momentan an Nervosität und 34,3 % an Schwäche und Müdigkeit. Im Vergleich dazu leiden in Wien insgesamt 8,1 % der Bevölkerung momentan an Schlafstörungen, 3,6 % an Nervosität und 6,2 % an Schwäche und Müdigkeit.

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim regelmäßigen Medikamentenkonsum. So nehmen 34,4 % der momentan an Niedergedrücktheit (Depressionen) Leidenden regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen (31,5 % Männer und 35,8 % Frauen; Wien insgesamt: 6,8 %), 31,7 % gegen Nervosität (32,9 % Männer und 31,1 % Frauen; Wien insgesamt: 2,6 %) und 24,2 % gegen Kopfschmerzen (31,5 % Männer und 20,9 % Frauen; Wien insgesamt: 8,0 %) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Aus dem Mikrozensus Gesundheit (1991) geht hervor, daß in Wien bei den Männern vor allem Verwitwete, Ledige und Geschiedene überdurchschnittlich häufig an einer depressiven Verstimmung leiden (12,3 % bei den männlichen Verwitweten, 9,7 % bei den ledigen und geschiedenen Männern) (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997).

10.2.1.2 Gesundheitspolitische Aspekte

Gesundheitsstörungen und psychosoziale Probleme sind besonders dann sozial und gesundheitspolitisch bedeutsam, wenn sie lange andauern und immer wieder auftreten. Die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden, ohne von einer Depression zu sprechen, sind wesentliche Elemente für die Bewältigung des Alltags und stellen ebenso wie körperliche Beschwerden eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine Behinderung des Alltags dar.

Auch in Wien sind geschlechtsspezifische Unterschiede anzutreffen. Die seelische Gesundheit der männlichen Bevölkerung ist bis zum 60. Lebensjahr häufiger eingeschränkt als bei den Frauen. Ab dem 60. Lebensjahr sind die Frauen doppelt so häufig von seelischen Beschwerden betroffen. Neben der Prävalenz der seelischen Verstimmung ergeben sich daraus Hinweise für die Betreuung und die Prävention dieser möglicherweise psychosozialen Beeinträchtigungen. Die Daten, verglichen mit jenen der Literatur, zeigen, daß die Depression als Krankheit eine andere Verteilung erlebt, als es mittels Gesundheitssurveys erhobene Daten darstellen. Die seelische Verstimmung, Niedergedrücktheit und, wie in der vergleichbaren Schweizer Studie, zusammengefaßte Symptomatik der psychosozialen Probleme betrifft damit in jüngeren Jahren häufiger Männer. Der Bildungsfaktor ist besonders zu berücksichtigen und beinhaltet viele Faktoren, wie Familiensituation, Arbeitssituation, Einkommen, soziale Akzeptiertheit etc., welche sich in der Prävalenz der psychosozialen Probleme und einer seelischen Verstimmung („Niedergedrücktheit") äußern.

Das zielgruppenspezifische Ansprechen ist nicht nur geschlechtsspezifisch zu sehen, sondern sicherlich auch besonders altersbezogen. Die Zunahme der seelischen Verstimmung mit dem Alter bedarf einer eingehenden Untersuchung. Es kommen eine Reihe von Faktoren für diesen Anstieg in der Prävalenz zum Tragen. Einerseits ist die körperliche Beeinträchtigung vielfach auch mit einer seelischen Belastung verbunden, andererseits kommen soziale Faktoren, wie Einsamkeit und geringes Einkommen im Alter, auch besonders zum Tragen (FACT SHEETS, 1998).

10.2.1.3 Prävention

Für die Prävention psychosozialer Probleme bedarf es sicherlich noch einer eingehenden Forschung, für die sich aus Gesundheitssurveys lediglich Hinweise ergeben können. Die unterschiedlichen Prävalenzangaben aus Gesundheitssurveys sind immer abhängig von der Fragestellung. Die möglicherweise als gering angesehene Prävalenz in Wien ist von der Fragestellung in der SERMO-Studie abhängig und sicher auch davon, daß die Befragten aufgrund des umfangreichen Fragenkataloges nicht im speziellen auf die Antworten zur psychischen Gesundheit eingestellt waren, welches den Vorteil hat, positive Antworten dadurch nicht unmittelbar zu induzieren.

Für Wien stellt sich auch die Frage nach bezirksbezogenem Vorgehen, da sich psychosoziale Problematik sowie gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmenstrategien von der Bevölkerungszusammensetzung innerhalb Wiens unterscheiden und nach den Bedürfnissen orientieren werden.

Die Wechselwirkung psychosozialer Beeinträchtigungen und körperlicher Beeinträchtigungen ergibt auch für die Gesundheitsförderung wesentliche Aspekte. Die Förderung der körperlichen Gesundheit hat wesentlichen Einfluß auf die seelische Gesundheit. Die Erreichung der Ziele der Gesundheitsförderungsmaßnahmen tragen dazu bei, die Prävalenz psychischer Beschwerden zu senken. Dieser Aspekt ist besonders interessant für die Prävention der Häufung von psychosozialen Symptomen und seelischen Verstimmungen mit zunehmendem Alter. Der Einfluß auf die Inzidenz der Altersdepressionen sollte ebenfalls Gegenstand von Untersuchungen sein (FACT SHEETS, 1998).

10.2.1.4 Ökonomische Aspekte

Psychopharmaka stehen mit 6,6 % an fünfter Stelle der am häufigsten in Anspruch genommenen Medikamente. Im Jahr 1997 übernahmen die Krankenkassen die Kosten für beinahe 92 Millionen Arzneimittelpackungen. Hierfür haben die Krankenversicherungsträger 16,7 Milliarden Schilling aufgewendet (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1998), Tendenz steigend. Bei den OTC-Präparaten (ohne Verschreibung in Apotheken abgegeben) beträgt der Anteil von Beruhigungs- und Schlafmitteln 2,4 % (IMS, 1994). Die Mikrozensusdaten zum Medikamentenkonsum der Österreicher beinhalten keine Informationen zu Psychopharmaka im engeren Sinn, jedoch Angaben zu Schlafmitteln und Medikamenten gegen Nervosität, die von etwa 3 % der Bevölkerung konsumiert werden. Mit zunehmendem Alter steigt der Konsum aller Medikamente, besonders auch der Schlafmittel (ÖSTAT, 1994). Ab dem 50. Lebensjahr nehmen Frauen viermal so häufig Schlafmittel (rezeptpflichtig) wie Männer (SCHMEISER-RIEDER et al., 1995).

10.2.2 Psychische Krankheiten

1996 waren in Österreich psychische Krankheiten verantwortlich für 34.840 Krankenstandsfälle (Männer 15.583 Fälle, Frauen 19.257 Fälle). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer betrug 30,4 Tage, worin sich Männer und Frauen nicht unterschieden (bei Arbeitern und Angestellten). Bei den Neuzugängen an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit sind psychiatrische Krankheiten mit 2.714 Fällen (Männer 1.423, Frauen 1.291) an zweiter Stelle zu finden (nach Erkrankungen des Bewegungsapparates) (ÖSTAT, 1998).

Wie aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 hervorgeht, waren die Hauptentlassungsdiagnosen bei den psychischen Störungen bei Männern schizophrene Psychosen, gefolgt von affektiven Psychosen und senilen/präsenilen Psychosen (Tab. 10.3.1). Ein weiterer großer Teil der psychischen Störungen stand im Zusammenhang mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 10.3.1: Psychiatrische Krankheiten als Ursache für stationären Krankenhausaufenthalt von in Wien wohnhaften Männern, 1996

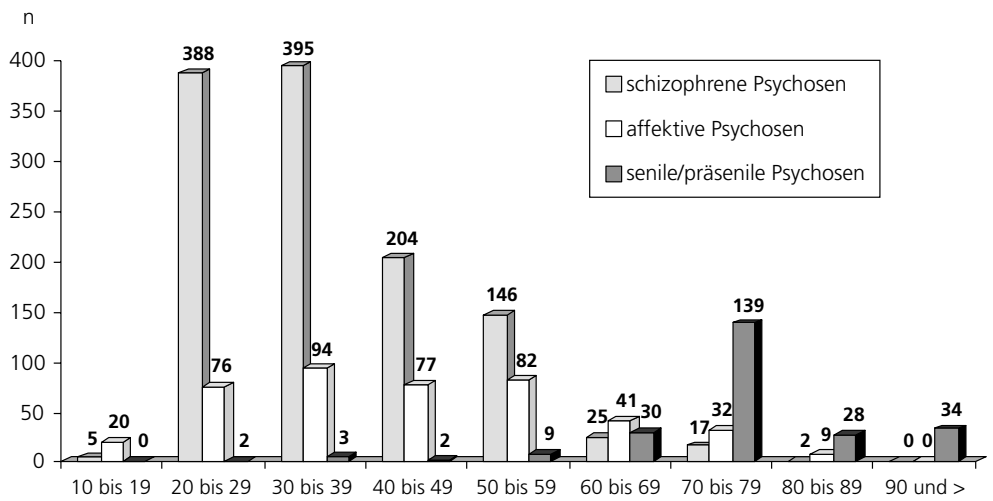
Krankheiten	absolut	in %
schizophrene Psychosen	1.227	*37,2*
affektive Psychosen	432	*13,1*
senile und präsenile organische Psychosen	427	*13,0*
Neurosen	272	*8,3*
Alkoholpsychosen	242	*7,3*
Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)	216	*6,6*
andere nichtorganische Psychosen	135	*4,1*
Drogenpsychosen	125	*3,8*
vorübergehende organische Psychosen	90	*2,7*
paranoide Syndrome	71	*2,2*
andere (chronisch) organische Psychosen	27	*0,8*
sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	18	*0,6*
typische Psychosen des Kindesalters	14	*0,4*

Quelle: ÖSTAT; 1998; Spitalsentlassungsstatistik, 1996

Insgesamt waren in Wien 1996 10.995 Männer aufgrund von psychiatrischen Krankheiten – mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 41,2 Tagen – in stationärer Behandlung (ÖSTAT, 1998).

Schizophrene Psychosen kommen – wie auch affektive Psychosen – am häufigsten bei den 30- bis 39jährigen vor, die senilen und präsenilen Psychosen findet man als Ursache eines Krankenhausaufenthaltes am häufigsten bei den 80- bis 89jährigen (Abb. 10.3.1.).

Abbildung 10.3.1: Die drei häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach Alter, 1996 (Männer in Wien)



Quelle: ÖSTAT, 1998; Spitalsentlassungsstatistik, 1996

In Gesamtösterreich ist bei Männern die Alkoholkrankheit als psychische Krankheit der häufigste Einweisungsgrund (Tab. 10.3.2).

Tabelle 10.3.2: Stationär behandelte Männer aufgrund psychiatrischer Krankheiten in Gesamtösterreich

Krankheit	absolut	in %
Alkoholabhängigkeit	12.297	*28,0*
schizophrene Psychosen	5.416	*12,3*
sonstige Psychosen	4.006	*9,1*
affektive Psychosen	2.721	*6,2*
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen	2.363	*5,3*
Medikamentenabhängigkeit	1.996	*4,5*
senile/präsenile Psychosen	1.929	*4,4*
funktionelle Störungen psychiatrischen Ursprungs	1.004	*2,3*
Schwachsinn	722	*1,6*
insgesamt psychiatrische Krankheiten	43.901	*100,0*

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

XI.
GESUNDHEITSVERSORGUNG

HEALTHCARE PROVISION

XI. GESUNDHEITSVERSORGUNG 185–190

11.1 GESCHLECHTSDIFFERENZEN IN DER INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS 187

11.2 INANSPRUCHNAHME DER VORSORGEUNTERSUCHUNG DER MÄNNLICHEN WIENER BEVÖLKERUNG 189

11 GESUNDHEITSVERSORGUNG

11.1 Geschlechtsdifferenzen in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem wird von Männern weniger in Anspruch genommen als von Frauen. In Wien ist, wie in Gesamtösterreich, die Teilnahme an der Gesundenuntersuchung bei den Männern (43,9 %) etwas geringer als bei den Frauen. Von jenen WienerInnen, die eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen, zeigten mehr als die Hälfte auffällige Befunde bzw. erhielten die Empfehlung, sich einer fachmedizinischen Untersuchung zu unterziehen. Männer wiesen dabei deutlich häufiger auffällige Befunde auf als Frauen.

Alle Diagnosestellungen bei niedergelassenen Ärzten werden, mit Ausnahme von Verletzungen, bei Männern weniger häufig registriert als bei Frauen. Wenn alle geschlechtsspezifischen Diagnosen ausgeschlossen werden, findet sich bei Männern eine höhere Hospitalisierungsrate. Die Kosten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sind, nach Abzug der geschlechtsspezifischen Kosten und der höheren Kosten durch die höhere altersspezifische Mortalität der Männer, für Männer und Frauen sehr ähnlich.

Summary

The health care system is used less by men than by women. In Vienna the proportion of men undergoing regular health check-ups (43.9 %) is lower than for women. More than half the Viennese who had had a preventive medical examination either were found to have suspect results or were advised to consult a specialist. Men had suspect results considerably more frequently than did women.

Men are much less likely than women to register diagnoses, other than injuries, made by non-hospital physicians. When sex-specific diagnoses are eliminated, men have a higher hospitalisation rate than do women. The costs of using the health care system are very similar for men and women, after correction for sex-specific costs and the higher costs attendant on higher age-specific male mortality.

Die Gesundheitsforschung zeigt, daß Frauen das Gesundheitssystem wesentlich häufiger als Männer nutzen. Dies betrifft die Krankenhausaufenthalte, die Verschreibung von rezeptpflichtigen und nichtrezeptpflichtigen Medikamenten, Arztbesuche und vieles mehr.

Es stellt sich die Frage, ob diese Mehrbeanspruchung durch die Frauen auf echte Krankheiten oder auf „illness behavior" zurückgeführt wird. Weiters diskutiert man das Eisbergphänomen, d.h., daß die in Gesundheitssurveys berichteten Krankheiten und Beschwerden nie alle auch an das medizinische System herangeführt werden. Es ist zudem wichtig, mehr über das Erleben von Gesundheit und Krankheit sowie die damit verbundene Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei Männern und Frauen zu erfahren, und auch, bei welchen Symptomen Männer und Frauen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (VAN WIJK et al., 1992).

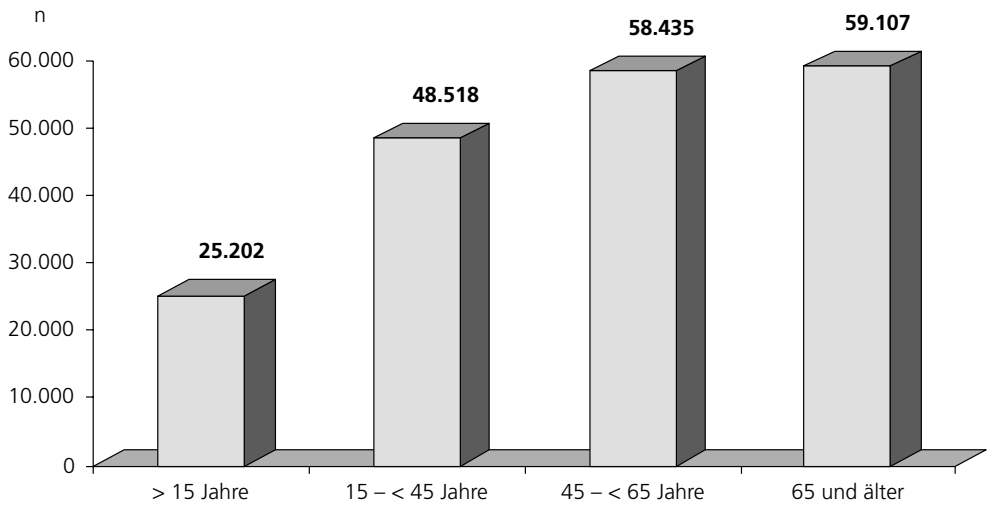
VAN WIJK et al. untersuchten die Diagnosen, mit welchen Männer und Frauen bei niedergelassenen Ärzten innerhalb von fünf Jahren registriert wurden. Wie erwartet hatten Männer durchschnittlich eine geringere Anzahl von Diagnosen, nämlich 7,04 Diagnosen im Vergleich zu 9,57 bei Frauen. Alle

Diagnosen, außer Verletzungen, waren bei Frauen häufiger. Männer hatten 1,5mal mehr Diagnosen bei Verletzungen. Die besonders großen geschlechtsspezifischen Differenzen, die man in der Altersgruppe der 15- bis 24jährigen erwartet hatte, konnte man jedoch nicht finden. Überraschenderweise waren die Geschlechtsunterschiede bis zu den 44jährigen relativ konstant und traten ab den mittleren Altersgruppen überhaupt nicht mehr auf. Der Trend ist sogar dahingehend, daß Männer im höheren Alter eine geringere Diagnosehäufigkeit bei Verletzungen aufweisen als Frauen. Argumentiert wird dieser Befund damit, daß Männer in jüngeren Jahren durch Verkehrsunfälle, durch Unfälle am Arbeitsplatz und in der Freizeit bis zur Pensionierung besonders gefährdet sind. Bei Frauen hören jedoch die Gefahren durch Haushaltsunfälle mit zunehmendem Alter nicht auf.

Die Diagnosekategorien aufgrund von Arztbesuchen im präventiven und diagnostischen Bereich sind bei Frauen dreimal häufiger als bei Männern. Dabei entfallen jedoch 40 % auf frauenspezifische Diagnosen, die mit Kontrazeption und Schwangerschaft zusammenhängen. VERBRUGGE et al. fanden bei Männern sogar eine höhere Hospitalisierungsrate, wenn alle geschlechtsspezifischen Diagnosen ausgeschlossen werden (VERBRUGGE et al., 1987).

1996 wurden insgesamt 445.776 Patienten in Wien stationär behandelt, 42,9 % davon waren Männer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war für Männer 12,7 Tage, Frauen verbrachten durchschnittlich 17,3 Tage im Krankenhaus. Die Anzahl der behandelten Patienten steigt mit zunehmendem Alter (Abb. 11.1.1) (ÖSTAT, 1998).

Abbildung 11.1.1: Männliche stationäre Patienten in Wien, 1996, nach Alter



Quelle: ÖSTAT, 1998

MUSTARD et al. (1998) untersuchten in Kanada die Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens hinsichtlich der Kosten. Die jährlichen Rohausgaben pro Kopf waren für Männer etwas geringer als für Frauen (918 kanadische Dollar vs. 1.164 kanadische Dollar). Die Resultate dieser Untersuchung zeigten, daß bei Männern 3 % der Kosten auf geschlechtsspezifische Ursachen zurückzuführen sind (bei Frauen 22 %). Weiters ergab sich, daß für Männer, die während des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr verstarben, der Anteil der Ausgaben 14 % war (6 % für Arztbesuche und 17 % für Krankenhausaufenthalte) (bei Frauen 10 %). Die Kosten hingen natürlich auch von der Todesursache ab. Sie waren bei den Männern aufgrund der vermehrten Ausgaben bei den älteren Männern höher. Die Schlußfolgerung aus der Untersuchung war, daß nach Abzug der geschlechtsspezifischen Kosten und der höheren Kosten durch die höhere altersspezifische Mortalität der Männer die Kosten für Männer und Frauen im Gesundheitswesen sehr ähnlich sind. Die noch verbleibenden Unterschiede im Detail hängen möglicherweise damit zusammen, daß die Prävalenz bestimmter Krankheiten geschlechtsabhängig ist und vom „care seeking behavior" sowie von der sozialen Geschlechterrolle abhängt. Weiters wird argumentiert, daß Frauen durch die Be-

treuung von Kindern stets mehr Kontakt zum medizinischen System haben als Männer und daher auch öfter die Gelegenheit nutzen.

MUSTARD et al. berechneten auf Basis ihrer Daten auch die Lebenszeitkosten für Männer und Frauen im Gesundheitswesen, wobei von einer Lebenserwartung von 75 bzw. 81 Jahren ausgegangen wurde. Dabei wiesen Männer geringere Gesamtkosten auf (58.950 kanadische Dollar; Frauen: 85.131 kanadische Dollar). Der Anteil an den Gesamtkosten vor Lebensende, d.h. dem letzten Lebensjahr, war bei Männern höher als bei Frauen (21 % vs. 15 %) (MUSTARD et al., 1998).

11.2 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung der männlichen Wiener Bevölkerung

In Wien haben 1997 87.836 Personen an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen. Davon waren 38.567 (43,91 %) Personen männlichen Geschlechts. Im Vergleich dazu ist der Männeranteil an der Gesundenuntersuchung in Gesamtösterreich niedriger (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1998).

In Wien gehen dennoch 5,1 % der männlichen Bevölkerung zur Vorsorgeuntersuchung, in Gesamtösterreich sind es 6,79 % der Männer (Tab. 11.2.1).

Tabelle 11.2.1: Vorsorgeuntersuchungen 1997 nach Bundesländern

	Männer	Männeranteil in % an den Vorsorgeuntersuchungen	in % der männlichen Bevölkerung ab dem 20. Lebensjahr
Österreich	265.868	*38,48*	*9*
Wien	38.567	*43,91*	*6,5*
Niederösterreich	24.980	*47,17*	*6,5*
Burgenland	13.458	*44,37*	*13,0*
Oberösterreich	45.966	*42,64*	*9,1*
Steiermark	46.153	*42,26*	*9,9*
Kärnten	24.265	*31,71*	*11,9*
Salzburg	19.862	*39,88*	*10,9*
Tirol	7.502	*34,28*	*3,2*
Vorarlberg	5.115	*22,57*	*4,1*

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1998; eigene Berechnungen

In Österreich wie auch in Wien ist der Anteil der Frauen bei den Vorsorgeuntersuchungen größer als der der Männer. In Wien ist diese Differenz geringer als in Gesamtösterreich, sie beträgt 12,19 % (vs. 23,04 % in Gesamtösterreich) für das Jahr 1997.

Tabelle 11.2.2: Vorsorgeuntersuchungen 1996 und 1997 in Österreich und Wien

	insgesamt	Männer	in %	Frauen	in %
Österreich 1996	662.723	247.802	*37,39*	414.921	*62,61*
Österreich 1997	690.838	265.868	*38,48*	424.970	*61,52*
Wien 1996	80.291	37.033	*46,12*	43.258	*53,88*
Wien 1997	87.836	38.567	*43,91*	49.269	*56,09*

Quelle: Gesundheitsbericht für Wien 1997

In Wien ist der Anteil der Männer, bezogen auf die gesamte Zahl der Gesundenuntersuchungen, im Vergleich zu den Frauen von 1996 auf 1997 gesunken. In Gesamtösterreich hat sich kaum etwas verändert (Tab. 11.2.2). Von jenen WienerInnen, die eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen, zeigten mehr als die Hälfte auffällige Befunde bzw. erhielten die Empfehlung, sich einer fachmedizinischen Untersuchung zu unterziehen. Männer wiesen daher deutlich häufiger auffällige Befunde auf als Frauen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

XII.
GESUNDHEITSFÖRDERUNG

HEALTH PROMOTION

XII. GESUNDHEITSFÖRDERUNG **191–202**

12.1 GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN **194**
12.1.1 ERNÄHRUNGSBEWUSSTSEIN 194
12.1.2 CHOLESTERINBEWUSSTSEIN 195
12.1.3 BLUTDRUCKBEWUSSTSEIN 195
12.1.4 EINSTELLUNG ZU VORSORGEUNTERSUCHUNGEN DER MÄNNLICHEN WIENER BEVÖLKERUNG 196

12 GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Zusammenfassung

Eine österreichweite Umfrage des Instituts für Sozialmedizin ergab, daß in Österreich ein Viertel der Bevölkerung gesundheitsbewußt ist und dies auch umsetzt. Für diese Personen spielt der Faktor Geschmack und Sättigung bei Nahrung eine wesentlich geringere Rolle als für Personen ohne Gesundheitsorientierung. Im Unterschied zu Frauen achten nur 16 % der österreichischen Männer darauf, nicht zuzunehmen (39 % der Frauen). Weiters nimmt für Männer bis zum 45. Lebensjahr Sport einen höheren Stellenwert im Gesundheitsverhalten ein als gesundheitsbewußte Ernährung. Männer sind im Vergleich zu Frauen weniger über Cholesterin und Blutdruck informiert. Auf Basis einer Umfrage der Wiener Krebshilfe zeigt sich, daß Wiener Männer Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu anderen Erkrankungen als allgemein am bedrohlichsten empfinden. Persönlich fühlen sie sich aber durch Verkehrsunfälle wesentlich bedrohter als durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. Als Haupteinflußfaktoren für die Entstehung von Krebs sehen sie das Rauchen, eine zu starke Sonnenexponierung und die Umweltverschmutzung. Als krebsvorbeugend werden gesunde Ernährung, körperliche Betätigung und die Vermeidung von schädlichen Einflüssen aus Umwelt und Arbeitsplatz gesehen. Über 60 % meinen, daß im Rahmen einer Gesundenuntersuchung Krebserkrankungen früh erkannt werden könnten. In Wien gaben 19,7 % der Männer an, daß sie bereits eine Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchung hatten und 12 % eine Früherkennungsuntersuchung für Dickdarmkrebs, 9,4 % hatten eine Vorsorgeuntersuchung bezüglich Hautkrebs.

Summary

A nation-wide survey conducted by the Institute of Social Medicine showed that a quarter of the Austrian population is health conscious and acts accordingly. For these individuals the taste of food and a feeling of satiety are far less important than they are to persons who are not health conscious. Only 16 % of Austrian men aim to avoid gaining weight, as opposed to 39 % of women. Furthermore, for men up to the age of 45, sports activities are a more important contribution to their health-related behaviour than is healthful nutrition. Men are less well informed than women about cholesterol and blood pressure. A survey carried out by the Vienna Cancer Aid Society shows that men view cancer and cardiovascular illnesses as the most threatening of diseases. However, traffic accidents are a much greater personal threat to men than are cancer or cardiovascular diseases. They view smoking, excessive sun exposure, and enviromental pollution as the main causes of cancer. Healthful nutrition, physical activity, and the avoidance of influences harmful to health in the environment and place of work are seen as measures to prevent cancer. More than 60 % of the men surveyed believe that cancer can be detected early in the course of medical check-ups. In Vienna, 19.7 % of men reported that they had already had an examination to check for cancer of the prostate, 12 % had such an examination for colon cancer, and 9.4 % for skin cancer.

12.1 Gesundheitsbewußtsein

Gesundheitsbewußtsein ist ein vielzitierter Begriff. Laut FALTERMEIER (1994) umfaßt das Konstrukt „Gesundheitsbewußtsein" biographische und kognitiv-emotionale Komponenten sowie Aspekte der Körperwahrnehmung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen und den sozialen Kontext von Gesundheit (BENGEL et al., 1997). Das Konstrukt „Gesundheitshandeln" bezieht sich auf den bewußten Umgang mit der eigenen Gesundheit und mit Krankheiten, mit dem Körper, mit Belastungen, mit gesundheitlichen Ressourcen und sozialem Gesundheitshandeln sowie gesundheitsbezogenen Veränderungen.

Eine für Österreich repräsentative Befragung des Instituts für Sozialmedizin ergab, daß etwa ein Viertel der Bevölkerung gesundheitsbewußt ist und sich auch danach verhält (26 %), die Hälfte der Bevölkerung hält sich zwar für gesundheitsbewußt, setzt dieses Wissen jedoch nicht in die Praxis um (47 %), und der Rest (22 %) hat noch keine Gesundheitsorientierung aufgebaut (SCHOBERBERGER et al., 1989).

Auf die Frage, worauf man bei einer gesundheitsorientierten Lebensführung achten soll, werden Bewegung/Sport (zu 47 %), richtige Ernährung (zu 29 %), Vermeidung von Nikotin/Alkohol und Vermeiden von Streß (20 %) jeweils an erster Stelle genannt. Diejenigen, die eine gesunde Lebensweise bereits praktizieren, reihen gesunde Ernährung am häufigsten an die erste Stelle.

12.1.1 Ernährungsbewußtsein

Vergleicht man das Gesundheitsbewußtsein mit der Einstellung zur Ernährung, so kommt man zum Ergebnis, daß Personen ohne Gesundheitsorientierung ausschließlich an Geschmack und Sättigung bei Nahrungsmitteln interessiert sind (zu 89 %). Für Personen, die bereits einen gesundheitsorientierten Lebensstil haben, spielen diese Faktoren eine wesentlich geringere Rolle (20 %). Der Bereich der bewußten Ernährung – schlankheits- oder gesundheitsorientiert – wird wesentlich stärker von Frauen wahrgenommen. Nur 16 % der Männer achten darauf, nicht zuzunehmen, aber immerhin 39 % der Frauen (SCHOBERBERGER et al., 1989).

Für Männer liegt das Wunschgewicht höher als für Frauen. Männer empfinden ein höheres Körpergewicht, das sie mit einem höheren Anteil an Muskelmasse assoziieren, als attraktiv (DGE, 1992). Bereits im Kindes- und Jugendalter wünschen sich Knaben mehr Muskeln und bezeichnen sich eher als zu dünn (DÜR et al., 1997). Allerdings gibt es auch bei Männern eine Trendwende in Richtung extrem schlankes Aussehen, und die propagierte Assoziation von Schlankheit mit Dynamik, Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit übt auch auf Männer einen immer stärker werdenden Druck aus (DGE, 1992).

Bei Wiener Männern im Alter von 15 bis 44 Jahren nehmen körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) einen höheren Stellenwert ein als gesundheitsbewußte Ernährung. Ab dem 45. Lebensjahr wird der Ernährung mehr Bedeutung geschenkt, und beide Faktoren werden gleichermaßen für eine gesunde Lebensführung bedeutend. In der Altersgruppe der 60- bis 74jährigen beginnt die gesunde Ernährung leicht an Bedeutung zu gewinnen und dominiert dann in der Altersgruppe der 75- bis 84jährigen Männer. Ab dem 85. Lebensjahr kommt es wieder zu einem Rückgang des Ernährungsbewußtseins (URBAS, 1997).

Gegenüber Wiener Frauen haben Wiener Männer jüngeren und mittleren Alters ein geringeres Ernährungsbewußtsein. Erst in der Altersgruppe der 74- bis 84jährigen sind Männer ernährungsbewußter als Frauen (URBAS, 1997). Die Diskrepanz im Ernährungsverhalten zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch im Lebensmittelverzehr. Männer nehmen mehr Fleisch, insbesondere Schweinefleisch und Wurstwaren, zu sich als Frauen. Bei Frauen nehmen pflanzliche Produkte wie Obst, Gemüse und Getreideprodukte noch immer eine bedeutende Stellung in der Ernährung ein (LEBENSMITTELBERICHT, 1997) (Tab. 12.1.1).

Tabelle 12.1.1: Lebensmittelverzehr der Wiener Bevölkerung (in Gramm pro Person und Tag)

Lebensmittel	Männer	Frauen	Differenz Männer und Frauen in %
Fleisch gesamt	127	80	*+ 58,8*
Schweinefleisch	39	15	*+106,0*
Rindfleisch	14	17	*-17,7*
Geflügelfleisch	25	19	*+31,5*
Wurstwaren	75	35	*+114,3*
Milch gesamt	166	171	*-2,9*
Milchprodukte	42	60	*-30,0*
Trinkmilch	77	43	*+79,1*
Käse	42	40	*+5,0*
Brot und Backwaren	190	148	*+28,4*
Weißbrot	49	31	*+58,0*
Mischbrot	65	43	*+51,2*
Vollkornbrot	15	18	*-16,6*
Gemüse	94	119	*-21,0*
Obst	185	125	*-20,8*

Quelle: Österreichischer Lebensmittelbericht, 1997

12.1.2 Cholesterinbewußtsein

Zwischen 1986 und 1989 fand in Österreich eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Cholesterin statt. Ein Vergleich von repräsentativen Bevölkerungssurveys von 1986, 1989 und 1990 ging der Frage nach, welchen Einfluß eine derartige Cholesterinkampagne auf das Cholesterinbewußtsein hat. Dabei konnte festgestellt werden, daß bei Männern der Begriff Cholesterinspiegel in jedem Jahr weniger bekannt war als bei Frauen. Eine mindestens einmalige Messung des Cholesterinspiegels gaben 1986 49 % an, 1989 54 % und 1990 50 %, wobei 1986 das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ausgeglichen war, jedoch 1989 bereits weniger Männer ihren Cholesterinspiegel messen ließen. 1990 ging der Prozentsatz der Männer von 51 % 1989 auf 42 % zurück, während er bei den Frauen gleichblieb. 1986 konnten 56 % der Bevölkerung keinerlei Auskunft über den persönlichen Cholesterinspiegel geben, 1989 19 %, 1990 bereits wieder 59 %, wobei der Anteil der Männer an dieser Gruppe stets höher war. Das niedrigere Gesundheitsbewußtsein der Männer zeigt sich damit auch beim Cholesterinbewußtsein (RIEDER et al., 1991).

12.1.3 Blutdruckbewußtsein

In Österreich fand 1978 durch den Österreichischen Herzfonds eine landesweite Aufklärungskampagne zum Thema Blutdruck statt. Seither wurde das Blutdruckbewußtsein der österreichischen Bevölkerung regelmäßig erfaßt. Es zeigte sich, daß sich das Blutdruckbewußtsein mit zunehmendem Zeitabstand zur Kampagne verringerte. Die Zunahme des diesbezüglichen Informationsdefizites ist bei Männern, im Gegensatz zu den Frauen, signifikant. Lediglich bei den Männern über 50 hat das Informationsniveau nicht signifikant abgenommen, ist aber dennoch niedriger als bei den Frauen in dieser Altersgruppe. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich der Blutdruckmessungen basiert auf der Beobachtung, daß diese bei Männern viel seltener stattfinden als bei Frauen (SCHMEISER-RIEDER et al., 1995). Bei einer neuerlichen Evaluierung des Blutdruckbewußtseins im Jahr 1998 war die Differenz zwischen Männern und Frauen im Blutdruckbewußtsein unverändert (SCHMEISER-RIEDER et al., 1999)

12.1.4 Einstellung zu Vorsorgeuntersuchungen der männlichen Wiener Bevölkerung

Die Wiener Krebshilfe hat 1995 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Wissensstand und Einstellung zu Krebserkrankungen der österreichischen Bevölkerung in Auftrag gegeben (Institut SPECTRA). Die Rohdaten dieser Umfrage wurden von der Wiener Krebshilfe für den vorliegenden Bericht dankenswerterweise zur Verfügung gestellt und von uns für die männliche Wiener Bevölkerung ausgewertet.

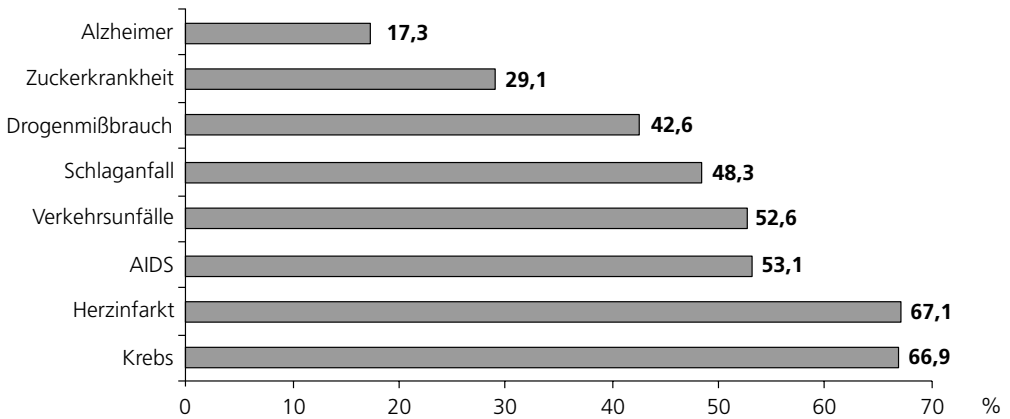
Die gesamte Untersuchung umfaßte ein repräsentatives österreichisches Sample von 2.073 Personen, davon 972 Männer. Das für Wien repräsentative Sample erfaßte 421 Personen, davon 194 Männer.

Die Befragung erfolgte mittels persönlicher Interviews auf Basis eines strukturierten Fragebogens, durchgeführt von Interviewern des Meinungsforschungsinstitutes SPECTRA.

Das „Krebswissen" der männlichen Wiener Bevölkerung wird anhand einiger ausgewählter Fragestellungen im folgenden präsentiert.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs werden allgemein als am bedrohlichsten empfunden. Als am wenigsten bedrohlich finden die Wiener Männer Alzheimer-Erkrankung und Zuckerkrankheit. AIDS wird als gleich bzw. sogar etwas bedrohlicher angesehen als Verkehrsunfälle (Abb. 12.1.1).

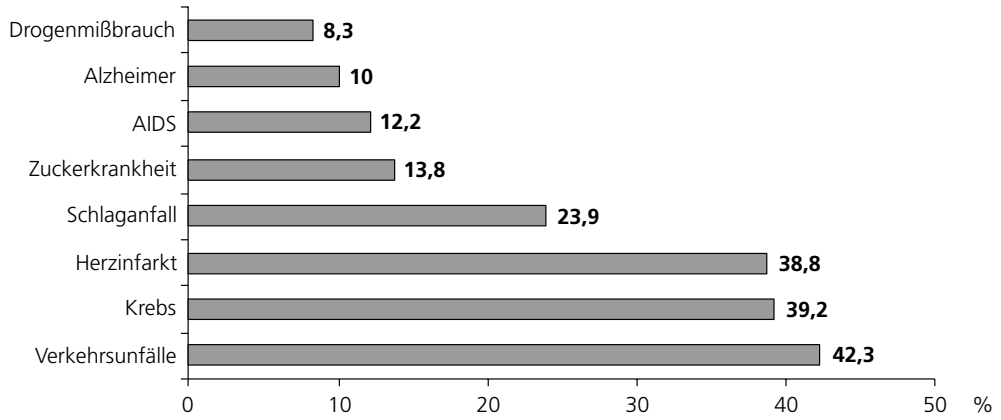
Abbildung 12.1.1: Einschätzung der allgemeinen Bedrohung durch verschiedene Erkrankungen (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Bei der Frage nach dem Empfinden der persönlichen Bedrohung durch die genannten Krankheiten zeigt sich, daß befragte Männer sich durch Verkehrsunfälle wesentlich bedrohter fühlen als durch Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie fühlen sich durch AIDS etwas mehr bedroht als durch Zuckerkrankheit und Alzheimer, jedoch sehen sie für sich diese Bedrohung eindeutig geringfügiger an, als sie dies in bezug auf die Bevölkerung tun (Abb. 12.1.2).

Abbildung 12.1.2: Einschätzung der persönlichen Bedrohung durch verschiedene Erkrankungen (Angaben in Prozent)

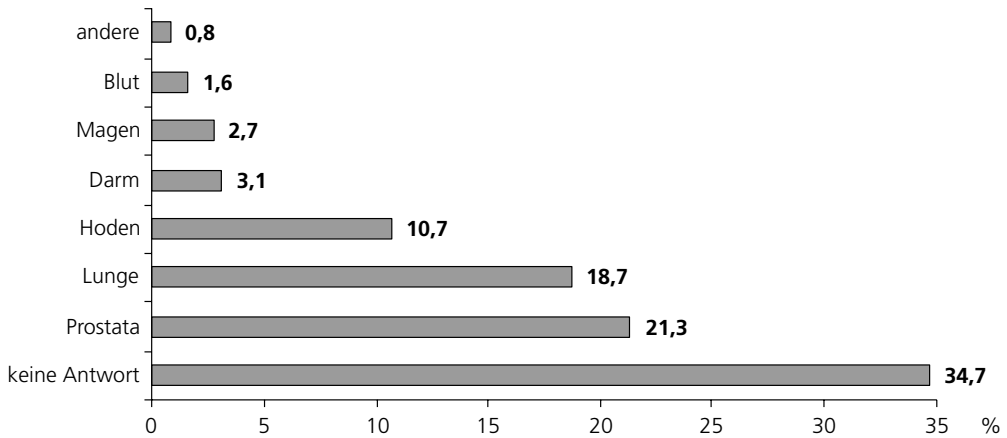


Quelle: Österreichische Krebshilfe, 1995; eigene Berechungen

Eine Einschätzung der Trendentwicklung von Krebserkrankungen in Österreich kann von 20 % der Wiener Männer nicht gemacht werden. Etwa die Hälfte der Männer glaubt, daß Krebserkrankungen im Ansteigen begriffen sind, davon meint wiederum die Hälfte, daß dies alle bösartigen Tumore betrifft. Jene, die diesen Trend nur für bestimmte Tumore sehen, etwa ein Viertel, glaubt, daß sich kaum etwas verändert hat.

Die Wiener Männer schätzen das Prostatakarzinom als häufigsten bösartigen Tumor bei Männern ein (21,3 %). An zweiter Stelle nennen sie Lungenkrebs (18,7 %) und an dritter Stelle Hodenkrebs (10,7 %). Ein Drittel der Befragten (34,7 %) macht dazu keine Angaben (Abb. 12.1.3).

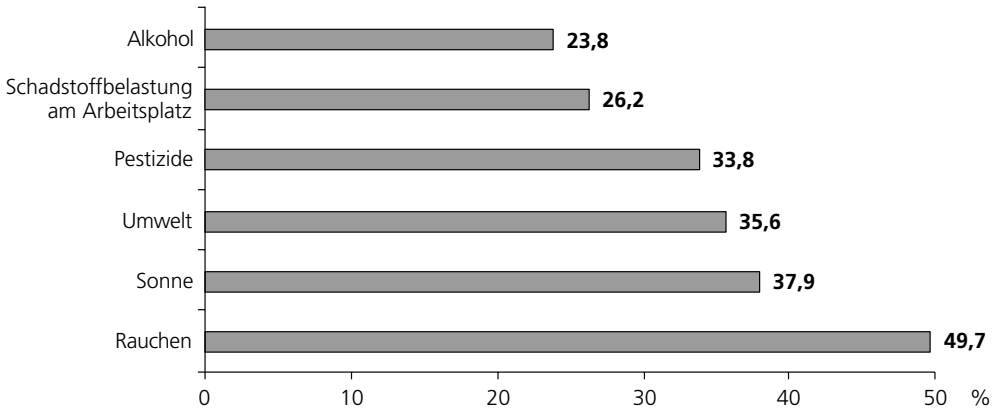
Abbildung 12.1.3: Einschätzung der Lokalisation der häufigsten Tumore bei Männern (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Einer Reihe von Faktoren wird großer Einfluß auf die Krebsentstehung zugeschrieben. Dem Zigarettenrauchen wird vom größten Prozentsatz der befragten Männer sehr großer Einfluß beigemessen (49,7 %). Von jeweils etwa einem Drittel werden „zuviel Sonne", Umweltverschmutzung, Pestizide und Düngemittel in Lebensmitteln als sehr großer Einfluß auf die Krebsentstehung gesehen (Abb. 12.1.4). Etwa jeweils ein Fünftel der Befragten sieht Passivrauchen (22,7 %), Ernährung (21,9 %), Vererbung (21,3 %), psychische Belastung und Streß (20,5 %) mit dem größten Einfluß verknüpft.

Abbildung 12.1.4: Faktoren, die mit einem „sehr großen Einfluß" auf die Krebsentstehung eingeschätzt werden (Angaben in Prozent)



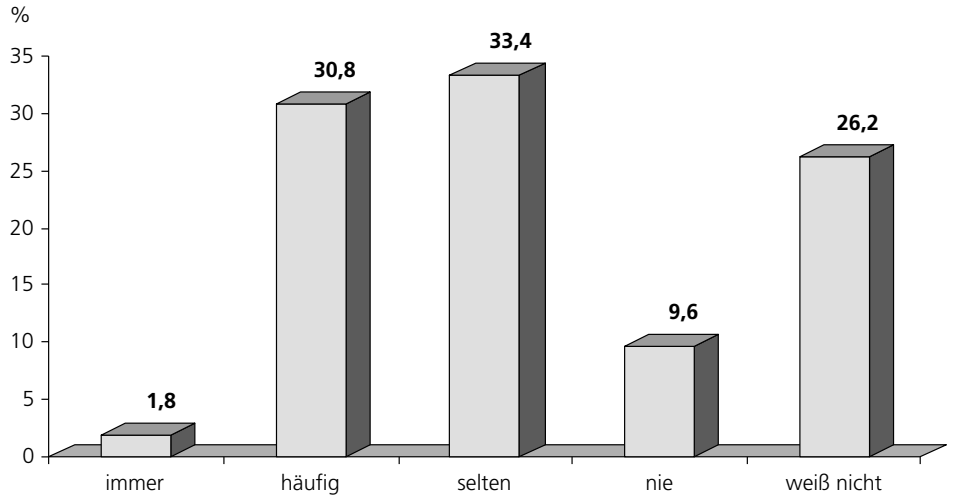
Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Bezüglich Rauchen erscheint bemerkenswert, daß ein größerer Prozentsatz Aktivrauchen mit „sehr geringer Bedeutung" in bezug auf die Krebsentstehung bewertet als Passivrauchen (15,7 % vs. 9,4 %). „Zuviel Sonne" wird von einem etwa gleich hohen Prozentsatz wie das Aktivrauchen mit „sehr geringer Bedeutung" für das Krebsentstehen gesehen (15,5 %).

Der Einfluß im Wohnbereich durch Erdstrahlen, Wasseradern oder Hochspannungsleitungen wird als eher gering erachtet. Im Vergleich zu den anderen Faktoren sehen lediglich etwa 10 % der Befragten in diesen Faktoren einen sehr großen Einfluß auf das Krebsgeschehen.

Über das Auftreten von Beschwerden in einem Frühstadium einer Krebserkrankung ist die männliche Wiener Bevölkerung geteilter Ansicht (Abb. 12.1.5). Ein Viertel der Befragten kann keine Angaben zu dieser Fragestellung machen.

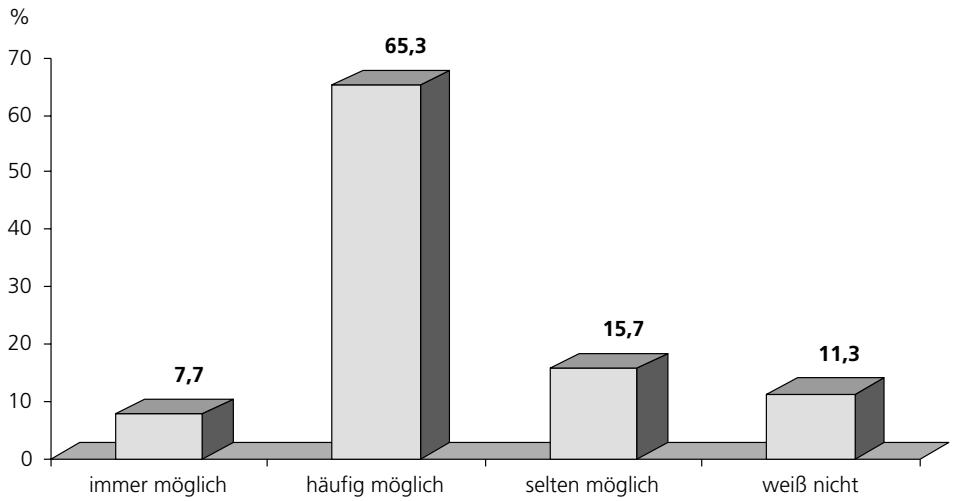
Abbildung 12.1.5: Häufigkeit des Auftretens von spürbaren Beschwerden im Frühstadium von Krebserkrankungen (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Eine der Fragestellungen lautete, ob man bei einer Gesundenuntersuchung eine Krebserkrankung früh erkennen kann. In der Abbildung 12.1.6 sind die diesbezüglichen Angaben der Wiener Männer dargestellt. Die überwiegende Mehrheit der Befragten meinte, daß eine Früherkennung in diesem Rahmen häufig möglich ist.

Abbildung 12.1.6: Einschätzung der Möglichkeit der Krebsfrüherkennung bei der Gesundenuntersuchung (Angaben in Prozent)



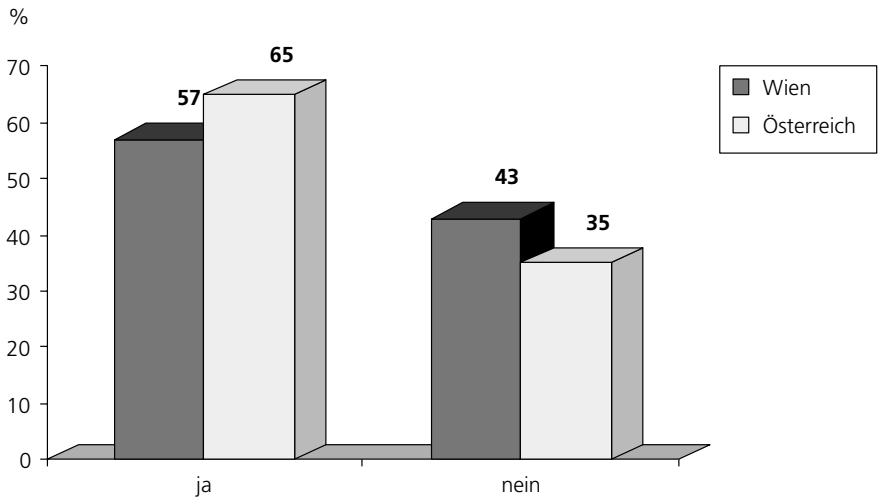
Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Der Bevölkerung wurden im Rahmen der Umfrage eine Reihe von Faktoren vorgelegt, die sie im Hinblick auf deren krebsvorbeugende Wirkung einschätzen sollte. Dem „Nichtrauchen" wurde die größte krebsvorbeugende Wirkung zugeschrieben. Auf einer Skala von 1 bis 5 (1 heißt sehr große Bedeutung für die Krebsvorbeugung, 5 heißt sehr geringe Bedeutung für die Krebsvorbeugung) gaben 78,3 % die Ziffern 1 und 2 an (55,8 % entschieden sich dabei für „sehr große Bedeutung"). Lediglich 5,4 % maßen dem Nichtrauchen keine sehr große Bedeutung bei. Von etwa einem Drittel der Männer wurden folgende Faktoren als „sehr bedeutend" für die Krebsvorbeugung gesehen:

„fettarme Ernährung“ (30,8 %), gemüse- und obstreiche Ernährung (31,8 und 31,3 %), körperliche Betätigung (30,0 %), Vermeidung von Umweltverschmutzung (36,8 %) und die Vermeidung von Schadstoffen am Arbeitsplatz (34,3 %).

In Wien kennen mehr als die Hälfte der Männer die Möglichkeit einer Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchung (Abb. 12.1.7). In Gesamtösterreich ist dieser Prozentsatz höher.

Abbildung 12.1.7: Kenntnis der Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchung in Österreich und Wien (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

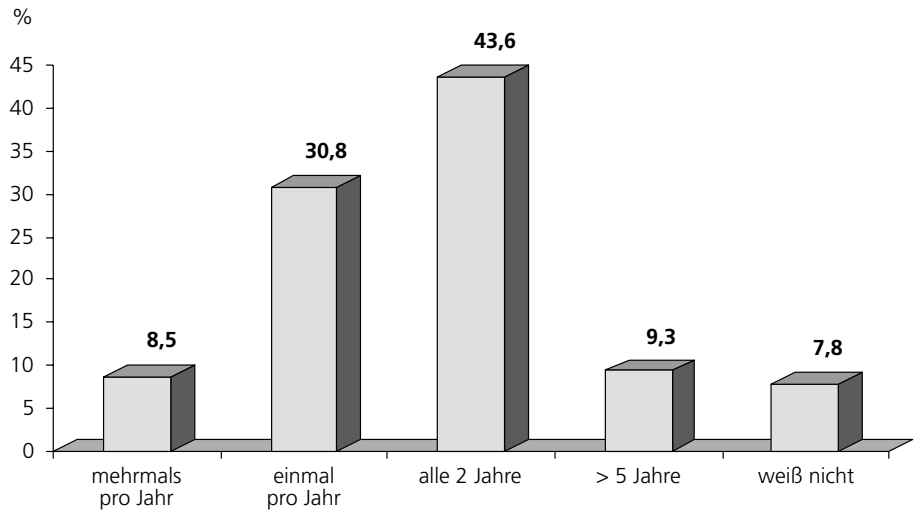
In Wien gaben 19,7 % der Männer an, daß sie bereits einmal eine Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchung hatten. Dies entspricht etwa dem Prozentsatz der gesamtösterreichischen Ergebnisse.

Von jenen Männern, die eine derartige Untersuchung angaben, hatten in Wien 37,8 % eine erstmalige Untersuchung unter dem 45. Lebensjahr, 53,6 % zwischen dem 45. und 59. Lebensjahr, 8,6 % zwischen dem 60 und 69. Lebensjahr.

Von jenen Männern, die eine Früherkennnungsuntersuchung durchführen ließen, taten dies in Wien etwa die Hälfte (50,6 %) einmal, 45,7 % zwei- bis dreimal und 3,7 % mehrmals.

Jene Männer, die mehr als einmal bei der Prostatavorsorge waren, wurden weiters befragt, in welchen Abständen sie diese Untersuchung durchführen ließen. Ein Drittel der Männer gab eine jährliche Untersuchung an, über 40 %, daß sie alle 2 Jahre eine Untersuchung hatten. (Abb. 12.1.8).

Abbildung 12.1.8: Angaben zu Abständen zwischen den Prostata-Vorsorgeuntersuchungen der Wiener (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

Die Früherkennungsuntersuchungen wurden laut Angaben der Befragten vorwiegend beim Urologen durchgeführt (56 %), am zweithäufigsten im Spital (31,7 %) bzw. in einer entsprechenden Ambulanz. Praktiker und Internisten werden am seltensten genannt (11,8 % und 4,3 %).

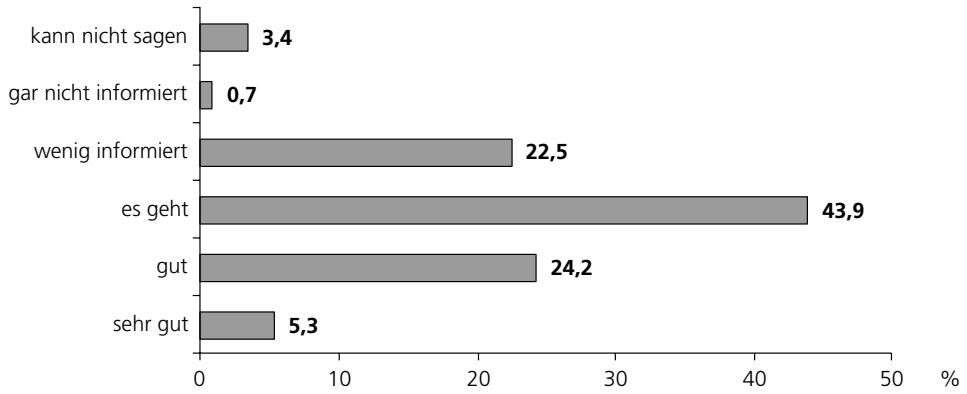
12 % gaben eine mindestens einmalige Früherkennungsuntersuchung für Dickdarmkrebs an, davon 74,4 % einmal, 19,5 % zwei- bis dreimal. Unter dem 40. Lebensjahr hatten 23,2 % eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung, 54 % gingen erstmals zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr, 22,8 % erstmals nach dem 60. Lebensjahr. 38,9 % gehen alle 2 Jahre zur Dickdarm-Vorsorgeuntersuchung. Bei 30,1 % beträgt der Abstand zwischen den Untersuchungen mehr als 5 Jahre, 31,0 % gehen in unregelmäßigen Abständen. Laut den Angaben der Befragten erfolgte die Durchführung der Untersuchung vor allem im Spitalsbereich (85,4 %), bei 14,6 % beim Facharzt.

41,8 % der befragten Wiener Männer kennen die Früherkennungsuntersuchung von Hautkrebs nicht, 34,1 % kennen die Maßnahme zur Dickdarmkrebs-Früherkennung nicht.

9,4 % gaben an, daß sie bereits eine Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs hatten, davon über 70 % einmal, 18 % mehrmals. In bezug auf die Frequenzen geht die Hälfte einmal jährlich zur Untersuchung, 46,7 % gehen alle 3 bis 5 Jahre. Die Durchführung erfolgt vor allem beim Hautarzt (59,6 %), 40,4 % gehen zum Hausarzt.

In der Abbildung 12.1.9 ist der subjektive Informationsstand zu Krebserkrankungen dargestellt. Sehr gut informiert fühlen sich lediglich 5,3 % der befragten Wiener Männer.

Abbildung 12.1 9: Informationsgefühl über Krebserkrankungen im allgemeinen (Angaben in Prozent)



Quelle: Wiener Krebshilfe, 1995; eigene Berechnungen

49,1 % wünschen sich mehr Aufklärung, 28,5 % meinen, daß auf diesem Gebiet bereits genug geschehen ist, und 22,4 % können dazu keine Angaben machen.

XIII.
SENIOREN IN WIEN

SENIORS IN VIENNA

XIII. SENIOREN IN WIEN **203–226**

13.1 SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION **206**
13.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE DES ALTERNS **206**
13.3 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE BEI DER FAMILIENSITUATION ÄLTERER MENSCHEN IN ÖSTERREICH **207**
13.4 SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND DER ÄLTEREN MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG **209**
13.5 PFLEGESITUATION UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT VON ÄLTEREN MÄNNERN IN ÖSTERREICH UND WIEN **210**
13.6 ERKRANKUNGEN DES ÄLTEREN UND ALTEN MANNES **211**
13.6.1 OSTEOPOROSE 211
13.6.2 DEMENZERKRANKUNGEN 214
13.6.2.1 Demenzfreie Lebenserwartung 217
13.6.3 PROSTATAHYPERTROPHIE 217
13.6.4 INKONTINENZ 219
13.7 ALTERSFORSCHUNG – „THE AGING MALE" **221**
13.7.1 THE AGING MALE 222
13.7.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ERGEBNISSE DER „BALTIMORE LONGITUDINAL AGING STUDY" (BLSA) 224

13 SENIOREN IN WIEN

Zusammenfassung

Männer und Frauen altern quantitativ wie qualitativ unterschiedlich. Die altersrelevanten Einschnitte konzentrieren sich bei Männern auf einen kürzeren zeitlichen Rahmen, die qualitativen Anforderungen bei Männern sind vor allem der Pensionsantritt und das zunehmende Angewiesensein auf die Unterstützung anderer. Männer sind von den typischen Altersrisiken, wie Alleinleben oder gesundheitlichen, materiellen und sozialen Beeinträchtigungen, weniger betroffen. Männer wohnen auch seltener allein als Frauen. Im internationalen Vergleich sind Frauen 2–10mal häufiger verwitwet.

Männer schätzen ihren Gesundheitszustand generell als besser ein denn Frauen. 50 % der Männer halten ihn für sehr gut oder gut, während dies bei den Frauen nur auf 40 % zutrifft. Generell sind 34,4 % der Wiener männlichen Senioren ohne Beeinträchtigungen, wie Seh- und Hörprobleme, Bewegungsbeeinträchtigungen oder chronische Krankheiten (26,9% der Frauen). Insgesamt liegt der Anteil der Männer bei allen Sehbeeinträchtigten, Hörbeeinträchtigten, Gehbehinderten und chronisch Kranken zwischen 30 und 40 %. Den höchsten Stellenwert bei chronischen Krankheiten haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33,8 %), Wirbelsäulenschäden (17,8 %), Gicht, Ischias und Rheuma (9,7 %).

Die Wahrscheinlichkeit, hilfsbedürftig zu werden, ist bei den über 70jährigen Männern (7,9 %) geringer als bei Frauen. Sie nehmen auch weniger Hilfe durch Familie, Freunde und Bekannte in Anspruch und sind weniger häufig von öffentlichen Diensten abhängig als Frauen.

Summary

Men and women age differently, qualitatively as well as quantitatively. Qualitatively, the challenges for men are, most importantly, the onset of retirement and increasing dependence on others. Men are less affected by the typical risks of old age, such as living alone or reduction in health status, material comforts and social interaction. Men also live alone less frequently than do women. Women survive their partner 2 to 10 times more often.

Men's assessment of the state of their health is generally better than women's. 50 % of men judge their health to be very good or good, compared to 40 % of women. Of Viennese male seniors, 34.4 % have no disabilities such as visual or hearing loss, trouble moving, or chronic illnesses, compared to 26.9 % of women. Men make up 30 to 40 % of those suffering from these disabilities. The most frequent of the chronic illnesses are cardiovascular disorders (33.8 %), damage to the spine (17.8 %), and gout, sciatica, and rheumatism (9.7 %).

The probability of becoming dependent is lower among men over 70 (7.9 %) than in women in that age group (11.4 %). They also accept less help from family and friends, and are less frequently dependent on public services than are women.

13.1 Sozioökonomische Situation

Die demographische Alterung, d.h. die Tatsache, daß sich der Anteil der älteren Personen an der Wohnbevölkerung erhöht, ist nicht als Trend zur sozialen Überalterung zu interpretieren. Die Gleichsetzung demographischer Alterung mit sozialer Überalterung wird aus wissenschaftlicher Sicht als Fehlschluß gesehen, und demographische Faktoren sind lediglich als Rahmenbedingungen zu betrachten.

Das kalendarische Alter ist in der Altersforschung eine sehr komplexe Variable. Es umfaßt nicht nur das aktuelle Lebensalter, sondern ist auch Ausdruck der Lebensdauer und psychosozialer Alterungsprozesse. Die wirtschaftliche Lage und die soziale Situation älterer Menschen von heute unterscheiden sich sicherlich deutlich von jenen der Zukunft, genauso wie sie sich von denen der Vergangenheit unterscheiden. Es ist anzunehmen, daß die zukünftigen älteren Menschen finanziell oft besser gestellt, besser ausgebildet und wahrscheinlich aktiver sein werden als die heutige Generation älterer Menschen (HÖPFLINGER et al., 1992).

Alters- und Alterungsdiskussionen werden oftmals in der Öffentlichkeit noch immer als defizit-orientierte Diskussionen geführt. An die gerontologische Forschung wird der Anspruch erhoben, sich nicht nur auf Fragen der Pflegebedürftigkeit und Altershilfe zu beschränken, sondern Fragen lebenszyklischer Entwicklungen, der Fortbildung, der sozialen Teilnahme und Integration, der Prävention und Therapie etc. gleichwertig zu berücksichtigen (HÖPFLINGER et al., 1992).

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet auf Basis des kalendarischen Alters in der zweiten Lebenshälfte zwischen alternden Menschen (51. bis 60. Lebensjahr), älteren Menschen (60- bis 75jährigen), alten Menschen (75- bis 90jährigen), hochbetagten Menschen (über 90jährigen) und langlebigen Menschen (über 100 Jahre alt).

Nach ROSENMAYER (1993) bedeutet das Alter aus soziologischer Sicht einen Status, der Personen derselben Altersgruppe zugeordnet wird. Das Alter ist je nach gesellschaftlicher Situation ein hochgeschätzter oder mißachteter Status. Soziologisches Alter ist eng mit den jeweiligen Normvorstellungen einer Gesellschaft verbunden, und Altern ist demgemäß sowohl sozial wie historisch zu deuten (HÖPFLINGER et al., 1992).

Jedoch ist auch das soziologische Alter ebenso mehrdeutig wie beispielsweise das psychologische Alter. Diese Altersbegrenzungen haben daher nur Orientierungswert (ROSENMAYER, 1990).

Der Umgang mit dem Alter und dem Altern ist von ökonomischen, politischen und ideologischen Diskussionen geprägt. In jeder Gesellschaft gibt es widersprüchliche Sichtweisen dieses Umstandes, und je nach Kontext wird das Alter bzw. Altern als Belastung oder als Fortschritt und Ressource betrachtet (BACKES, 1994).

Die Soziologin Gertrud Backes beschreibt, daß bei all diesen Diskussionen die Hintergründe der jeweiligen Positionen außer acht gelassen und selten Verbindungen zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen und Interessen gesucht werden. So wird selten die dahinter verborgene Sozialstruktur des Alters untersucht, die sich nach Geschlecht, Lebenslage, Status, Schicht, Nationalität, Region und anderen Merkmalen sozialer Ungleichheit unterscheidet (BACKES, 1994).

Sie schreibt: „Alter hat sich vom ehemals primär individuellen über ein primär soziales zum primär gesellschaftlichen Problem entwickelt. Dabei stehen nicht nur bisherige Konzepte des Alters zur Debatte, sondern darüber hinaus andere tragende Strukturen unserer Gesellschaft, etwa jene der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, der Arbeitsteilung zwischen den Generationen und Kohorten und der einseitigen Konzentration von Rechten und Entfaltungschancen auf Erwerbsarbeitende."

13.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede des Alterns

Die Diskussion in bezug auf Alter(n) wird für Männer und Frauen vor allem öffentlich unterschiedlich geführt. Die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere auch der Strukturwandel des Alters,

zeigt seine negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen eher bei Frauen, die positiven eher bei Männern. BACKES (1994) spricht von einem quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Alter(n) von Männern und Frauen:

- „Männer müssen sich mit weniger und Frauen mit mehr grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmender Aufgaben und Beziehungen auseinandersetzen. Die altersrelevanten Einschnitte konzentrieren sich bei Männern auf einen kürzeren zeitlichen Rahmen als bei Frauen."
- „Die qualitativ-inhaltlichen Anforderungen, die an Männer und Frauen im Laufe des Alter(n)s gestellt werden, unterscheiden sich deutlich: Bei Männern konzentrieren sie sich auf die Themen ‚Verlust der Erwerbsarbeit und Neubestimmung von Inhalten und Zielen' sowie ‚Bewältigung des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere, in der Regel der Partnerin'."
- „Bei Frauen stehen darüber hinaus Veränderungen und Verluste in zusätzlichen Bereichen an: Es geht – nach Auszug der Kinder – um Veränderungen der Hausarbeit, um das Ende der eigenen Erwerbsarbeit und der Erwerbsarbeit des Partners, um die Übernahme von Pflege kranker und/oder alter Familienmitglieder (meist hochbetagter Eltern bzw. Schwiegereltern und später des Partners) und um die Betreuung von Enkelkindern, also um die Übernahme neuer familiärer Aufgabenbereiche."
- „Im höheren Alter geht es stärker um Hilfsbedürftigkeit gegenüber den eigenen Kindern und professionalen Kräften. Darüber hinaus geht es um die Bewältigung des Partnerverlustes, des Alleine-Weiterlebens oder auch des Überganges in ein Alten- oder Pflegeheim" (BACKES, 1994).

Das heißt, daß typische Altersrisiken, wie Alleinleben, gesundheitliche, materielle und soziale Beeinträchtigungen, Männer weniger stark betreffen. Andererseits schaffen es Männer eher weniger, mit den Beeinträchtigungen des Alter(n)s konstruktiv umzugehen und trotzdem ein zufriedenes Alter zu leben.

Es können jedoch auch keine Verallgemeinerungen gemacht werden: So kann nicht vom Typus älterer oder alter Mann und ältere oder alte Frau gesprochen werden, da sich für jeden, je nach Lebens- und Arbeitsverhältnissen, Alter, sozialer Schicht, Biographie, persönlichem Lebensstil und subjektiven Deutungen, nach Region, Lebens- und Wohnumfeld, familiären Bedingungen und persönlichen Interessen, die konkrete Lebenssituation ergibt (BACKES, 1994).

13.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Familiensituation älterer Menschen in Österreich

Durch die demographischen Veränderungen gibt es auch in bezug auf Familie und Verwandtschaft soziale Entwicklungen: Durch die kürzere Lebenserwartung z.B. 1870/80 (Männer 37 Jahre, Frauen 43 Jahre) kam es nur kurze Zeit innerhalb einer Familie zu Überlappungen dreier Generationen. Heute, durch eine wesentlich höhere Lebenserwartung, kommt es zu einer „Ausdehnung" der Verwandtschaft, und es wird beinahe eine ganze Generation eingefügt, welches als „intergenerationelle Ausdehnung" bezeichnet wird (HETTLAGE, 1992). Demnach hat es noch nie so viele Groß- und Urgroßeltern gegeben wie heute. In der Soziologie wird von einer vertikalen Verlagerung des Verwandtschaftssystems gesprochen (LÜSCHEN, 1989; HETTLAGE, 1992). Dabei ist aufgrund der Tatsache, daß Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, von einer „Feminisierung der Verwandtschaft" die Rede. Vorzeitiges Ausscheiden der Älteren aus dem Beruf zieht erwartungsgemäß auch ein stärkeres Engagement für die nachfolgende Generation nach sich. Die Drei-Generationen-Familie wird als soziales und finanzielles Netz angesehen. Wenn die Großeltern selbst noch erwerbstätig sind, sind sie zwar für die direkte Kinderbetreuung nicht verfügbar, können ihre Kinder bzw. Enkel jedoch finanziell unterstützen.

Männer sind von dem Umstand, sich um die nachfolgende Generation zu sorgen, weniger betroffen als Frauen: zum einen aufgrund der geringeren Lebenserwartung und zum anderen aufgrund des erfahrungsgemäß höheren Engagements von Frauen (vor allem von Großmüttern) für die Verwandt-

schaft (HETTLAGE, 1992). Laut Mikrozensus „Ältere Menschen in Österreich" erhalten 13 % der befragten Haushalte Hilfe von Personen ab 60 Jahren. In der Regel sind es die Mütter, die helfen. Haushalte, die Unterstützung erhalten, bekommen diese in der Hälfte der Fälle von den Müttern und in nur 17 % von den Vätern (ÖSTAT, 1989).

Vor allem was die tägliche Hilfe betrifft, erfahren Familien häufiger durch ältere Frauen als durch ältere Männer Hilfe. Dies trifft besonders auf die Hilfe bei der Haushaltsführung zu (12 % der Frauen, 3 % der Männer). Auch bei der Betreuung von Wohnung und Garten bestehen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Frauen 9 %, Männer 5 %).

15 % der alten Menschen fühlen sich allein und isoliert. Auf ältere Frauen trifft dies dreimal so häufig zu als auf Männer (21 % vs. 7 %). Trotz der „intergenerationellen Ausdehnung" ist bei Frauen das Alter oftmals durch Alleinsein geprägt. Ältere Männer wohnen wesentlich seltener allein als Frauen. Besonders hoch ist der Anteil der alleinlebenden Personen in der Altersgruppe ab 75 Jahren (47 %), und hier besonders bei den Frauen (61 %). Schon ab dem 50. Lebensjahr leben Frauen seltener mit ihrem Ehepartner in einem gemeinsamen Haushalt, Männer jedoch erst ab dem 75. Lebensjahr. Fast jede zweite 60- bis 64jährige Frau und nur mehr jede 10. Frau über 85 Jahre lebt mit ihrem Ehemann oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt (SENIORENBERICHT, 1994).

Im internationalen Vergleich sind verwitwete Frauen 2- bis 10mal häufiger anzutreffen als verwitwete Männer. Bei Männern liegt der Prozentsatz der Verwitweten zwischen 7 und 24 % (bei den Frauen zwischen 47 und 68 %) (DICZFALUSY, 1998) (Tab. 13.3.1).

Tabelle 13.3.1: Prozentsatz der Verwitweten bei den 60jährigen und älteren in den Ländern mit den höchsten Bevölkerungsraten 1996

Land	Männer	Frauen
China	*24*	*52*
Indien	*20*	*51*
Europäische Union	*13*	*44*
USA	*11*	*42*
Indonesien	*11*	*58*
Brasilien	*13*	*47*
Russische Föderation	*12*	*55*
Pakistan	*12*	*47*

Quelle: Diczfalusy, 1998

Offensichtlich werden Frauen jedoch mit dem Alltag eines Einpersonenhaushaltes leichter fertig als Männer. Frauen waren während ihres gesamten Lebens für die Haushaltsführung verantwortlich. Also ziehen verwitwete Männer viel öfter in ein Alten- oder Pflegeheim bzw. zu ihren Kindern als Frauen (SENIORENBERICHT 1994). Der Anteil der älteren Männer, die Kinder, Schwiegerkinder und in geringerem Maß Geschwister haben, liegt in praktisch allen Altersgruppen höher als jener der Frauen mit diesen Verwandten. Dieser höhere Anteil ergibt sich vor allem aufgrund der höheren Quote der jemals Verheirateten. Der Anteil der Männer und Frauen, deren Eltern noch leben, ist bei beiden Geschlechtern gleich, jener mit Urenkeln aufgrund des niedrigeren Alters bei der Geburt der eigenen Kinder bei Frauen höher (ÖSTAT, 1989).

Geschlechtsspezifisch zeigt sich bei älteren Frauen, die allein leben, daß sie häufiger Besuche machen (38 % zumindest wöchentlich, 19 % nie) als alleinstehende Männer (30 % zumindest wöchentlich, 25 % nie). In Mehrpersonenhaushalten machen Männer etwas häufiger Besuche als Frauen. 6 % der älteren Frauen und 5 % der Männer besuchen ihre Verwandten oder Bekannten täglich. 25 % der Frauen und 23 % der Männer besuchen diese wöchentlich. Frauen machen zu 17 % keine derartigen Besuche im Vergleich zu 14 % der Männer.

Die Besuchshäufigkeit der älteren Menschen ist auch von der Schulbildung abhängig. Ältere Menschen mit höherer Schulbildung besuchen ihre Verwandten und Bekannten häufiger als Personen mit Pflichtschulabschluß.

Die Kontaktpflege mit Bekannten und Freunden schränkt sich mit zunehmendem Alter ein. Die Sozialkontakte mit Nachbarn werden mit ansteigendem Alter immer wichtiger. Ältere Menschen erhalten häufiger Besuche von Nachbarn als durch Freunde und Bekannte (11 % täglich) (ÖSTAT, 1989).

Man kann davon ausgehen, daß etwa die Hälfte der über 60jährigen ihre Freizeit auch durch gelegentliche oder regelmäßige Besuche von Veranstaltungen und Lokalen gestalten, und zwar Männer häufiger als Frauen (62 % vs. 46 %). Männer nehmen auch etwas häufiger als Frauen an Bildungs- und Kulturveranstaltungen teil. Frauen hingegen bevorzugen etwas häufiger als Männer Ausflugsfahrten und sind Mitglieder in Seniorenklubs (32 % der Männer vs. 37 % Frauen) (ÖSTAT, 1989). Seniorenzentren organisieren oftmals eine Vielfalt von Aktivitäten, wie etwa Bildungs- und Fortbildungsveranstaltungen, Bewegungsprogramme, Kulturveranstaltungen, Wanderungen und sonstige Ausflüge. Befragt man Senioren, so würden sie sich eine größere Zahl solcher Seniorenzentren wie auch die Einrichtung sozialer Stützpunkte wünschen (SCHOBERBERGER et al., 1995).

Wie bei der Pflege des Bekanntenkreises nehmen auch diese Aktivitäten mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern ab, bei Männern zu einem geringeren Prozentsatz. Bei den über 75jährigen sind es 45 % Männer und 33 % Frauen, die Freizeitaktivitäten angeben (ÖSTAT, 1989).

13.4 Subjektiver Gesundheitszustand der älteren männlichen Bevölkerung

Der subjektive Gesundheitszustand der Wiener SeniorInnen wurde in mehreren Surveys untersucht und ist im WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT detailliert dargestellt. Aus dem Mikrozensus Gesundheit 1991 geht hervor, daß Männer ihren Gesundheitszustand immer als etwas besser einschätzen denn Frauen. Über 50 % der über 60jährigen Männer sehen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut an (etwa 40 % der Frauen). Auch der Anteil der Männer mit subjektiv schlechtem bzw. sehr schlechtem Gesundheitszustand ist geringer als bei den Frauen (etwa 12 % vs. 17 %).

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Den eigenen Gesundheitszustand empfinden Frauen mit zunehmendem Alter häufiger als „schlecht", als dies bei den Männern der Fall ist. Bei den über 75jährigen bezeichnen 17 % der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht im Vergleich zu 14 % der Männer, wobei anzumerken ist, daß Frauen einen höheren Anteil von Hochbetagten verzeichnen (ÖSTAT, 1989). Im Gegensatz zu den Männern schätzen Frauen jedoch bereits ab dem 45. Lebensjahr ihren Gesundheitszustand als „schlechter" ein denn Männer (FRIEDL, 1993).

Der Beeinträchtigungsgrad der Wiener Senioren ist geringer als der der Seniorinnen. Dies bezieht sich sowohl auf Seh-, Hör- und Bewegungsbeeinträchtigung als auch auf chronische Krankheiten. Insgesamt sind 34,3 % der Senioren ohne Beeinträchtigung (26,9 % der Seniorinnen). Nach Altersgruppen untergliedert trifft dieser Umstand auf alle Altersgruppen zu, außer auf die 70- bis 79jährigen. In dieser Altersgruppe wird von einem etwas höheren Prozentsatz als bei den Frauen mindestens eine körperliche Beeinträchtigung erwähnt (72,3 % vs. 68,6 %). Insgesamt liegt der Anteil der Männer bei allen Sehbeeinträchtigten, Hörbeeinträchtigten, Gehbehinderten und chronisch Kranken zwischen 30 und 40 %. Chronisch krank sind 53 % der Senioren in Wien (61 % der Seniorinnen). Den höchsten Stellenwert haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33,8 %), Wirbelsäulenschäden (17,8 %), Gicht, Ischias und Rheuma (9,7 %). Umgerechnet auf Absolutzahlen, leiden in Wien 52.300 Senioren an chronischen Krankheiten (106.400 Seniorinnen) (MIKROZENSUS ÖSTAT, 1995; STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1997).

In Wien ergibt sich im Vergleich zu Gesamtösterreich in bezug auf die Gesundheit der Senioren bzw. der über 55jährigen ein besonderes Bild. Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke, aber auch chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, Emphysem, chronische Bronchitis) kommen bei Männern weniger häufig vor (25 % bzw. 22 %) als im übrigen Bundesgebiet (altersstandardisiert). Bei der Zuckerkrankheit (Typ-I- und Typ-II-Diabetes) verhält es sich gegenteilig. Die altersbereinigte Prävalenzrate liegt bei Männern um etwa 10 % höher als im Bundesdurchschnitt.

Von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist ein Drittel der Männer ab dem 75. Lebensjahr betroffen (im Gegensatz zu einem Sechstel der Frauen). Bei den jüngeren SeniorInnen geben Frauen häufiger eine Krankheit dieser Kategorie an. Der Unterschied zum Bundesdurchschnitt zeigt, daß die altersbereinigte Krankheitshäufigkeit in Wien bei Männern um ein Achtel und bei Frauen um ein Drittel niedriger ist.

Die Anzahl der Beschwerden und Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu. Männer geben weniger häufig als Frauen Beschwerden an. Im Mikrozensus haben 9 % der 60- bis 74jährigen sechs oder mehr Beschwerden, in der Altersgruppe der 75- bis 84jährigen sind es 26 % (bei den Frauen 16 % bzw. 30 %). Bei den über 85jährigen ist davon etwa ein Drittel betroffen, Männer etwas weniger (31 %), Frauen etwas mehr (37 %). In allen Altersgruppen, nicht nur bei den SeniorInnen, geben Männer weniger häufig Beschwerden an (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997).

13.5 Pflegesituation und Pflegebedürftigkeit von älteren Männern in Österreich und Wien

Im Alter besteht der Bedarf an fremder Hilfe und Pflege für die Bereiche Gesundheit, Wohnen, häusliche Versorgung, Einkommen und soziale Beziehungen. Zwei Drittel der gravierenden Behinderungen betreffen Personen jenseits des 75. Lebensjahres (SENIORENBERICHT, 1994).

Im Survey „Leben in Wien" ergab sich ein Männeranteil an den beschwerdefreien SeniorInnen von 40 %. Bei der Gruppe der Hilfs- und Pflegebedürftigen ist der Männeranteil 25 %, bei den kranken Dauerbeeinträchtigten 30 %, der gering Beeinträchtigten etwa 35 %. Die Wahrscheinlichkeit, hilfs- und pflegebedürftig zu werden, ist bei männlichen und weiblichen Senioren unter 70 Jahren etwa gleich hoch (Männer 2,1 %, Frauen 2,4 %). Bei den über 70jährigen ist diese Wahrscheinlichkeit bei den Männern geringer als bei Frauen. In dieser Altersgruppe fallen nur 7,9 % der Männer in diese Kategorie (11,4 % der Frauen). Der Grad der Beeinträchtigung hat, wie bereits in anderem Zusammenhang erwähnt, Beziehung zur früheren Berufssituation und auch zur Schulbildung. Ebenfalls aus dem Survey „Leben in Wien" ist bekannt, daß der Anteil bei den Hilfs- und Pflegebedürftigen von angelernten ArbeiterInnen, HilfsarbeiterInnen und LandwirtInnen 40 % beträgt (STATISTISCHE MITTEILUNGEN DER STADT WIEN, 1997). Die PflegegeldbezieherInnen sind vor allem Frauen: Etwa dreimal mehr Frauen als Männer beziehen Pflegegeld. Grundsätzlich geht aus den Daten des Mikrozensus 1995 hervor, daß Senioren, auch wenn sie körperlich beeinträchtigt sind, fremde Hilfe oder Hilfe durch Familie, Freunde und Bekannte seltener in Anspruch nehmen als Seniorinnen.

Eine tägliche Inanspruchnahme von Hilfe bei körperlich beeinträchtigten SeniorInnen in Wien findet sich bei 14,5 % der Männer, wöchentliche Hilfe bei 5,1 % der Männer. 70,5 % der Männer nehmen eine solche Hilfe nie in Anspruch, Frauen tun dies öfter (lediglich 55,5 % nehmen nie Hilfe in Anspruch). Bei der Inanspruchnahme der Hilfe durch Familie/Verwandte ergeben die Daten aus dem Mikrozensus 1995, daß körperlich beeinträchtigte Männer seltener Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen (19 % vs. 27 %). Auch bei der regelmäßigen Hilfe durch Freunde/Bekannte (2,6 % der Männer vs. 3,8 % der Frauen) und durch andere Personen (2,3 % der Männer und 7,2 % der Frauen) zeigt sich ein Unterschied (ÖSTAT, 1995; STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1997).

Soziale Dienstleistungen werden von 7,8 % körperlich beeinträchtiger SeniorInnen regelmäßig in Anspruch genommen, und zwar von halb so vielen Männern wie Frauen (4,2 % vs. 9,8 %). Insgesamt sind Senioren nicht so häufig von öffentlichen Diensten abhängig wie Seniorinnen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede haben sich auch im österreichweit durchgeführten Mikrozensus „Ältere Menschen" gezeigt.

Wesentlich in der Altenbetreuung ist auch der Anteil kostenloser Hilfe für ältere Menschen, die allein leben. Allein lebende Menschen über 75 Jahre erhalten im Vergleich zu anderen Altersgruppen den größten Anteil an regelmäßiger kostenloser Hilfe im Haushalt (17 % der Frauen und 16 % der Männer). Diese Hilfe erfolgt bei 11 % der Männer und 24 % der Frauen zusätzlich zur bezahlten Hilfe (z.B. zu sogenannten „Heimhilfen"). Auf dem Land (für Frauen auch in Kleinstädten) ist diese Art der Hilfestellung für ältere Menschen wesentlich stärker ausgeprägt als in der Stadt, vor allem durch

Nachbarschaftshilfe (POMEZNY, 1994). Mit steigendem Alter nimmt natürlich auch der Wunsch der älteren Menschen, selber Hilfe zu erhalten, zu. Frauen benötigen häufiger Hilfe als Männer bzw. äußern Frauen doppelt bis dreimal so häufig wie Männer diesen Bedarf. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im Wunsch nach Hilfe kommen vor allem bei den über 65jährigen zum Tragen (ÖSTAT, 1989).

Eine Erkrankung im Alter, die nicht unbedingt längerfristige Pflegebedürftigkeit oder eine Auslagerung der Pflege aus dem häuslichen Bereich bedeuten muß, kann allerdings, wenn dies ältere Frauen betrifft, trotzdem zum Pflegeproblem werden. Ältere Männer werden bei Erkrankung häufiger von ihren Gattinnen gepflegt. Etwa drei Viertel der älteren Männer werden bei Krankheiten bis zu einer Woche von ihrer Gattin gepflegt. Bei Frauen sind es nur 27 % bzw. 22 %, die bei längerer Krankheit von ihrem Ehepartner gepflegt werden (ÖSTAT, 1989).

13.6 Erkrankungen des älteren und alten Mannes

13.6.1 Osteoporose

Zusammenfassung

Osteoporose ist eine der wesentlichen Ursachen für Morbidität, Mortalität und erhöhte Behinderungsraten in der westlichen Welt. 30 % der Oberschenkelfrakturen und 20 % der Wirbelbrüche, die durch Osteoporose bedingt sind, kommen bei Männern vor. In der Altersgruppe der +80jährigen zeigt sich die höchste Inzidenz an osteoporotischen Frakturen. Die EU rechnet mit einem jährlichen Anstieg der Oberschenkelfrakturen zwischen 0,5 % und 3 %. Dieser Anstieg wird bei den Männern größer sein als bei den Frauen.

Die Pathogenese der männlichen Osteoporose ist noch weitgehend unerforscht: Bei 30 bis 45 % der Männer findet man keine Risikofaktoren, manche Risikofaktoren sind allerdings dieselben wie bei den Frauen (geringes Körpergewicht, Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Kortikosteroidtherapie, Bewegungsarmut). Das Ausmaß der Osteoporose in der männlichen Bevölkerung bleibt zur Zeit noch ungewiß. Abgesehen von demographischen Veränderungen mit der Zunahme der Lebenserwartung sind es Lebensstilfaktoren wie Rauchen, hoher Alkoholkonsum und ungesunder Lebensstil, die die Entstehung von Osteoporose beeinflussen.

Summary

Osteoporosis is one of the most important causes of morbidity, mortality and increased disability in the Western world. Men account for 30 % of the femoral fractures and 20 % of the spinal fractures resulting from osteoporosis. The highest incidence of osteoporotic fractures is found in those over the age of 80. The European Union anticipates an annual increase in femoral fractures of between 0.5 % and 3 %. This increase will be higher in men than in women.

The pathogenesis of male osteoporosis is largely uninvestigated. No risk factors can be identified in 30 to 45 % of men, although some are the same as in women (low body weight, cigarette smoking, excessive alcohol consumption, corticosteroid therapy, lack of exercise). The extent of osteoporosis in the male population is uncertain at present. Apart from demographic changes, with increases in life expectancy, it is elements of life style, such as smoking, heavy alcohol consumption, and other unhealthy habits, that influence the development of osteoporosis.

Osteoporose ist definiert durch eine Verringerung der Knochenmasse, ein Aufbrechen der regulären Knochenarchitektur, eine Verminderung der Stärke des Knochens und ein erhöhtes Frakturrisiko, wobei besonders Oberschenkelknochen, Wirbelsäule und Unterarm betroffen sind.

Das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, steigt mit dem Alter an. Die Osteoporose hat deshalb eine enorme Auswirkung auf die Volksgesundheit der Bevölkerung in den westlichen Ländern. Die Frakturrate wird in den nächsten 50 Jahren weiter ansteigen. Osteoporose ist in der westlichen Welt eine wesentliche Ursache für Morbidität, Mortalität und erhöhte Behinderungsraten.

Obwohl Osteoporose als eine Frauenkrankheit gilt, kommen bis zu 30 % der Oberschenkelfrakturen und 20 % der Wirbelbrüche in der männlichen Bevölkerung vor. Wirbelbrüche kommen bei Männern häufiger vor, als man bisher angenommen hat, mit einem Verhältnis Frauen : Männer von nur 2:1 (PERIS et al., 1996). Life-time risk für osteoporotische Frakturen vom 50. Lebensjahr an beträgt für Männer 3 bis 6 % für Oberschenkelfrakturen, 2 bis 5 % für Wirbelfrakturen, 2 bis 3 % für Handgelenkfrakturen.

Die Europäische Union hat die Osteoporose als wesentliches volksgesundheitliches Problem der nächsten Jahrzehnte zu einem Schwerpunkt gemacht und hat zu diesem Zweck 1998 ihren Report „The European Union Report on Osteoporosis – Action for Prevention" fertiggestellt.

1990 ereigneten sich weltweit etwa 1,66 Millionen Oberschenkelfrakturen, 30 % davon bei Männern. Die Prognosen für das Jahr 2050 belaufen sich auf 6,26 Millionen Oberschenkelhalsfrakturen. In einem 40jährigen Beobachtungszeitraum zeigte sich, daß 20 % der Wirbelbrüche bei Männern in der Altersklasse der 35- bis 69jährigen auf mäßige Traumen zurückzuführen sind, in der Altersgruppe der +80jährigen beträgt die Prävalenz der Wirbelbrüche bereits annähernd 50 % jener von Frauen (EU, 1998).

Die EU verweist in bezug auf die Bedeutung der Osteoporose und vor allem der damit verbundenen Frakturen auf die dramatischen demographischen Veränderungen, die sich in der ältesten Altersgruppe (80 Jahre und mehr) abspielen wird. In dieser Altersgruppe ist die Inzidenz der osteoporotischen Frakturen am größten. Dieser Teil der Population wird in der EU bei den Männern von 4,5 Millionen (1995) auf 17,4 Millionen Männer im Jahr 2050 ansteigen (die Zahl der über 80jährigen Frauen von 8,9 Millionen auf 26,4 Millionen). Die EU rechnet etwa mit einem jährlichen Anstieg der Oberschenkelfrakturen zwischen 0,5 % und 3 %. Die jährliche Anzahl der Oberschenkelfrakturen wird von 414.000 (um das Jahr 2000) auf 972.000 im Jahr 2050 ansteigen, welches einem Anstieg von 135 % entspricht. Dieser Anstieg wird bei Männern viel größer sein als bei Frauen, und die Female:male-ratio wird geringer werden. Dieser Trend wird sich bis in das Jahr 2035 fortsetzen, ab diesem Zeitpunkt wird es wieder zu einem Anstieg der Inzidenz bei Frauen kommen. Die Zahl der Spitalsbetten in der EU beläuft sich auf 2,8 Millionen. Der Anteil der Betten, welcher für Patienten mit Oberschenkelfrakturen und Wirbelfrakturen benötigt wird, beträgt heute 0,88 %. Dieser Anteil wird auf 1,97 % ansteigen.

Für Österreich prognostiziert der Bericht der EU einen rapiden Anstieg des Vorkommens von Frakturen, für Männer zwischen den Jahren 2010 und 2040 und für Frauen ab 2020.

Die altersspezifische Inzidenz für Oberschenkelfrakturen beträgt in Österreich für Männer bei den 50- bis 54jährigen 3,22/10.000, bei den 70- bis 74jährigen 24,2/10.000 und bei den über 85jährigen 110,0/10.000. Die altersspezifische Prävalenz von Wirbelfrakturen wird für 50- bis 54jährige Männer mit 1.580/10.000 angegeben, für 70- bis 74jährige mit 2.310/10.000 und für über 85jährige mit 3.080/10.000.

Die jährliche Anzahl der neu auftretenden Oberschenkelfrakturen betrug 1995 bei Männern in Österreich 1.830, im Jahr 2000 werden es 2.000 Fälle sein, im Jahr 2030 4.050 Fälle und im Jahr 2050 5.360. Die Female:male-ratio liegt heute etwa bei 3,7:1, im Jahr 2040 ist ein Tiefstand von 3,16:1 erreicht. Die prognostizierte Prävalenz der Wirbelfrakturen wird bei den Männern von 216.000 (1995) auf 379.000 (2030) und 386.000 (2050) ansteigen. Die Female:male-ratio wird im Jahr 2020 auf den tiefsten Stand von 1,39:1 gesunken sein (EU, 1998).

Die Pathogenese der männlichen Osteoporose unterscheidet sich deutlich von jener der postmenopausalen Osteoporose, und die Therapie der männlichen Osteoporose ist ein Gebiet, welches noch

weitgehend unerforscht ist. Zudem ist die Information über die Symptomatik bei Männern mit Osteoporose noch gering, was eine rasche Diagnostik erschwert. Männer mit Osteoporose klagen am häufigsten über Rückenschmerzen, welche aber nicht immer mit Wirbelfrakturen verknüpft sein müssen (PERIS et al., 1996).

Oberschenkelfrakturen erreichen naturgemäß die klinische Aufmerksamkeit, Wirbelfrakturen hingegen nicht unbedingt. Der Großteil bleibt asymptomatisch, der andere Teil ist mit unterschiedlichen Graden von Schmerzen, Deformierungen und Behinderungen verbunden. Aus diesem Grund beschränkt man sich bei der Wirbelfraktur auch auf die Angabe der Prävalenz.

Für Männer werden verschiedene Risikofaktoren für Osteoporose diskutiert, welche zum Teil ähnlich sind wie jene, die Frauen betreffen. Die Risikofaktoren für Oberschenkelfrakturen und Wirbelfrakturen sind: geringes Körpergewicht, Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Kortikosteroidtherapie und Bewegungsarmut.

Erkrankungen, welche prädisponierend sind für verstärkten Knochenmasseverlust und neuromuskuläre Instabilität, die entweder mit einer sekundären Osteoporose assoziiert sind oder mit einem erhöhten Risiko, zu stürzen, sind für Oberschenkelfrakturen Thyreoidektomie, Leberzirrhose, perniziöse Anämie, chronische Bronchitis, Morbus Parkinson, Vertigo und Blindheit, Hypogonadismus, verminderte Kalziumzufuhr, und für Wirbelkörperfrakturen Magengeschwüre und Tuberkulose (ANDERSON, 1998).

Die häufigsten Ursachen für die männliche Osteoporose sind sekundärer Natur, wie Erkrankungen und medikamentöse Therapien. Zwischen 30 und 45 % der Männer mit Osteoporose haben keine identifizierbaren Risikofaktoren und keine medizinische Ursache für diese Krankheit (ANDERSON, 1998). Bei diesen Männern ist die Ursache der primären Osteoporose unklar. Zusätzlich zum „normalen" Knochenmasseverlust durch den Alterungsprozeß haben über 50 % der Männer sekundäre Gründe für die Osteoporose, wie hohen Alkoholkonsum, Hypogonadismus, Kortikoidtherapie, gastrointestinale und parathyreoidale/thyreoidale Beschwerden.

Alkoholkonsum ist assoziiert mit einem erhöhten Osteoporoserisiko und erhöhtem Frakturrisiko. Alkoholismus ist verknüpft mit einem 2,8fachen Risiko für Oberschenkelfrakturen, Leberzirrhose mit einem 3,5fachen Risiko. Alkoholkonsum ist eine sehr häufige Ursache für die Osteoporose bei Männern. Verringerungen der Knochenmasse zeigen sich durch verschiedene Wirkungsmechanismen des Alkohols. Eine Verringerung der Knochenmasse zeigte sich bei 60 g Alkohol pro Tag (PERIS et al., 1996).

Obwohl bei Männern Oberschenkelbrüche nicht so häufig vorkommen wie bei Frauen, zeigt sich bei Männern eine längere Verweildauer im Spital, und dies verursacht 25 % der diesbezüglichen Kosten (EASTELL et al., 1998). Unabhängig vom Geschlecht wird der Krankenhausaufenthalt mit zwischen 10 und 30 Tagen beziffert (JOHNELL et al., 1997).

In Österreich betragen die geschätzten Spitalskosten pro Oberschenkelfraktur öS 170. 991,– . Die Gesamtkosten/Jahr (Spitalskosten) der Osteoporose werden auf öS 1.737.265.512,– geschätzt (1995).

Der eingangs erwähnte Bericht der EU zur Osteoporose enthält Empfehlungen, die auf die verbesserte Prävention der Osteoporose in der Zukunft abzielen.

Diese Empfehlungen lauten:

- Mehr Information zur Inzidenz und Prävalenz der osteoporotischen Frakturen.
- Kohärente Ernährungspolitik in der gesamten EU.
- Bereitstellung verbesserter Diagnosemöglichkeiten.
- Verbesserungen in der Patientenbetreuung, mit verbessertem Angebot an Gesundheitserziehung der „health professionals" und der Öffentlichkeit.
- Vermehrte Förderung von Selbsthilfegruppen.

Besonders deutlich sind vor allem noch die Defizite bei der Osteoporose des Mannes, welche jedoch aufgrund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten einen enormen Anstieg insbesondere in bezug auf die Folgeschäden, wie Frakturen, erwarten läßt.

13.6.2 Demenzerkrankungen

Zusammenfassung

Das Lebenszeitrisiko für die Alzheimer-Demenz beträgt für Männer 25,1 und für eine Multiinfarktdemenz 29,8. Männer haben im Vergleich zu Frauen ein höheres Risiko, an einer Multiinfarktdemenz zu erkranken. Die Risikofaktoren dafür sind gleichbedeutend mit jenen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall. Präventionsmaßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen können auch zur Senkung des Risikos für Multiinfarktdemenzen beitragen. Es ist jedoch aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Männer auch mit einer ansteigenden Inzidenz und Prävalenz der Alzheimer-Demenz zu rechnen. In Wien betrug 1996 die geschätzte Zahl von Demenzerkrankten 6.855 bei den Männern. Derzeit haben Männer einen höheren Anteil an demenzfreier Lebenserwartung als Frauen.

Summary

The life-time risk in men is 25.8 for Alzheimer´s disease and 29.8 for multiinfarct dementia. Men have a higher risk for multiinfarct dementia than women. The same risk factors for this kind of dementia are responsible for cardiovascular diseases, especially stroke. Reducing the risk of cardiovascular disease will also result in a reduction of risk for multiinfarct dementia. Nevertheless, increaing the life expectancy of men will also lead to higher incidence and prevalence rates of Alzheimer´s dementia. Based on international prevalence studies in Vienna the number of men with dementia can be estimated to be nearly 7.000. Men have a higher dementia-free life expectancy than women.

Die Demenz ist ein Syndrom, das durch Störungen im kognitiven, emotionellen und psychomotorischen Bereich charakterisiert ist. Das dementielle Syndrom verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend, unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewußtsein ist quantitativ nicht gestört. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation (HAIDINGER et al., 1992).

Durch die Zunahme des Anteiles betagter und hochbetagter Menschen wird sich auch das Erkrankungsspektrum in Richtung Zunahme der Demenzerkrankungen verändern. In den OECD-Ländern rechnet man mit einer Zunahme an Demenzerkrankten von 4,4 Millionen (1980) auf 6,14 Millionen im Jahr 2000 und auf 12,3 Millionen im Jahr 2050 (WETTSTEIN, 1991). Die Demenzprognosen für Österreich zeichnen folgendes Szenario: Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wird im Jahr 2050 der Anteil von Personen mit Morbus Alzheimer und seniler Demenz vom Alzheimer-Typ von derzeit 0,61 % auf 1,51 % ansteigen (HAIDINGER et al., 1992).

Der Anteil der Demenz vom Alzheimer-Typ an den primären Demenzen nimmt ca. 60 bis 70 % ein, die Multiinfarktdemenz etwa 20 bis 23 % und die Mischform 12 bis 14 % (FÜSGEN, 1989).

Zum heutigen Zeitpunkt beträgt das Lebenszeitrisiko für senile Demenz vom Alzheimer-Typ für Frauen 31,9, für Männer 25,5. Das Lebenszeitrisiko, an einer Multiinfarktdemenz zu erkranken, beträgt für Frauen 25,1 und für Männer 29,8 (HAGNELL et al., 1992). Die Inzidenz einer Alzheimer-Krank-

heit wird für Männer auf 16,5 (13,8–19,8)/100.000 geschätzt, für Frauen auf 28,2 (24,5–32,4)/100.000. Die Schätzungen für die Inzidenz der Multiinfarktdemenz liegen für Männer bei durchschnittlich 25,1 (23,3–27,1)/100.000 und für Frauen bei 13,4 (12,1–14,8)/100.000 (McGONIGAL et al., 1993).

Das Risiko, bei Überschreiten des 80. Lebensjahres an einer Alzheimer-Krankheit zu erkranken, liegt bei 15 bis 20 %, bei Überschreiten des 90. Lebensjahres bei 40 % (DANIELCZYK, 1993).

Männer haben ein höheres Risiko für Multiinfarktdemenzen, die durch die gleichen Risikofaktoren gekennzeichnet sind, wie etwa ein Schlaganfall (u.a. Bluthochdruck). Die höhere Inzidenz und Prävalenz dieser Risikofaktoren in der männlichen Bevölkerung lassen vor allem bei der Multiinfarktdemenz die Bedeutung des Problems ersehen. Die Senkung der Prävalenz der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt auch zur Senkung des Risikos für Multiinfarktdemenzen. Die steigende Lebenserwartung der Männer und die demographischen Veränderungen werden jedoch auch eine Erhöhung des Lebenszeitrisikos für andere Demenzerkrankungen, vor allem der Alzheimer-Krankheit, nach sich ziehen.

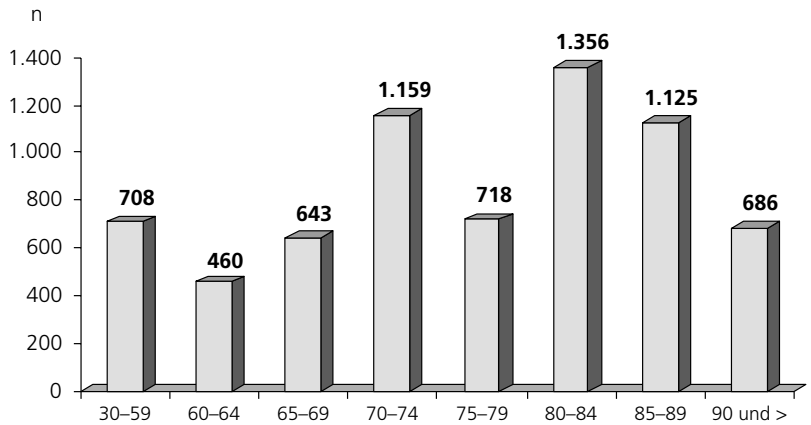
In bezug auf die Überlebensraten bei Alzheimer-Krankheit gibt es einen besonderen geschlechtsspezifischen Aspekt. Für Frauen werden bessere Überlebensraten berichtet als für Männer, bei Berücksichtigung der allgemein höheren Mortalitätsraten der Männer in der Bevölkerung. Der Geschlechtsunterschied in der Anzahl der Jahre des Überlebens nach der Diagnosestellung könnte auch eine mögliche Ursache für die höhere Prävalenz der Alzheimer-Krankheit bei Frauen sein (BRETELER et al., 1992). Grundsätzlich werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Auftreten von Demenzerkrankungen nicht durchgehend in allen epidemiologischen Studien vorgefunden.

Die altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen beträgt für Männer 0,2 % bei den 35- bis 59jährigen, bis 31,6 % bei den 95- bis 99jährigen (HOFMANN et al., 1991).

In Österreich und in Wien sind epidemiologische Daten zu Demenzerkrankungen nicht vorhanden. Die vorhandenen Daten beruhen auf Schätzungen aus internationalen Studien. Basierend darauf leiden 6.855 Wiener Männer im Alter von 30 bis 90+ Jahren an einer Demenzerkrankung (1996). Bei den 30- bis 59jährigen sind bereits 708 Männer betroffen. Die höchste Prävalenz weisen die 80- bis 84jährigen mit 1.356 Erkrankten auf (Abb. 13.6.1).

Die Entwicklung der Demenzerkrankungen der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) und der Alzheimer-Demenz (AD) bis zum Jahr 2050 wurde, basierend auf Daten von internationalen epidemiologischen Studien, von HAIDINGER et al. für Österreich berechnet. Die Prävalenz für AD und SDAT wird für das Jahr 2050 bei den über 64jährigen auf 1.505,3/100.000 geschätzt und bei den über 84jährigen auf 736,16/100.000 (Tab. 13.6.1).

Abbildung 13.6.1: Geschätzte altersspezifische Demenzerkrankungen der Wiener Männer 1996 (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren)



Quelle: eigene Berechnungen nach Hofmann et al., 1991

Tabelle 13.6.1: Entwicklung der Prävalenz von Alzheimer-Demenz und der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ bis zum Jahr 2050 (auf 100.000)

Jahre	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
>= 65	613,86	662,74	760,28	877,55	1.084,14	1.315,26	1.505,30
>= 85	204,01	268,04	300,69	343,42	459,99	540,58	736,16

Quelle: Haidinger et al., 1992

Der WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997 bezeichnet die Demenzerkrankungen als gesundsheitpolitisch brisantes Thema, da mit der steigenden Lebenserwartung nicht nur das Risiko des einzelnen, an einer Demenz zu erkranken, steigt, sondern auch ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit gegeben ist.

Jeder dritte, theoretisch erblich belastete Patient wird tatsächlich während seines Lebens an einer Demenz erkranken (BREITNER et al, 1988). So ist auch aus diesem Grund durch eine steigende Lebenserwartung mit einem Anstieg der Prävalenz und Inzidenz der Demenzerkrankungen zu rechnen.

Bei einer Demenzerkrankung werden 55 % der PatientInnen in Pflegeheimen gepflegt und 3 % zu Hause (FRATIGLIONI et al., 1994). Aus einer Zürcher Untersuchung geht hervor, daß 24 % aller 65jährigen Personen Betreuung brauchen und die Hälfte dieser Personen an einer Form der Demenz leidet (WETTSTEIN, 1991). Präventionsmaßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, u.a. Bluthochdruck als primärem Risikofaktor, sollen den Anteil der vaskulären Demenzen reduzieren. Diese Präventionsmaßnahmen werden vor allem in der männlichen Bevölkerung aufgrund des höheren Risikos, an vaskulären Demenzen zu erkranken, zum Tragen kommen.

13.6.2.1 Demenzfreie Lebenserwartung

Männer haben einen etwas höheren Anteil an demenzfreier Lebenserwartung an ihrer Gesamtlebenserwartung zu verzeichnen als Frauen. 65jährige Männer haben einen Anteil an demenzfreier Lebenserwartung von 96,4 % und 77jährige Männer von 92,6 %. Für 65jährige Frauen wurde ein Anteil von 95,4 % und für 77jährige Frauen ein Anteil von 90,8 % demenzfreier Lebenserwartung errechnet. Die Trends in bezug auf die demenzfreie Lebenserwartung verhalten sich ähnlich wie jene der behinderungsfreien Lebenserwartung (RITCHIE et al., 1994).

13.6.3 Prostatahypertrophie

Zusammenfassung

Die Inzidenz einer klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die steigende Lebenserwartung läßt vermuten, daß Inzidenz und Prävalenz der benignen Prostatahypertrophie in den nächsten Jahren steigen werden. Eine ausreichende Erfassung liegt aber noch nicht vor, welches auch die Einschätzung der gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte erschwert. Aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 gehen 1.686 stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose benigne Prostatahypertrophie hervor.

Summary

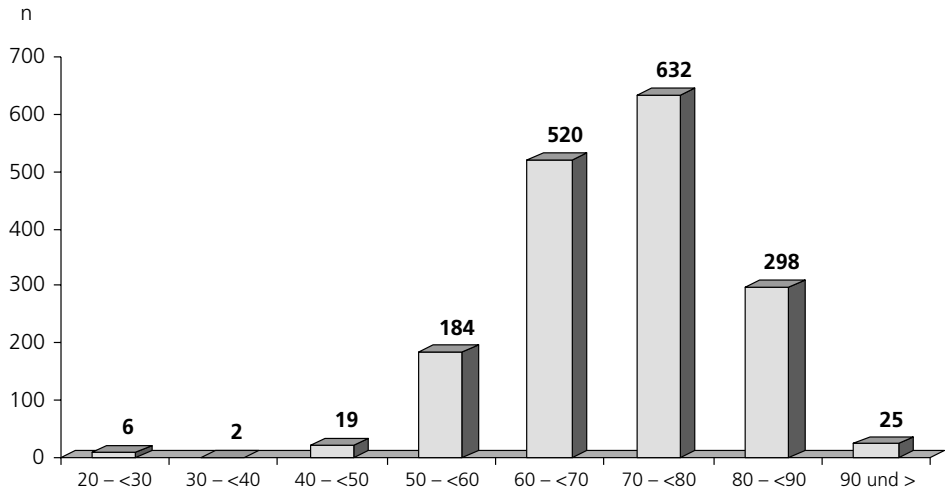
The incidence of clinically evident prostatic hypertrophy is about 14 % among 40 to 49-year-old men and increases to 43 % among 60 to 69-year-old men. In 1996 a total of 1.686 hospital patients with prostatic hypertrophy were diagnosed in Vienna. The increasing life expectancy suggests that the incidence and prevalence of prostatic hypertrophy will increase. It is difficult to estimate the actual total number of men with this disease, just as it is difficult to estimate the impact of the disease on wellbeing, health and economic aspects.

Die benigne Prostatahypertrophie zählt zu den häufigsten Erkrankungen der Männer im fortgeschrittenen Lebensalter. Das Gewebewachstum in der Prostata beginnt meist schon mit dem 5. Lebensjahrzehnt. Ab dem 3. Lebensjahrzehnt ist sie bereits histologisch nachweisbar, bei den 60jährigen findet sie sich zu 60 bis 70 %, bei den 80jährigen zu über 90 %. Die Inzidenz einer klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die Prävalenz von Beschwerden beim Urinieren wird mit bis über 90 % beschrieben. Über die Hälfte der davon betroffenen Männer fühlen sich durch diese Symptome auch belastet (KOSKIMÄKI et al., 1998).

Aus einer Befragung im Jahr 1991 geht hervor, daß 21,1 % der Männer in Wien eine diagnostizierte vergrößerte Prostata haben. Etwa ein Drittel der Männer hatte laut eigenen Aussagen noch nie eine Prostatauntersuchung (SCHOBERBERGER et al., 1995). In der SERMO-Studie gaben 2,4 % der Männer in Wien an, an einer Prostataerkrankung zu leiden (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Aus der Krankenhausentlassungsstatistik geht hervor, daß 1996 in Wien 1.686 Patienten mit der Diagnose Prostatahypertrophie stationär aufgenommen worden waren. Die Gruppe der 70- bis 79jährigen macht über ein Drittel der Patienten (37 %, n = 632) aus, gefolgt von den 60- bis 69jährigen (31 %, n = 520). Bei den 80- bis 89jährigen wurden 298 Patienten (18 %) mit dieser Diagnose aus Wiener Krankenanstalten entlassen. 11 % waren 50 bis 59 Jahre alt (n = 184) (ÖSTAT, 1998) (Abb. 13.6.2).

Abbildung 13.6.2: Spitalsentlassungsstatistik 1996 für Wien, Prostatahyperplasie (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren)



Quelle: ÖSTAT, 1998

Für das Jahr 1990 haben SCHWARZ et al. (1993) für Österreich die jährlichen Spitalskosten für die Behandlung der benignen Prostatahypertrophie berechnet. Diese beliefen sich auf 306 Millionen Schilling für alle Spitäler. Es wurden 10.710 Patienten und 138.761 Pflegetage registriert. Die Zahl der Personen mit benigner Prostatahyperplasie wird auf 770.000 geschätzt. Die Kosten werden von etwa 1,3 % der Betroffenen verursacht. Die gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte der benignen Prostatahyplerplasie werden, trotz des Bewußtseins der Häufigkeit der Erkrankung, weit unterschätzt, da eine tatsächliche Erfassung nicht vorliegt. Man nimmt an, daß der noch wesentlich größere Kostenanteil im nichtstationären Bereich liegt (SCHWARZ et al., 1993).

Es ist anzunehmen, daß Inzidenz und Prävalenz der benignen Prostatahypertrophie durch die steigende Lebenserwartung weiter zunehmen werden.

13.6.4 Inkontinenz

Zusammenfassung

Inkontinenz, d. h. unkontrollierter Harn- und Stuhlverlust, ist ein Gesundheitsproblem vor allem der älteren Menschen und vor allem der weiblichen Bevölkerung. Jedoch sind auch Männer in größerer Zahl von dieser Problematik betroffen. Die Prävalenz wird auf bis zu einem Drittel der Männer geschätzt, betroffen sind vor allem Männer über dem 60. Lebensjahr. Es ist anzunehmen, daß in Wien mehr als 30.000 Männer über 60 Jahre an Inkontinenz leiden. Nach Prostatektomien leiden etwa 20 bis 30 % der Männer an einer Form von Inkontinenz. Inkontinenz verursacht häufig soziale Isolation und ist vielfach Ursache für Pflegebetreuung und Langzeitpflege. Inkontinenz muß als Gesundheitsproblem auch der männlichen Bevölkerung bewußt gemacht werden. Prävention, Früherkennung und Therapie müssen forciert werden.

Summary

Incontinence affects above all elderly people. Fewer men than women suffer from this health problem. However it may be estimated that to a third of the male population older than 60 years of age are affected by some kind of incontinence. After prostatectomy 20 to 30 % of men report incontinence symptoms. It may be estimated that more than 30.000 men in Vienna suffer from incontinence, which often leads to social isolation and institutional care. It is important to recognize incontinence as a major public health problem among the male population. Prevention, early detection and treatment should be intensified.

Inkontinenz, d. h. unkontrollierter Harn- und Stuhlverlust, ist ein Gesundheitsproblem vor allem der älteren Menschen und vor allem der weiblichen Bevölkerung. Jedoch sind auch Männer in größerer Zahl von dieser Problematik betroffen. Prävalenz-Schätzungen, wie häufig Inkontinenz tatsächlich vorkommt, sind sehr unterschiedlich. Diese sind abhängig von der Erhebungsmethode und werden auch davon beeinflußt, daß es sich bei der Inkontinenz noch immer um ein Tabuthema handelt.

Für ältere Männer wird die Inkontinenzprävalenz auf 11 bis 34 % geschätzt, tägliche Inkontinenz auf 2 bis 11 %. Die Häufigkeit bei den älteren Frauen wird 1,3- bis 2mal so häufig als bei den Männern angenommen. Innerhalb der Bevölkerung mittleren Alters und bei den Jüngeren wird die Prävalenz bei den Männern mit 3 bis 5 % dargestellt (bei Frauen 12 bis 42 %) (THOM, 1998).

In einer finnischen Bevölkerungsstudie wurden folgende Angaben von Männern (über 50 Jahren) zu einer bestehenden Inkontinenz gemacht (altersstandardisiert): 17 % der Männer leiden unter einer Urge-Inkontinenz, 9 % unter einer Streß-Inkontinenz und weitere 10 % an einer anderen Form der Inkontinenz. Die Inkontinenz wurde vor allem als leicht bezeichnet, unabhängig vom Typ der Inkontinenz. Darüber hinaus wurden andere urologische Symptome (Nachträufeln beim Urinieren, nächtlicher Harndrang etc.) noch wesentlich häufiger angegeben als die Inkontinenz. Insgesamt haben 89 % der Männer urologische Probleme genannt, welches auch den Ergebnissen anderer Studien entspricht. Am häufigsten sind die über 60jährigen Männer betroffen. Jedoch gaben auch 84 % der 50jährigen Männer Probleme an. Insgesamt fühlen sich zwei Drittel der Männer durch diese Symptome erheblich beeinträchtigt (KOSKIMÄKI et al., 1998).

In den USA werden jährlich etwa 16 Milliarden Dollar für die Harninkontinenz aufgewandt (THOM, 1998). Im Pflegebereich werden in den USA Aufwendungen für die Behandlung der Inkontinenz von 1 bis 2 Milliarden Dollar genannt, außerhalb der Pflegeheime von 6 bis 8 Milliarden Dollar (BISHOFF et al., 1998). Die ökonomischen Daten beziehen sich jedoch vor allem auf den Bereich der institutionalisierten Pflege, die Kosten für den gesamten Bereich der Inkontinenz sind weitgehend unbekannt.

Etwa 30 % der 80jährigen, die zu Hause wohnen, und 50 bis 70 % aller Pflegeheimbewohner sind von einer Inkontinenz betroffen. Inkontinenz wird als zweithäufigste Ursache für die Aufnahme in ein Heim und als die häufigste Ursache für die Langzeitpflege angesehen (KOBELT, 1997; BÖHMER, 1998). Die Inkontinenz ist verbunden mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität und oftmals mit dem Verlust der Unabhängigkeit und Selbständigkeit.

Etwa nur 15 % der Betroffenen sind in ärztlicher Behandlung (BÖHMER, 1998). Zirka ein Drittel der Betroffenen hat jemals mit dem Arzt oder der Ärztin darüber gesprochen (UHER et al., 1995).

Die Dunkelziffer der Betroffenen ist hoch und schwer schätzbar, auch aufgrund der Inkontinenzversorgung ohne Diagnostik der zugrundeliegenden Ursache, und betrifft PatientInnen, die Inkontinenzmittel anwenden, ohne einen Arzt zu konsultieren. Bis zu einem Drittel der Betroffenen bezeichnen sich selbst nicht als inkontinent, bejahen aber die Frage nach Urinverlusten.

Bei Männern über 70 Jahren besteht eine starke Koinzidenz von Urge-Inkontinenz, obstruktiver oder irritativer Symptomatik und zwei- oder mehrfacher Nykturie, was auf eine obstruktive Miktionsstörung infolge benigner Prostatahyperplasie hinweist (nach BÖHMER, 1998). Für Männer hat die Harninkontinenz nach Prostataoperationen (Prostatektomie) besondere Bedeutung. Aus der Literatur geht hervor, daß 20 bis 30 % der Männer nach einer Prostatektomie irgendeine Form der Inkontinenz erleben. Die tatsächliche Prävalenz wird in der Literatur jedoch sehr unterschiedlich angegeben, abhängig von Methode, Schweregrad der Inkontinenz etc. (BROWN et al., 1998). SCHWARTZ et al. berechneten die Inkontinenzfälle, die sich aufgrund von Prostatektomien ergeben würden, würde man in den USA ein bevölkerungsweites Prostatakarzinom-Screening durchführen. So würden laut SCHWARTZ et al. jährlich 61.618 inkontinente Männer aus dieser Maßnahme resultieren (SCHWARTZ et al., 1993). Eine rezente Arbeit von BATES et al. untersuchte Prävalenz und Impact der Inkontinenz und Impotenz nach Prostatektomien bei 89 Patienten (49 bis 75 Jahre). Basierend auf einer standardisierten Fragebogenerhebung ergab sich nach Totalprostatektomie eine Inkontinenzrate von 69 % postoperativ, präoperativ war keiner der Patienten inkontinent. 34 % der Betroffenen sahen darin ihre Lebensqualität beeinträchtigt. Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung eine wesentlich höhere Inkontinenz-Inzidenz, als in der bisherigen Literatur berichtet wurde. Sie waren jedoch überrascht vom geringen Einfluß auf die Lebensqualität (BATES et al., 1998).

THEODOROU et al. fanden in ihrer Studie bei 41 % der Männer mit benigner Prostatahypertrophie eine postoperative Inkontinenz nach Prostatektomie. Sie schließen aus ihren Ergebnissen, daß dieser Umstand besonders beachtet werden muß bei Patienten, bei denen eine Prostatektomie notwendig ist und eine weiterführende Therapie (auch operativ) zur Verbesserung der Inkontinenz vorgenommen werden muß. Die Inkontinenz nach transurethraler und transvesikaler Prostatektomie beträgt etwa 1 % bei benigner Prostatahypertrophie (THEODOROU et al., 1998). Die durchschnittliche Lebenserwartung der betroffenen Männer beträgt etwa 10 Jahre nach einer Prostatektomie, und falls es zu einer permanenten Inkontinenz kommt, sind diese Jahre mit einer schweren Beeinträchtigung verbunden (BISHOFF et al., 1998).

Die Harninkontinenz ist eine altersabhängige Krankheit, die bislang nicht einmal als Krankheit definiert, sondern als eine Art Befindlichkeitsstörung abgetan wurde. Wenn die Inkontinenz als Folge einer Prostataoperation auftritt, sind jedoch nicht nur ältere Männer davon betroffen, sondern auch Männer mittleren Alters, die noch im Berufsleben stehen. Es ergeben sich daraus schwerwiegende psychosoziale Probleme, bis hin zur sozialen Isolierung und zum Arbeitsplatzverlust. Sie ist immer noch ein Tabuthema, für Männer sicher noch viel mehr als für Frauen. Inkontinenz wird vor allem als Frauenproblem gesehen, welches sich nach Durchsicht epidemiologischer Daten anders darstellt. Frauen sind zwar eine besondere Risikogruppe, und sie sind auch wesentlich häufiger betroffen als Männer, trotz allem würde sich nach den Schätzungen in bezug auf die Prävalenz (10 bis 30 % der über 60jährigen) auf den Wiener Bereich eine Zahl von 12.000 bis 36.000 über 60jährigen Inkontinenz-betroffenen Männern ergeben.

Die Inkontinenz ist somit auch bei Männern kein geringes Problem. Insgesamt sind urologische Probleme bei Männern mit zunehmendem Alter sehr häufig anzutreffen.

Die Enttabuisierung des Themas, die Diagnostik und Therapie der Inkontinenz sowie das Vorantreiben der Prävention, Früherkennung und Rehabilitation haben aufgrund der demographischen Entwicklung einen enormen sozioökonomischen Impact. Eine schwedische Untersuchung zeigte, daß bei älteren PatientInnen in 86 % der Fälle durch therapeutische Maßnahmen entweder eine Heilung oder eine erhebliche Verbesserung der Inkontinenz erreicht werden konnte (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997). Inkontinenz ist behandelbar. Ein frühzeitiger Beginn einer Behandlung reduziert auch die Kosten inklusive der Folgekosten, indem Sekundärerkrankungen vermieden werden (nach BÖHMER, 1998).

Es ist wichtig, die Inkontinenz auch als männerspezifische Krankheit zu sehen sowie den gesamten urologischen Symptomenkomplex bewußt zu machen. Abgesehen von der Inkontinenz sind andere urologische Probleme in der männlichen Bevölkerung besonders häufig anzutreffen. Es wird dadurch der Weg zur Früherkennung und frühzeitigen Therapie, auch zugrundeliegender Krankheiten, erleichtert und verkürzt. Die Einrichtung entsprechender Hotlines und Ansprechstellen für Männer ist in diesem Sinn zu fördern.

13.7 Altersforschung – „The aging male"

Zusammenfassung

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen (in Österreich 6,3 Jahre) mit ihren sozialen, individuellen und sozioökonomischen Auswirkungen fordern die nationalen Gesundheits- und Sozialprogramme. Das wichtigste Ziel von Therapie und Prävention wird es sein, die Unabhängigkeit alter Menschen so lange wie möglich zu erhalten.

Hat man die präventive Funktion der Geschlechtshormone bei Frauen bereits erkannt, so sind hier bei den Männern noch viele offene Fragen zu klären. Die Gesamttestosteronspiegel sinken ab dem 40. Lebensjahr etwa um 1 % pro Jahr ab. Zirka 20 bis 30 % der Männer über dem 65. Lebensjahr würde man, wenn sie junge Männer wären, als hypogonadal bezeichnen. Die Andropause wird nicht mehr bestritten, sie spielt sich jedoch in einem Zeitraum von vielen Jahren ab, und nicht wie die Menopause innerhalb weniger Monate. Die Wissensdefizite sind in bezug auf die Gesundheit des alternden Mannes noch groß. „The aging male" ist jedoch immer mehr Schwerpunkt internationaler Forschung. Im folgenden Kapitel wird auf einige dieser Forschungsanliegen eingegangen.

Summary

The difference in life expectancy between men and women (6.3 years in Austria), with its social, personal, and socioeconomic effects, presents a challenge to national health and social programs. The most important goal of therapy and prevention will be to maintain the independence of older people as long as possible. While the preventive function of sex hormones in women has been recognized, many open questions in this regard remain to be clarified in men. Total testosterone values fall by about 1 % per year starting from the age of 40. About 20 to 30 % of men over 65 would be considered hypogonadal if they were young. The existence of an „andropause" is no longer questioned, but it plays out over many years and not, like menopause, over the course of a few months. In the following chapter main research areas are described.

Es bestehen noch wesentliche Defizite in der Altersforschung sowie eine Reihe von Fragen, die zu untersuchen sind. Diese Fragen sind den Bereichen wirtschaftliche und gesellschaftliche Auswirkungen der demographischen Alterung, der sozialen Integration und persönlichen Entwicklung im Alter, weiters den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung betagter Menschen zuzuordnen (HÖPFLINGER et al., 1992). Innerhalb dieser Fragen sind sicherlich geschlechtsspezifische Untersuchungen erforderlich.

Wir müssen uns zweifellos darauf vorbereiten, die Frage Lebenserwartung/Lebensalter in neuen Dimensionen zu sehen; es muß zu einer neuen Sicht des Alters, des Alterns und des Alten-Problems kommen. Ziel sind die neuen Alten. Es handelt sich um interessierte, gesunde, vielfach ökonomisch relativ gutsituierte Menschen, die den sogenannten dritten oder vierten Lebensabschnitt aktiv gestalten.

Viele ältere Menschen leben längere und gesündere Leben als je zuvor, deshalb weist eine aktivere Gemeinschaft älterer Menschen darauf hin, daß die „Last" einer alternden Bevölkerung in ein Phänomen von großer sozialer, ökonomischer und kultureller Hoffnung verwandelt werden kann (LEVI, 1995).

Die zunehmende Erfahrung mit einer älteren Bevölkerung soll dazu beitragen, die wichtigsten Maßnahmen zu treffen, um die Lebensqualität das ganze Leben hindurch zu optimieren. 1995 wurde nun von der WHO das Programm „Aging and Health" ins Leben gerufen, u.a. mit einem Arbeitsschwerpunkt geschlechtsspezifische Gesundheit und Lebensbedingungen (WHO, 1995).

13.7.1 The Aging Male

Die Lebenserwartung der Männer ist kürzer als die der Frauen, auch in Industrieländern mit guter medizinischer Versorgung. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen betragen in Europa etwa 8 Jahre, in den USA 6,7 Jahre und in Afrika 3 Jahre. Diese Unterschiede haben große soziale, individuelle und sozioökonomische Auswirkungen.

Trotz der enormen Fortschritte in der Medizin sind die letzten Lebensjahre von Krankheit und Behinderung begleitet. Der Schlüsselfaktor für ein gesundes Altern wird sein, so lange als möglich unabhängig zu bleiben. Das zentrale Anliegen sind Therapie und Prävention jener Erkrankungen und daraus resultierenden Behinderungen, die die ältere Bevölkerung am häufigsten betreffen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Arthritis, Alzheimer-Erkrankung, Angstkrankheiten, Depressionen, Diabetes, eingeschränktes Hör- und Sehvermögen, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenerkrankungen. Es sind die nationalen Gesundheits- und Sozialprogramme gefordert, ein gesünderes Älterwerden zu ermöglichen und die Lebensqualität des Alters zu verbessern. Dazu gehören gesunder Lebensstil, gesundheitsfördernde Umwelt und Gesundheitserziehung auch für ältere Menschen. Die präventive Funktion der Geschlechtshormone ist bei den Frauen bereits als eine Möglichkeit erkannt worden gegen Osteoporose, Alzheimer und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksam zu werden. Die Forscher, die sich mit der Gesundheit des alternden Mannes beschäftigen, sehen diesbezüglich bei Männern noch enorme Defizite und viele wissenschaftliche Informationslücken.

Sie fordern verstärkt Forschung im Bereich Epidemiologie, sozioökonomische Studien, klinische Studien, Präventionsstudien etc., um eine Verbesserung der Prävention für den alternden Mann herbeizuführen.

In der „Massachusetts Male Aging Study" (MMAS) wurden drei Eckpfeiler für eine gesündere Population der älteren Männer formuliert:

- PSA-Screening und Intervention bei ansteigendem Spiegel, damit Senken der Mortalität durch das Prostatakarzinom.
- Die Risikofaktoren für Erektionsstörungen sind sehr ähnlich jenen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Präventionsmaßnahmen auch: Raucherentwöhnung, Blutdruckkontrolle und Hypertonietherapie, Diabetesprävention und -therapie.

- Prostatahyperplasie verringert die Lebensqualität erheblich. Die frühzeitige Therapie der Symptome verhilft zu einer deutlich verbesserten Lebensqualität.

Bereits 55jährige Männer sind sich des Alterns bewußt: abnehmende Männlichkeit, verringerte Muskelkraft, abnehmende körperliche und geistige Performance, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen. Viele Männer meinen, daß Erektionsstörungen sicherlich sehr häufig sind; wenn sie betroffen sind, verschweigen sie das jedoch meist. Auch beim Urologen werden diese Probleme nicht von sich aus angesprochen, sondern andere Symptome in den Vordergrund gerückt. Wenn die Patienten nicht direkt darauf angesprochen werden und andere Symptome des Älterwerdens auch besprochen werden können, wird die Lebensqualität des Patienten weiterhin in Mitleidenschaft gezogen sein. Zugrundeliegende Erkrankungen werden (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) auch nicht früh erkannt werden, und präventive sowie therapeutische Maßnahmen können nicht ergriffen werden. Die Prävalenz aller Schweregrade erektiler Dysfunktion (ED) wird in der gesamten männlichen Bevölkerung auf etwa 30 bis 50 % geschätzt, die der kompletten ED bei unter 65jährigen auf 5 %, bei über 65jährigen bis 20%.

Die ED-Prävalenz steigt mit dem Alter deutlich an und ist besonders hoch bei kardiovaskulären Erkrankungen (CVD). Die Prävalenz-Angaben zu einer ED bei Männern mit kardiovaskulären Erkrankungen reichen laut Literatur von 40 bis 60 %. GUNDLE et al. (1990) berichten, daß bei 57 % der Männer mit koronarer Herzkrankheit 1 bis 2 Jahre nach einer Bypass-Operation eine ED vorhanden ist (Alter 51,4 ± 7,1 Jahre).

In einem Sample von 131 Myokardpatienten (31 bis 84 Jahre) wurde von 64 % der Patienten eine Form der Impotenz angegeben (WRABEK et al., 1980). DIOKNO et al. (1990) fanden bei über 60jährigen Koronarpatienten nach einem Myokardinfarkt eine ED-Prävalenz von 59 %, von 35 % bei jenen ohne Myokardinfarkt. Aus der „Massachusetts Male Aging Study"geht hervor, daß die Wahrscheinlichkeit einer ED bei Koronarpatienten bei 39 % liegt, im Vergleich zu 9,6 % des Gesamtsamples der Studie (1.290 Männer zwischen 40 und 70 Jahren) (FELDMAN et al., 1994). In der MMAS wurden die kardiovaskulären Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Adipositas und HDL-Cholesterin als Prädiktoren für eine später auftretende ED identifiziert, unabhängig vom Auftreten einer klinisch-symptomatischen CVD (FELDMAN et al., 1998).

Für Österreich liegen keine vergleichbaren epidemiologischen Untersuchungen vor. Bei Annahme einer ED-Prävalenz von 40 bis 60 % bei CVD-Patienten kann, mit Bezug auf die österreichische Krankenhausentlassungsstatistik (1996), angenommen werden, daß in Österreich 2.700 bis 4.100 der 6.893 behandelten Patienten mit akutem Myokardinfarkt auch von einer ED betroffen sind bzw. zwischen 18.000 und 27.000 Patienten mit der Diagnose ischämische Herzkrankheit (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen). Basierend auf den Prävalenz-Angaben zur koronaren Herzkrankheit in der Framingham-Studie, kann von etwa 300.000 bis 350.000 ED-Betroffenen mit koronarer Herzkrankheit ausgegangen werden.

Mit Bezug auf die rezenten Studien zum Altern des Mannes hat sich jeweils der Zusammenhang mit absinkenden Hormonspiegeln gezeigt, jedoch auch immer multifaktorielles Geschehen im Hintergrund der Symptome. Die Andropause wird nicht mehr bestritten. Sie spielt sich jedoch in einem Zeitraum von vielen Jahren ab, und nicht wie die Menopause innerhalb weniger Monate.

Es ist bewiesen, daß ab dem 40. Lebensjahr der Testosteronspiegel absinkt. Der Gesamttestosteronspiegel sinkt um etwa 1 % pro Jahr ab. Etwa 20 bis 30 % der Männer über dem 65. Lebensjahr würde man, wenn sie junge Männer wären, als hypogonadal bezeichnen. Trotzdem gibt es keinen Konsens über einen Wert des Testosteronspiegels beim älteren Mann, welchen man dann als Hormonmangel diagnostizieren würde. Diese Diskussion führt natürlich zur Frage der Hormonersatztherapie beim Mann. Die meisten Experten möchten alle älteren Männer mit Androgenmangelsymptomen substituieren. Nicht geklärt ist die Frage der altersadäquaten Dosis und der Sensitivität des Gewebes. Ein weiterer offener Punkt der Diskussion ist die Form der Ersatztherapie, wie Tabletten, Pflaster, Depotinjektionen etc.

In Erforschung sind auch neue Substanzen, sogenannte SARMS (selektive Androgenrezeptor-Modulatoren) oder selektiv wirksame Androgene (MENT) oder sogenannte 5a-Reduktase-Hemmer. Die Te-

stosteron-Substitution birgt natürlich die Gefahr, daß damit ein vorhandenes Prostatakarzinom forciert wird. In einer 3jährigen Studie wurden die Nebenwirkungen einer solchen Therapie untersucht, die sich in Grenzen gehalten haben, unter der Voraussetzung, daß man die PSA-Spiegel laufend kontrolliert hat. Die Benefits einer solchen Substitutionstherapie bedürfen sicherlich noch einer genaueren Untersuchung, und dies vor allem in Langzeitstudien.

Die „International Society for the Study of the Aging Male" wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, die Lebensqualität der älteren Männer zu verbessern. 350 Wissenschafter, Kliniker und Experten aus verschiedenen Disziplinen aus 42 Ländern haben 1998 anläßlich des ersten diesbezüglichen internationalen Kongresses das sogenannte Genfer Manifest erstellt.

13.7.2 Geschlechtsspezifische Ergebnisse der „Baltimore Longitudinal Aging Study" (BLSA)

Die „Baltimore Longitudinal Aging Study" begann im Jahr 1958 und ist die längste, noch laufende Langzeitstudie zum Thema Altern. Sie ist ausgerichtet auf die Untersuchung von biologischen Prozessen und Verhaltensänderungen von Menschen mit dem Alter und will die Beziehung dieser Veränderungen zueinander herausfinden: welche Vorgänge Alterungsprozesse sind und welche Veränderungen durch Erkrankungen und Umweltfaktoren bedingt sind.

Bis 1978 wurden ausschließlich Männer in die Studie aufgenommen. 1993 waren annähernd 700 Männer und 500 Frauen im Alter zwischen 20 und 90 Jahren in der Studie. Die Teilnehmer werden alle 2 Jahre untersucht. Die gesammelten Daten enthalten Informationen zu Herz-, Lungen- und Nierenfunktionen, Immunsystem, Stoffwechsel und Hormonhaushalt, Körperzusammensetzung, Sinneswahrnehmung, Gedächtnisleistung, Persönlichkeit und Ernährung.

Bis heute hat man folgende generelle Schlußfolgerungen aus der BLSA-Studie gezogen: Altern geht nicht mit einer generellen Abnahme von geistigen und körperlichen Fähigkeiten einher, und es gibt auch kein generelles Muster des Alterns. Altern ist ein sehr individueller Prozeß. Die Studienleiter sehen auch, daß ihre Fragestellungen immer komplexer werden, daß es keine einfachen Antworten auf ihre Fragen gibt und daß das Fragen nie aufhört.

Aufgrund der 40jährigen Laufzeit der Studie ist der Informationsgehalt zum Altern des Mannes besonders herausragend. Unter anderem wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

- Männer mit einem Prostatakarzinom haben bereits 5 Jahre vor Auftreten des Karzinoms erhöhte PSA-Werte, was bei Männern mit einer späteren Prostatahyperplasie nicht der Fall ist.
- Ein hoher Cholesterinspiegel ist auch im Alter noch ein Risikofaktor. Männer im Alter zwischen 65 und 96 Jahren haben weiterhin ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, auch diejenigen, die noch keine Herzkranzgefäßerkrankung haben. Deshalb werden auch im höheren Alter Präventivmaßnahmen, wie etwa cholesterin- und fettreduzierte Ernährung, empfohlen.
- Der Knochenmasseverlust von jungen und alten Männern ist sehr ähnlich, nur die Turnover-Rate ist bei jüngeren Männern höher. Dieses erklärt möglicherweise die Entwicklung von Osteoporose im Alter.
- Die körperliche Fitneß nimmt bei gesunden Menschen mit jedem Lebensjahrzehnt um 5 bis 10 % ab.
- Die androide Fettverteilung (Fettansatz um die Taille), wie sie vor allem bei Männern vorkommt, ist mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden.
- Personen, die sehr schlank oder sehr übergewichtig sind, leben kürzer als Personen mit mittlerem Gewicht. Männer, die mit dem Alter mäßig an Gewicht zugelegt haben, hatten eine höhere Lebenserwartung.
- Männer mit eingeschränkter Lungenfunktion zeigten eine höhere Sterblichkeit, vor allem für ischämische Herzerkrankungen.

- Eine eingeschränkte Glukosetoleranz ist im Alter nicht unbedingt mit der Entwicklung eines Diabetes verbunden.
- Im Alter zeigen auch sehr gesundheitsbewußte und gut ernährte Männer eine zu geringe Zufuhr von Vitamin B_6, Magnesium und Zink.
- Bei Männern entwickeln sich bereits ab dem 30. Lebensjahr Einschränkungen des Hörens doppelt so rasch wie bei Frauen. Es bedarf einer eingehenden Untersuchung, welche Faktoren zu dieser Einschränkung führen, wie etwa Lärm, Bluthochdruck, systemische Erkrankungen oder Medikamente. Ab dem 60. bis 70. Lebensjahr nimmt das Hörvermögen bei niedrigen Frequenzen ab.
- Im 4. Lebensjahrzehnt wird es schwierig, nahe Gegenstände zu fokussieren, ab dem 5. Lebensjahrzehnt nimmt die Fähigkeit ab, bewegte Gegenstände zu entdecken, im Zwielicht zu sehen („man muß immer genauer hinsehen"), ab dem 7. Lebensjahrzehnt wird es immer schwieriger, feine Details ausfindig zu machen.
- Die Arterienwände verdicken sich, und der systolische Blutdruck steigt um 20 bis 25 % zwischen dem 20. und 75. Lebensjahr.
- Im Laufe der Jahre nimmt die Herzfrequenz ab, und zwar unter maximaler Belastung bei Bewegung. Der Rückgang beträgt etwa 25 % zwischen dem 20. und 75. Lebensjahr.
- Die maximale Atemkapazität sinkt um etwa 40 % zwischen dem 20. und 80. Lebensjahr.
- Die Bauchspeicheldrüse ist dafür verantwortlich, daß die Glukosestoffwechselrate sinkt.
- Die Muskelmasse nimmt ab und mit ihr auch die Sauerstoffaufnahme während der Bewegung, und zwar um etwa 5 bis 10 % alle 10 Jahre. Die Kraft des Handgriffes läßt bis zum 75. Lebensjahr um 45 % nach.
- 65jährige Männer zeigten die gleiche Vigilanz wie jüngere Männer. Ab dem 70. Lebensjahr sinkt die Vigilanz deutlich, und es bedarf mehr Zeit, um auf Stimuli zu reagieren. Jedoch ist dies sehr individuell und variabel. Etwa ein Viertel der Teilnehmer der BLSA zeigte jedoch auch nach dem 70. Lebensjahr keine Einbußen in der Gedächtnisleistung. Man nimmt heute an, daß das Gehirn, ähnlich wie das Herz, mit dem Alter mehr Adaptionsleistungen und weniger Leistungsabbau vollbringt, als man bisher gedacht hat. In bezug auf das Erinnerungsvermögen zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer können besser Zahlen aus dem Kurzzeitgedächtnis abrufen, Frauen besser Wörter. Männer und Frauen haben jedoch insgesamt etwa die gleichen Abbaustufen in bezug auf die Gedächtnisleistung. Forscher der BLSA sind auf der Suche nach Früherkennungszeichen für Morbus Alzheimer, und sie haben herausgefunden, daß das unmittelbare visuelle Gedächtnis lange vor anderen Anzeichen beeinträchtigt ist.
- In bezug auf das Wohlbefinden, auch das psychische Wohlbefinden, zeigte sich mittels Tests, daß Personen, die in jüngeren Jahren niedrige Befindlichkeitslevels hatten, auch im Alter bei Tests ähnlich abschnitten. Personen, die jedoch eher extrovertiert waren, hatten in jedem Lebensalter höhere Testscores.
- Die Fähigkeit, Streß zu bewältigen, nimmt auch mit dem Alter nicht ab.

XIV.
RESÜMEE

RÉSUMÉ

14 RESÜMEE

Männergesundheit läßt sich nicht in einem Satz definieren. Basierend auf dem Inhalt des vorliegenden Berichtes kann man jedoch einige Anliegen für die Männergesundheit formulieren.

Männergesundheit hat ein enormes Potential, zu steigen, d. h. das Gesundheitspotential ist als besonders hoch einzuschätzen, besonders in Wien, da die Wiener Männer im Vergleich zu anderen Bundesländern bei vielen Erkrankungs- und Todesursachen die höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufweisen.

Die überdurchschnittlich vielen verlorenen Lebensjahre können gewonnen werden, insbesondere durch Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung.

Die Maßnahmen müssen sich vor allem konzentrieren auf:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und dabei vor allem auf die Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit
- Krebserkrankungen, dabei vor allem auf Risikofaktoren für Lungen-, Darm- und Blasenkrebs
- Unfallverhütung im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz
- chronische Lungenkrankheiten.

Die Zusammenhänge der Männergesundheit mit sozioökonomischen Faktoren sind besonders stark. Geringer Ausbildungsstatus, geringeres Einkommen und ein Arbeitsplatz mit niedrigem Qualifikationsprofil stellen für Männer ein enormes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand und eine erhöhte Mortalität dar.

Die Risikoreduktion kann hier einerseits über die Bildung und Ausbildung erfolgen und andererseits über Präventionsmaßnahmen, die den Bereich der primären und sekundären Prävention betreffen. Die Arbeitsplatzsicherheit, wobei die Sicherheit im engeren Sinn gemeint ist, jedoch auch die Sicherheit in bezug auf die Gewährleistung eines Arbeitsplatzes trägt besonders zur Risikoreduktion bei.

Der Großteil der primären Erkrankungen und Todesursachen kann mit Hilfe der Lebensstilmedizin „behandelt" werden. Wir wissen, daß vor allem Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Stoffwechselerkrankungen an der Übersterblichkeit der Männer die Verantwortung tragen.

Die große Zahl von Risikofaktoren bei Männern verlangt nach den entsprechenden Maßnahmen der sekundären Prävention. Die Forcierung der Therapie der Nikotinabhängigkeit, der Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Ausdauerbewegung, kombiniert mit der medikamentösen Therapie von Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Nikotinsubstitution, können vor allem die Inzidenz und Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch der Lungen- und Krebserkrankungen massiv beeinflussen.

Wesentlich ist auch die Schaffung eines Problembewußtseins in bezug auf Alkoholkonsum, welcher ebenfalls einen nicht unerheblichen Anteil an der Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung hat.

Besondere Erschwernisse in der Förderung der Männergesundheit sind die mangelnde Teilnahme an Vorsorgeaktivitäten, die Defizite im Gesundheitsbewußtsein, die Einstellung zur Gesundheit, das Risikoverhalten und das männliche Rollenbild in der Gesellschaft.

Es bedarf weiterer Förderung der geschlechtsspezifischen Forschung und deren Umsetzung im Gesundheitswesen. Die Forschungsbereiche erstrecken sich auf epidemiologische und sozialmedizinische Forschung sowie auf Grundlagenforschung und klinische Medizin.

Einige Kapitel der Männergesundheit, wie der Bereich der Andropause und das Alter, werden erst erschlossen.

Osteoporose war bisher kein männerspezifisches Gesundheitsproblem, die epidemiologischen Daten zeigen jedoch, daß dieses Problem durchaus vorhanden ist. Die Präventionsmaßnahmen sind bislang auf Lebensstilmaßnahmen beschränkt, und die Risikogruppendefinition ist noch schwer. Eine Risikogruppe sind alte Männer, und durch steigende Lebenserwartung wird diese Risikogruppe größer werden.

Weitere große Gesundheitsprobleme des Mannes sind Prostataerkrankungen, wie Prostatakrebs und Prostatahypertrophie. Wichtig für die große Zahl von Betroffenen ist die Beratung über Vorsorge, Therapie und Nachsorge sowie die Einrichtung besonderer Anlaufstellen im Gesundheitswesen.

Dazu gehören auch Beratungsstellen für Beschwerden und Erkrankungen wie die Inkontinenz – für Männer ein noch größeres Tabuthema als für Frauen und bislang vor allem im Bewußtsein der Bevölkerung in bezug auf die Frauengesundheit verankert.

Umfassende Diagnose und Beratung bei erektiler Dysfunktion ist nicht nur eine psychosoziale Aufgabe, sondern ein klinisches und präventivmedizinisches Anliegen. Vielfach sind Herzerkrankungen und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und deren Risikofaktoren die Ursache für die erektile Dysfunktion.

Die Beratung über Wechselprobleme beim Mann und sogenannte Andropause-Beratungsstellen werden vermutlich ebenso wichtig werden wie die Menopause-Ambulanzen für die Frauen.

Bei der männlichen Bevölkerung muß das Bewußtsein für die männerspezifische Vorsorge geschaffen werden, ebenso wie dies bei den Frauen für die gynäkologische Vorsorge der Fall ist. Im Gesundheitswesen fehlt noch das Bild des/der Männerarztes/ärztin, wie es das Bild des/der Frauenarztes/ärztin gibt.

Für die Gesundheitsförderung besonders schwierig zu beeinflussen ist die höhere Risikobereitschaft der Männer, die sich sowohl im Gesundheitsbereich wie auch in anderen Bereichen zeigt (Sport, schnelles Autofahren, …), die jedoch wiederum auf die Gesundheit einwirkt.

Eine weitere Schwierigkeit ist das Rollenbild des Mannes in der Gesellschaft wie auch das Rollenverständnis der Männer selbst, welches oftmals Krankheit so lange negiert, bis Vorsorgemaßnahmen zu spät kommen und die Prognosen ungünstig sind.

Der vorliegende Bericht als Teil der Gesundheitsberichterstattung ist keine vollständige Berichtlegung über alle Bereiche der Männergesundheit. Er dient in erster Linie der Bewußtmachung, daß die Förderung der Männergesundheit andere Schwerpunkte und Maßnahmen verlangt als z.B. die Förderung der Frauengesundheit. Einer der Punkte ist die völlig unterschiedliche Ansprechbarkeit der Zielgruppe Männer.

Es liegen weltweit nur wenige Gesundheitsberichte zur Männergesundheit vor. Die Stadt Wien hat sich im Rahmen einer geschlechts- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsberichterstattung zu diesem Gesundheitsbericht entschlossen.

Auf Basis dieses Berichtes ist es möglich, das Thema verstärkt öffentlich zu machen und zu vertiefen sowie einen Beitrag zur Verbesserung der Männergesundheit zu leisten.

XV. LITERATUR

LITERATURE

15 LITERATUR

AAPRO, M. S. (1994): Ovarian Cancer. In: Cancer in the elderly. Treatment and research. (Fentiman, I. S.; Monfardini, S.; Hrsg.). Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 118–123.

ABELIN, T. H.; JUNKER, C. H.; PERNEGER, T. H. (1996): Epidemiologie und Gesundheitsstatistik. In: Sozial und Präventivmedizin. Public Health. (Gutzwiller, F.; Jeanneret, O.; Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern, 55–105.

ABRAMSON, L. Y.; METALSKY, G.; ALLOY, L. B. (1989): Hopelessness depression. A theory-based subtype of depression. Psychol Rev 96, 358–372.

ACKERMANN-LIEBRICH, U.; GUTZWILLER, F.; KEIL, U.; KUNZE, M. (1986): Epidemiologie. Lehrbuch für praktizierende Ärzte und Studenten. Meducation Foundation, Wien.

AESOPH, L. M. (1995): Coping with male infertility. Naturopathic Medicine.

AMS (Arbeitsmarktservice) Wien (1998): Arbeitsmarktbeobachtung und Statistik.

AMS (Arbeitsmarktservice) Österreich (1998).

AMT DER VORARLBERGER LANDESREGIERUNG (1992): Alter hat Zukunft. Geriatriekonzept. Vorarlberg, Bregenz.

ANDERSON, F. H. (1998): Osteoporosis in men. Int J Clin Pract 52, 3, 176–180.

ARMSTRONG, G. L.; CONN, L. A.; PINNER, R. W. (1999): Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. JAMA 281, 1, 61–66.

ARNOLD, K. (1988): Warum leben Frauen länger als Männer. Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze. Z Geriatrie 1, 181–186.

AVIS, N. E. (1996): Women´s perceptions of the menopause. Eur J Menopause 3, 80–84.

AVIS, N. E.; MC KINLAY, S. M. (1991): A longitudinal analysis of women´s attitudes toward the menopause: Results from the Massachusetts Women´s Health Study. Maturitas 13, 65–79.

BACKES, G. (1994): Männer und Frauen: unterschiedliche Lebensbedingungen im Alter. In: Die Zukunft des Alterns. (BMAGS; Hrsg.). Soziales Europa 4, Wien, 177–196.

BADELT, C.; HOLZMANN, A.; MATUL, C.; ÖSTERLE, A. (1995): Kosten der Pflegesicherung. In: Sozialpolitische Schriften, Band 4. Böhlau Verlag, Wien.

BALTES, M.; HORGASA, L.; KLINGENSPOR, B.; FREUND A. M.; CARSTENSEN L. L. (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Die Berliner Altersstudie (Mayer K. U.; Baltes P. B.; Hrsg.). Akademie Verlag, Berlin, 573–598.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (1992): Problem „Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung". In: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (Baltes, P. B.; Mittelstraß, J.; Hrsg.). Berlin, 1–34.

BALTIMORE LONGITUDINAL STUDY OF AGING (1993): Report 1993. National Institute on Aging, National Institutes of Health.

BAMMAN, K.; et al. (1994): Gesundheitliche Risiken und Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. In: Medizin und Information (Kunath, H.; et al.; Hrsg.). MMV, Medizin Verlag, München, 611–615.

BARANOVSKY, A.; MYERS, M. H. (1986): Cancer incidence and survival in patients 65 years of age and older. Cancer 36, 1, 26–41.

BARRETT-CONNOR, E. (1993): Epidemiology and the menopause. A global overview. Int J Fertil 38, 6–14.

BARTLEY, M.; BLANE, D.; MONTGOMERY, S. (1997): Health and the life course: why safety nets matter. BMJ 314, 1194–1196.

BÄSSLER, R. (1997): Sportausübung. In: Freizeit & Sport in Österreich. Wien.

BATES, T. S.; WRIGHT, M. P. J.; GILLAT, D. A. (1998): Prevalence and impact of incontinence following total prostatectomy assessed anonymously by the ICS-Male Questionnaire. Eur Urol 33, 165–169.

BAUMGARTEN, R. (1997): Sexually transmitted liver diseases: infection and prevention possibilities. Wien Med Wochenschr 147, 19–20, 443–444.

BEALE, N.; NETHERCOTT, S. (1985): Job loss and family morbidity: A study of a factory closure. J R Coll Gen Pract 35, 280, 510–514.

BENGEL, J.; BELZ-MERK, M. (1997): Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Gesundheitspsychologie (Schwarzer, R.; Hrsg.). Hoegrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 23–41.

BEYENE, Y. (1989): From menarche to menopause. In: State University of New York Press. Albany, New York, 115–126.

BFI (Berufsförderungsinstitut Wien) (1998): veröffentlicht.

BIRKENFELD, A.; KASE, N. G. (1991): Menopause Medicine: Current treatment options and trends. Comprehensive Therapy 17, 36–45.

BISHOFF, J.; GARRICK, M.; OPTENBERG, S.; STEIN, C. R.; MOON, K. A.; BROWNING, S. M.; SABANEGH, E.; FOLEY, J. P.; THOMPSON, I. M. (1998): Incidence of fecal and urinary incontinence following radical perineal and retropubic prostatectomy in a national population, J Urol 160, 454–458.

BISIG, B.; PACCAUD, F. (1996): Wichtigste demographische und gesundheitsbezogene Indikatoren. In: Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. (Gutzwiller, F; Jeanneret, O; Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern.

BLAIR, S. N. (1996): Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. JAMA 276, 205–210.

BLANEY, P. H. (1986): Affect and memory: A review. Psychol Bull 99, 229–246.

BLASCHKE, S.; MÜLLER, K. H.; SCHIENSTOCK, G. (1993): Sozialer Survey 1993. (Institut für höhere Studien, Wien; Hrsg.).

BMAGS (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) (1999): Österreichische Aids-Statistik. Periodischer Bericht 4.1.1999.

BMAGS (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) (1997): Aids-Statistik.

BOCKHORN, G.; HARTL, H. K. (1999): Versorgung bei Infektionen. Wiener Arzt 2/99, 58–60.

BÖHMER, F. (1998): Inkontinenz – eine interdisziplinäre Herausforderung. Van-Swieten-Kongreß 1998, 32–33.

BORTOLOTTI, A.; PARAZZINI, F.; COLLI, E.; LANDONI, M. (1997): The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. Int J Androl 20, 323–334.

BOSMA, H.; MARMOT, M. G.; HEMINGWAY, H.; NICHOLSON, A.; BRUNNER, E. J., STANSFELD, S. (1997): Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall-II-study. BMJ 314, 558–565.

BOWER, G. H. (1981): Mood and memory. Am Psychologist 36, 129–148.

BRAMBILLA, B. J.; MC KINLAY, S. (1989): A perspective study of factors affecting age at menopause. J Clin Epidemiol 42, 1031–1039 .

BREITNER, J. C.; MURPHY, E. A.; SILVERMAN, J. M.; MOHS, R. C.; DAVIS, K. L. (1988): Am J Epidemiol 128, 536.

BRETELER, M. B. M.; CLAUS J. J.; VAN DUIJN, C. M.; LAUNER, L. J.; HOFMAN, A. (1992): Epidemiology of Alzheimer´s Disease. Epidemiol Rev 14, 59–82.

BROTHMAN, A. R. (1997): Prostate Cancer: Molecular and cellular abnormalities. In: Encyclopaedia of Cancer. (Bertino J. R.; Hrsg.). Academic Press, 1303–1313.

BROWN, J. A.; ELLIOTT, D. S.; BARRETT, D. M. (1998): Postprostatectomy urinary incontinence: A comparison of the cost of conservative versus surgical management. Urology 51, 715–720.

BRUNNER, E. (1997): Stress and the biology of inequality. BMJ 314, 1472–1476.

BRUNS, C. (1997): Infektiöse Hepatitis. In: Gesundheitsbericht Wien 1997, 66–71.

BUNDESGESETZBLATT für die Republik Österreich, Nr.728/1993 idF BGBL I Nr.112/1997 und BGBL I Nr.78/1998

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (1997): Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, Wien.

BUNDESMINISTERIUM FÜR LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT (1997): Lebensmittelbericht Österreich. 270.

BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT UND KONSUMENTENSCHUTZ (1996).

BUNGAY, G. T.; VESSEY, M. P.; MC PHERSON, C. K. (1980): Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. BMJ 181–183.

BÜRO DES DROGENKOORDINATORS DER STADT WIEN (1998).

CALNAN, M. (1987): Health and illness – The lay perspective. London, Tavistock.

CALNAN, M. (1985): Health, health risks and inequalities. An exploratory study of women´s perceptions. Sociology of Health and Illness 7, 55–75.

CAMERON, P.; CAMERON, K.; PLAYFAIR, W. L. (1998): Does homosexual activity shorten life? Psychol Rep 83, 847–866.

CLAUSSEN, B.; HELMERT, U. (1998): Arbeitslosigkeit als eine Herausforderung für die Allgemeinmedizin. Gesundheitswesen 60, 143–147.

CSITKOVICS, M.; EDER, A.; MATUSCHEK, H. (1997): Die gesundheitliche Situation von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen in Wien.

D´HOUTAUD, A. (1978): L'image de la santé dans une population lorraine: Approche psychosociale des représentations de la santé. Rev Epidemiol Santé Publique 26, 299–320.

DAMBACHER, M. A. (1982): Praktische Osteologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

DANIELCZYK (1993): Der Praktische Arzt Jg. 47, Juli 1993.

DARNTON-HILL, I. (1995): Healthy aging and the quality of life. World Health Forum 16, 335–343.

DAZ (Deutsche Apotheker Zeitung) (1998): Klimakterium virile. Hormonsubstitution für Männer? N. N. DAZ 137. Jg, Nr. 15, 9.4.1998.

DELL´MOUR, R.; LANDLER, F. (1996): Prognosen für den postsekundären Bildungssektor bis zum Jahr 2010. In: Demographische Informationen. (Institut für Demographie der Akademie der Wissenschaften; Hrsg.). Wien.

DE VITA, V.; HELLMANN, S. J. R.; ROSENBERG, S. A. (1989): Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Company, Philadelphia.

DE ZWAAN, M. (1998): Wissenschaftliche Tagung Eßstörungen: Anorexie – Bulimie – Adipositas. Tagungsband 7. Innsbruck.

DEIMER, K.; PFAFF, A.; PFAFF M. (1994): Sozialpolitik und ältere Mitbürger. In: Probleme moderner Gesellschaften (Reimann, H.; Müller, H. P.; Hrsg). Westdeutscher Verlag, Opladen, 134–147.

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (1996): Ernährungsbericht 1996. (DGE; Hrsg.). Frankfurt am Main.

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (1992): Ausgewählte sozio-kulturelle Einflüsse auf das Ernährungsverhalten. In: Ernährungsbericht 1992. (DGE; Hrsg.). Frankfurt am Main.

DICZFALUSY, E. (1998): An aging humankind: Is our future behind us. The Aging Male 1, 8–19.

DIOKNO, A. C.; BROWN, M. B.; HERZOG, A: R. (1990): Sexual function in the elderly. Arch Int Med 150, 197–200.

DOBLHAMMER, G.; KYTIR, J. (1998): Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria. Wien Klin Wochenschr 110, 11, 393–396.

DOBLHAMMER-REITER, G. (1996): Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. In: Demographische Informationen 1995/96, Akademie der Wissenschaften.

DÜR, W.; DIETSCHER, C. (1997): Die Gesundheit junger Menschen in Wien: Untersuchung zum Gesundheitszustand von SchülerInnen. In: Gesundheitsbericht Wien 1997.

EASTELL, R.; BOYLE, I. T.; COMPSTON, J.; COOPER, C.; FOGELMAN, I.; FRANCIS, R. M.; HOSKING, D. J.; PURDIE, D. W.; RALSTON, S.; REEVE, J.; REID, D. M.; RUSSEL, R. G. G.; STEVENSON, J. C. (1998): Management of male osteoporosis: report of the UK consensous group. Q J M 91, 71–92.

EICKENBERG, H. U.; HURRELMANN, K. (1997): Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. ZSE 17, 118–34.

ELKELES, T.; SEIFERT, W. (1993): Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland. Soz Präventivmed 38, 148–155.

ELMADFA, I. (1998): Ernährung des Menschen. Verlag Eugen Ulmer, Stuttgart.

EU (1998): The European Union Report on Osteoporosis – Action for Prevention.

FACT SHEETS (1998): In: Gesundheitsförderungsbericht für Wien. Arbeitsbericht August 1998. (MA [Magistratsabteilung] 15; Hrsg.).

FALTERMAIER, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. In: Über den Umgang mit der Gesundheit im Alltag. Psychologie Verlagsunion, Weinheim.

FARREL, W. (1995): Mythos Männermacht. Zweitausendeins-Verlagsgesellschaft, Frankfurt.

FEINLEIB, J. A.; MICHAEL, R. T. (1998): Reported changes in sexual behaviour in response to AIDS in the United States. Prev Med 27, 400–411.

FELDMAN, H.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D. G.; KRANE, R.; MC KINLAY, J. (1994): Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 151, 54–61.

FELDMAN, H. A.; MC KINLAY, J. B.; DURANTE, R.; LONGCOPE, C. (1998): Erectile dysfunction and cardiovascular risk factors: prospective results in a large random sample of Massachusetts men. Abstract. First World Congress on The Aging Male, Genf 1998.

FEUERLEIN, W. (1989): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

FICHTER, M. M.; HOFFMANN, R. (1989): Bulimia beim Mann. In: Bulimia nervosa (Fichter, M.; Hrsg.). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 76–86.

FLAMM, H.; KUNZE, M.; KUNZE, M. J. (1976): Lebenserwartung in Österreich (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Hrsg.). Wien.

FLATTEN, G. (1996): Krebsfrüherkennung – Sekundäre Prävention von Malignomen. In: Krankheitsverhütung und Früherkennung. (Allhoff, P.; Hrsg.). Springer Verlag, Berlin 1996.

FLINT, M. (1989): Male and female menopause: a cultural put-on. In: Changing perspectives on menopause (Voda, A.; Dinnerstein, M.; O'Donnell, S.; Hrsg.). Austin, University of Texas, 363–375.

FLINT, M. (1993): Menopause. The global aspect. Proceedings 7th International Congress on Menopause. Stockholm, Sweden, 17–228.

FLINT, M.; SAMIL, R. S. (1990): Cultural and subcultural meanings of the menopause. Annuals of the New York Academy of Science 592, 134–148.

FOREMAN, M. D.; KLEINPELL, R. (1990): Assessing the quality of life of elderly persons. Sem Onc 6, 4, 292–297.

FORREST, A. P. M.; FENTIMAN, I. S. (1994): Breast cancer: Principles of management. In: Cancer in the elderly. Treatment and research. (Fentiman, I. S.; Monfardini, S.; Hrsg.). Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 61–78.

FRANK-STROMBORG, M. (1988): Future projected trends in the care of the elderly individual with cancer and implications for nursing. Sem Onc Nurs 4, 3, 224–231.

FRATIGLIONI, I.; FORSELL, Y.; AGUERO-TORRES, H.; WINBLAD, B. (1994): Severity of dementia and institutionalization in the elderly: Prevalence data from an urban area in Sweden. Neuroepidemiology 13, 3, 79–88.

FRIEDL, H. P. (1993): Fragen zur Gesundheit: Befindlichkeit, Beschwerden, Erkrankungen. Ergebnisse des Mikrozensus Gesundheit Dezember 1991. In: Statistische Nachrichten Gesundheitswesen 12. (ÖSTAT; Hrsg.). 1075–1080.

FRIES, J. F. (1980): Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 303, 130.

FRIES, J. F. (1989): Erfolgreiches Altern: Medizinische und demographische Perspektiven. In: Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen (Baltes, M. M.; Kohli, M.; Sames, K.; Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern, 19–26.

FRIES, J. F.; GREEN, L. W.; LEVINE, S. (1989): Health promotion and compression of morbidity. Lancet 1, 481.

FRIGO, P. (1998): Unfruchtbarkeit und Hodenkrebs. Hodenerwärmung durch Einweg-Plastikwindeln. Pressekonferenz des Forschungsinstituts für Gesundheit und Umweltschutz. Wien, 21.10.1998.

FRÖHLICH, TH. (1999): Persönliche Mitteilung. Schwulenberatung Rosa-Lila Tip. Wien, Jänner 1999.

FÜSGEN, I.; SUMMA, J. D. (1995): Geriatrie. Stuttgart, Berlin, Köln.

GESUNDHEITSWESEN DER STADT WIEN (1997): Gesundheitsbericht für Wien 1996.

GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997 (1998): MA 15 – Gesundheitswesen der Stadt Wien. Dezernat III – Gesundheitsplanung; Hrsg. und Verleger.

GESUNDHEITSWESEN DER STADT WIEN (1997): Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1996/ 1–2.

GIVEN, B.; GIVEN, C. W. (1989): Cancer nursing for the elderly. A target for research. Cancer Nurs 12, 2, 71–77.

GOGNALONS-NICOLET, M.; BLOCHET, A-B.; FONTAINE, P.; GRAMONI, R.; DE LA ROSA, D.; BLANCHARD, M-P. (1997): Geschlecht und Gesundheit nach 40. Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann/ Bundesamt für Gesundheit; Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern.

GRECO, K. E; KULAWIAK, L. (1994): Prostate cancer prevention: Risk reduction through life-style, diet and chemoprevention. Onc Nurs Forum 21, 1504–1511.

GRUFT (1997): Obdachlosenzentrum Wien.

GUNDLE, M. J.; REEVES, B. R.; TATE, S.; RAFT, D.; MC LAURIN, L. P. (1980): Psychosocial outcome after coronary artery surgery. Am J Psychol 137, 1591–1594.

HÄFNER, H. (1994): Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie (Baltes, P. B.; et al; Hrsg.). De Gruyter, Berlin, 151–179.

HAGNELL, O.; OJESJO, L.; ROESMAN, B. (1992): Incidence of dementia in the Lundby Study. Neuroepidemiology 11, 1, 61–66.

HAIDINGER, G.; BINDER, H.; KUNZE, M. (1993): Die epidemiologische Entwicklung von Demenzerkrankungen bei Frauen in Österreich bis zum Jahr 2050. Österreichische Krankenhaus-Zeitung 34, 17–23.

HAIDINGER, G.; BINDER, H.; KUNZE, M. (1992): Die Entwicklung der Zahl von Alzheimer-Erkrankungen in Österreich bis zum Jahr 2050. Wien Klin Wochenschr 104, 20, 631–635.

HARTL, H. K. (1998): Hepatitis-C-Infektionen aus medizinischer Sicht. Wiener Arzt 11/98, 26–28.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1998): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1998. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Hrsg. und Verleger). Wien.

HÄUSSLER, B.; HEMPEL, E.; RESCHKE, P. (1995): Die Entwicklung von Lebenserwartung und Sterblichkeit in Ostdeutschland nach der Wende (1989–1992). Gesundheits-Wesen 57, 365–372.

HAYDN, R. (1994): Personenbezogene Statistiken aus der Sozialversicherung 1993. Beschäftigung und Arbeitsmarkt. In: Statistische Nachrichten 19/2. (ÖSTAT; Hrsg.). 134–142.

HEINZ, F. X.; MANDL, C. (1999): Aids und HIV-Infektionen 1998. Vir Ep Inf. Nr.3/99, 3–4.

HERZLICH, C. (1973): Health and illness. A social psychological analysis. Academic Press, London.

HETTLAGE, R. (1992): Familienreport. Familie im Umbruch. Der gesellschaftliche Wandel und die Folgen für die Lebensform „Familie". Beck'sche Reihe. München, 92–163.

HOFMANN, A.; ROCCA, W. A.; AMADUCCI, L. (1991): A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe: The European findings. In: Diagnostic and therapeutic assessments in Alzheimer's Disease. (Gottfries, C.; Levy, G. R.; Clincke, G.; Tritsmans, L.; Hrsg.). Wrightson Biomedical Publishing Ltd.

HOHAGEN, F.; GRASSHOFF, U.; SCHRAMM, E.; ELLRINGMANN, D.; RIEMANN, D.; WEYRER, S.; BERGER, M. (1991): Häufigkeit von Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Praxis. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 15, 177–182.

HÖLTL, W. (1998): Screening beim Prostatakarzinom, Onkologie 21, 521–524.

HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1992): Alter und Altersforschung in der Schweiz. In: Seismo Dossier. Seismo Verlag, Zürich.

IFES (1995): Suchtmittelstudie. Wiener Jugendliche. Berichtband und Ergänzungsband. (Drogenkoordination der Stadt Wien; Hrsg.). Wien.

ILMARINEN, J. (1995): Arbeitsfähigkeit und Alter. In: Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer (Karazman, R.; Geißler, H.; Kloimüller, I.; Winker, N.; Hrsg.). Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad, Gamburg, 15–33.

IMS (Institut für Medizinische Statistik) (1994): Österreich und die Selbstmedikation. Pharmig-Gesundheitsperspektive. Wien.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN (1994): Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Maßnahmen. Serie 3: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen.

INSTITUT SICHER LEBEN DES KURATORIUMS FÜR VERKEHRSSICHERHEIT (1993): Unfallstatistik 1992. Wien.

ITZAK, S. B. (1997): Adapting to the menopause: Psychological aspects. Eur J Menopause 4, 91–94.

JOHNELL, O.; GULLBERG, B.; KANIS, J. A. (1997): The hospital burden of vertebral fracture in Europe: A study of natural register sources. Osteoporosis Int 2, 298–302.

JOHNSTON, E. (1994): Sleep problems in the elderly. J Am Acad Nurse Pract 6, 161–166.

KEMPER, P.; MURTAUGH, M. C. (1991): Lifetime use of nursing home care. New Engl J Med 324, 595–600.

KENNEDY, J. J. (1991): Needed: Clinical trials for older patients. J Clin Onc 9, 5, 718–720.

KIEFER, I.; KUNZE, U.; MITSCHE, N.; KUNZE, U. (1998): Übergewicht in Österreich: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte. Acta Med Austriaca 25, 126–128.

KLOTZ, T.; HURRELMANN, K. (1998): Adapting the health-care system to the needs of the aging male. The Aging Male 1, 20–27.

KNUPFER, G. (1989): The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness: Analysis of ten US surveys combined. Br J Addiction 84, 1305–1318.

KOBELT, G. (1997): Economic considerations and outcome measurement in urge incontinence. J Urol 50, 100–107.

KOLLER, W.: Meldepflichtige Krankheiten in Österreich – Teil 1. Hygiene Monitor Jg. 3, 3/97.

KÖNIG, P.; SPITALER, H.; WAANDERS, R. (1992): Zur Epidemiologie des Alkoholismus in Vorarlberg. Vergleiche administrativer Inzidenzen 1967, 1977 und 1987 am regionalen psychischen Krankenhaus. Psychiatr Praxis 19, 139–148.

KORTE, H. (1993): Bevölkerungssoziologie. In: Einführung in spezielle Soziologien (Korte, H.; Schäfers, B.; Hrsg.). Leske und Budrich, Opladen, 75–97.

KOSKIMÄKI, J.; HAKAMA, M.; HUHTALA, H.; TAMMELA, T. L. J. (1998): Prevalence of lower urinary tract symptoms in Finnish men: A population-based study. Br J Urol 81, 364–369.

KOVACES, M.; BECK, A. T. (1977): An empirical approach toward a definition of childhood depression. In: Depression in childhood. (Schulterbarandt, J. G.; Askin, A.; Hrsg.). New York, 1–27.

KROKOWSKI, E.; FRICKE, M. (1978): Die Entstehung der Osteoporose. Eine neue Konzeption. Med Welt 29, 1483–1490.

KRUSE, H. P.; KUHLENCORDT, F. (1984): Grundzüge der Osteologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.

KUNST, A. E.; GEURTS, J.; BERG, J. (1992): International variation in socioeconomic inequalities in self-reported health. Dutch Central Bureau of Statistics, Voorburg.

KUNST, A. E.; GEURTS, J.; BERG, J. (1995): International variation in socioeconomic inequalities in self-reported health. J Epidemiol Community Health, in press.

KUNZE, M.; SCHWARZ, B.; BAYER, P; BINDER, P.; BISCHOF, H. P.; ENENKEL, W.; FRIEDL, H. P.; HAIDER, M.; HEYDEN, S.; IRSIGLER, K.; KALIMAN, J.; KOLLER, W.; KOSTNER, G.; KUBICEK, F.; LEIBETSEDER, J.; PICHLER, M.; RHOMBERG, H. P.; SANDHOFER, F.; SINZINGER, H.; UNGER, F.; WIDHALM, K. (1988): Atherosklerosebericht. Institut für Sozialmedizin der Universität Wien.

KUNZE, M.; SCHWARZ, B. (1988): Prävalenz der Hypercholesterinämie in Österreich. Therapiewoche Österreich 9, 823.

KUNZE, M. (1990): Präventivmedizin und Gesundheitsforschung. ÖAZ 25, 11, 2.

KUNZE, M.; RIEDER, A.; KIEFER, I. (1990): Ernährung, Gesundheit, Lebenserwartung. Wo steht Österreich im internationalen Vergleich? Ernährung/Nutrition 14, 3.

KUNZE, M.; ROSENBERGER, A.; MITSCHE, N.; KUNZE, U.; SCHMEISER-RIEDER, A. (1996): SERMO-Studie, ein neuer epidemiologischer Dienst. Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 5, 237–238.

KUNZE, U.; SCHMEISER-RIEDER, A.; SCHOBERBERGER, R. (1999): Prevention of lung cancer by long-term use of alternative nicotine delivery systems. Eur J Cancer 35, 2, 195–196.

KYTIR, J. (1994): Wien ist anders. Zur Bevölkerungsalterung in der Bundeshauptstadt. In: Die zweiten fünfzig Jahre. Dimensionen städtischer Altenpolitik. (Zukunfts- und Kulturwerkstätte; Hrsg.). Wien, 15–21.

KYTIR, J. (1994): Das vierte Lebensalter. Zur Morbidität älterer Menschen. In: Die zweiten fünfzig Jahre. Dimensionen städtischer Altenpolitik. (Zukunfts- und Kulturwerkstätte; Hrsg.). Wien, 45–50.

KYTIR, J. (1994): Die achte Plage. Droht Österreich der Greisenberg? Finanznachrichten 16, Demographie, 1–4.

KYTIR, J. (1994): Lebenserwartung frei von Behinderung. Statistische Nachrichten 8, 650–657.

KYTIR, J. (1995): Sitzung des Wissenschaftlichen Beirates AKS Vorarlberg.

KYTIR, J.; KÖCK, C. (1995): Säuglingssterblichkeit in Wien. Eine gesamtbevölkerungsspezifische Untersuchung über epidemiologische Ursachen der überdurchschnittlichen Sterblichkeit der Wiener Kinder im ersten Lebensjahr. Forschungsbericht des Institutes für Demographie 16, Wien.

LA VECCHIA, C.; LUCCHINI, F.; NEGRI, E.; BOYLE, P.; MAISONNEUVE, P.; LEVI, F. (1992): Trends in cancer mortality in Europe. Europ J Cancer 28, 927–998.

LANGENBUCHER, H. (1990): Gesundheitliche und soziale Lage von Frauen im mittleren und höheren Lebensalter aus frauenpolitischer Sicht. In: Menopause. Hormonsubstitution heute 3. (Lauritzen, C.; Hrsg.). Edition informed, Ulm.

LAURITZEN, C. (1989): Das Klimakterium – Therapie und Langzeitprävention. In: Menopause. Hormonsubstitution heute 3 (Lauritzen, C.; Hrsg.). Edition informed, Ulm, 117–125.

LAURITZEN, C. (1989): Der Einfluß von Rauchen auf die hormonale Funktion sowie Eintritt und Verlauf der Menopause. In: Menopause. Hormonsubstitution heute 2 (Lauritzen, C.; Hrsg.). Edition informed, Ulm, 37–38.

LEVI, F.; LA VECCHIA, C.; LUCCHINI, F.; NEGRI, E. (1995): Cancer mortality in Europe. 1990–1992. Eur J Cancer Prevention 4, 5, 389–417.

LUBITZ, J.; BEEBE, J.; BAKER, C. (1995): Longevity and medicare expenditures. N Engl J Med 332, 999–1003.

LUNENFELD, B. (1998): Aging male. The Aging Male 1, 1–7.

LÜSCHEN, G. (1989): Verwandtschaft, Freundschaft, Nachbarschaft. In: Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. (Nave-Herz, R.; Markefka, M.; Hrsg.). Stuttgart, 435–452.

MA (Magistratsabteilung) 15 (1998): Verwaltungsbericht 1998. MA 15 – Gesundheitswesen, Dezernat I, Referat 4.

MA (Magistratsabteilung) 18 (1995): Sport in der Stadt. MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung.

MA (Magistratsabteilung) 66 (1995): Wiener Bezirksdaten. MA 66 – Statistisches Amt.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. (1996): Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? Soc Sci Med 42, 4, 617–624.

MAGISTRAT DER STADT WIEN (1995): Leben in Wien. Survey.

MÄKELÄ, P.; VALKONEN, T.; MARTELIN, T. (1997): Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: Register-based follow-up study. BMJ 315, 211–216.

MARMOT, M. G.; DAVEY-SMITH, G.; STANESFELD, S.; PATEL, C.; NORTH, F.; HEAD, J. (1991): Health inequalities among British civil servants: The Whitehall-II-study. Lancet 337, 1387–1393.

MAXWALD, R. (1994): Vergleich der Lebenserwartung in den Industrieländern 1965–1991. In: Statistische Nachrichten 4, 2294–2303.

MC CONNELL, J. (1995): Screening tests: Are they worth doing? Lancet 345, 1629.

MC GONIGAL, G.; THOMAS, B.; MC QUADE, C.; STARR, J. M.; MAC LENNAN, W. J.; WHALLEY, L. J. (1993): Epidemiology of Alzheimer´s presenile dementia in Scotland 1974–1988. BMJ 306, 680–683.

MEN´S HEALTH REVIEW (1996): Royal College of Nursing. Trevor Lloyd (author), April 1996.

MILLER, A. B. (1995): An epidemiological perspective on cancer screening. Clin Biochem 28, 1, 41–48.

MMWR Recommendations and Reports (1998): Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-related chronic disease. MMWR. October 16, 1998/47 (RR 19), 1–39.

MMWR (1994): Update – Trends in AIDS among men who have sex with men – United States, 1989–1994. MMWR. June 02, 1995/44 (21), 401–104.

MÜLLER, K. H. (1993): Gesundheitszustand, Beschwerden, Krankheiten. In: Sozialer Survey 1993 (Institut für Höhere Studien Wien; Hrsg.). Eigenverlag, Wien. 67–106.

MÜNZ, R. (1997): Österreich altert. Pro Senectute 4–6.

MUSTARD, C. A.; KAUFERT, P.; KOZYRSKYJ, A.; MAYER, T. (1998): Sex differences in the use of health care services. N Engl J Med 338, 1678–1683.

NAVE-HERZ, R. (1993): Familie – Jugend – Alter. In: Einführung in spezielle Soziologien (Korte, H.; Schäfers, B.; Hrsg.). Leske und Budrich, Opladen, 9–28.

NEIGHBORS, K.; ORAKA, C.; SHIH, L.; LURIE, P. (1999): Awareness and utilization of the Hepatitis B vaccine among young men in the Ann Arbor Area who have sex with men. J Am Coll Health 47, 4, 173–178.

NOACK, R. H.; FOPPA, I.; CALMONTE, R. (1993): Reported disease and psychological well-being in Swiss adults. Basel 1993. Soz Präventivmed 38, 297–312.

NOACK, R. H.; WEISS, W. (1990): Gesundheitliches Wohlbefinden. Schweiz, Zürich.

NOLEN-HOEKSEMA, S. (1987): Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. Psychol Bull 101, 259–282.

NOLEN-HOEKSEMA, S.; GIRGUS, J. S. (1994): The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychol Bull 115, 3, 424–443.

OBERMAYER, U.; STEFANITS, H.; THALER, E. (1994): Soziale Fragen. Kennzahlen der Pensionsversicherung 1992. In: Statistische Nachrichten 2, 134–142.

OFFICE OF THE POPULATION CENSUS AND SURVEYS (1990): Cancer statistics registration: Cases of diagnosed cancer registered in England and Wales 1985. London Cancer Fact Sheet. Series MBI 18, London.

ÖIR (Österreichisches Institut für Raumplanung) (1994): Integration von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich. Teilbericht 3, Wien.

OLSHANSKY, S. J.; CARNES, B. A.; CASSEL, C. (1990): In search of Methuselah: Estimating the upper limits to human longevity. Science 250, 634–640.

OPRAVIL, M.; HUNZIKER, R.; LÜTHY, R.; GROB, P. J. (1998): Chronic Hepatitis B and C in HIV-infected patients. Dtsch Med Wochenschr 123, 24, 753–60.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1989): Mikrozensus Ältere Menschen. Beiträge zur Österreichischen Statistik.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1990): Bevölkerungsvorausschätzung 1990–2015 für Österreich und die Bundesländer sowie Modellrechnung bis 2050. In: Statistische Nachrichten 45, 636–646.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1990): Sozialstatistische Daten 1990. Heft 967, 9.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1991): Mikrozensus Gesundheit 1991.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1991): Volkszählung 1991. Hauptergebnisse I und II Wien.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1993): Statistische Nachrichten 2, 30.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1993): Statistische Nachrichten 12, 1075–1080.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1995): Republik Österreich 1945–1995. In: Bevölkerung und Gesundheit. Wien, 17–22.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1996): Mikrozensus Dezember 1991.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1997): Mikrozensus Gesundheit. Sonderbroschüre.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1997): Pressemitteilung.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Bevölkerung Wiens im Jahresdurchschnitt 1997 nach Alter, Geschlecht und In-/Ausländer.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Bruttoverdienste der unselbständig Erwerbstätigen 1997 nach Bundesländern.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1995/96.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Österreichische Wohnbevölkerung nach sozialer Stellung, Geschlecht, Alter, Bundesländern, Familienstand, Staatsbürgerschaft und höchster abgeschlossener Schulbildung, Jahresdurchschnitt 1997.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) (1998): Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien.

PERIS, P.; GUANABENS, N. (1996): Male osteoporosis. Curr Opin Rheumatol 8, 357–364.

PIRIBAUER, F.; DUER, W. (1998): Trends in HIV seroprevalence, AIDS and prevention policy among intravenous drug users and men who have sex with men, before and after 1990 in Austria. Eur J Epidemiol 14, 635–643

POMEZNY, W. (1994): Kostenlos erhaltene Hilfe bei Betreuung Erwachsener in Garten und Haus. Ergebnisse des Mikrozensus März und September 1992. In: Statistische Nachrichten 8, 663–666.

PORZIO, G. (1997): HRT as first-step treatment of insomnia in postmenopausal women. Eur J Menopause 4, 145–148.

RATHNER, G.; DUNKEL, D. (1998): Die Häufigkeit von Alkoholismus und Problemtrinken in Österreich. Wien Klin Wochenschr 110, 10, 356–363.

RIEDER, A., KUNZE, M. (1992): Epidemiologie der Befindlichkeitsstörungen in Österreich. Psychosoziale Aspekte von Prävention und Therapie. Abstractband Psychosoziale Medizin an der Medizinischen Fakultät, Symposium psychosoziale Medizin. Wien, Mai 1992.

RIEDER, A.; KUNZE, U.; KIEFER, I.; KUNZE, M. (1991): Das Cholesterinbewußtsein der Österreicher. Ernährungsumschau 3.

RIEDER, A.; KUNZE, U.; KIEFER, I.; HAIDINGER, G.; KUNZE, M. (1991): Hypercholesterolaemia in Austria: Pharmacological and dietary intervention. Journal of Clinical Research and Pharmacoepidemiology 2.

RIEDER, A.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M. (1993): Helping women to stop smoking. International Journal of Smoking Cessation 2, 3, 34–35.

RIEDER, A.; SCHWARZ, B.; KUNZE, M. (1993): Osteoporose: Einstellung und Meinung österreichischer Ärzte. WMW 143, 307–311.

RITCHIE, K.; ROBINE, J-M.; LETENNEUR, L.; DARTIGUES, J-F. (1994): Dementia-free life expectancy in France. Am J Publ Health 84, 232–236.

RKI (Robert-Koch-Institut) (1999): Pressedienst des Robert-Koch-Instituts, 4.2.1999

ROBINE, J. M.; RITCHIE, K. (1991): Healthy life expectancy evaluation of global indicators of change in population health. BMJ 302, 457–460.

ROHDE, P.; LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R. (1991): Comorbidity of unipolar depression II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. Journal of Abnormal Psychology 100, 214–222.

ROSAMOND, W. D.; CHAMBLESS, I. E.; FOLSOM, A. R.; COOPER, L. S.; CONWILL, D. E.; CLEGG, L.; WANG, C. H.; HEISS, G. (1998): Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. N Engl J Med 339, 861–867.

ROSENMAYER, L. (1990): Die Kräfte des Alters. Wiener Edition Atelier.

ROSENMAYER, L. (1993): Die spätere Freiheit. Berlin.

SAMSIOE, G.; BRYMAN, I.; IVARSSON, E. (1985): Some antropological aspects of the climacteric syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand 130, 5–7.

SANDERS, S. A.; REINISCH, J. M. (1999): Would you say you "had sex" if ...? JAMA 281,3, 275–277.

SARACCI, R. (1997): Neoplasms. In: Oxford textbook of public health. Vol 3. 3rd Edition. (Oxford Medical Publications; Hrsg.). New York.

SAREMBE, B. (1990): Verhalten der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung im Klimakterium. Bedeutung für Prävention und Therapie. In: Menopause. Hormonsubstitution heute 3 (Lauritzen, C.; Hrsg.). Edition informed, Ulm, 96–104.

SCHALK, H. (1999): Die Pille danach oder der Cocktail danach? PEP (Postexpositionsprophylaxe). In: Xtra, 21. Jän.–21. Feb.1999

SCHALLHORN, B. (1991): Wer pflegt demente Menschen im Jahr 2000. Kongreßbericht: Fortschritte der Medizin 109, 24.

SCHARINGER, C.(1993): Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien. Eine Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften (IFS). Wien.

SCHATTENFROH, S. (1998): Androgensubstitution beim alternden Mann. Dtsch Med Wochenschr 123, 22, A9-A10.

SCHMEISER-RIEDER, A.; CONCIN, H.; SCHWARZ, B.; KUNZE, M. (1995): Sozialmedizinische Aspekte der Prä- und Postmenopause. WMW 14, 331–333.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KAPFHAMMER, G.; BOLITSCHEK, J.; HOLZINGER, B.; SKROBAL, A.; KUNZE, M.; LECHNER, H.; SALETU, B.; ZEITLHOFER, J. (1995): Self-reported prevalence and treatment of sleep disorders in Austria. J Epidemiol Commun H 49, 645–646.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U. (1995): Blutdruckbewußtsein in Österreich: Hinweise auf ein zunehmendes Informationsdefizit. Wien Klin Wochenschr 107, 493–499.

SCHMEISER-RIEDER, A.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M. (1995): Frauen und Rauchen. WMW 4, 73–76.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, M. (1997): Epidemiologie, Demographie und Anforderungen an das Gesundheitswesen. In: Altersgynäkologie. (Lauritzen, C.; Hrsg.). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 9–27.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, M. (1997): Soziologie. In: Altersgynäkologie. (Lauritzen, C.; Hrsg.). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 31–45.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U.; MITSCHE, N.; SCHWARZ, B.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M. (1997): Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Kopfschmerz. Das Gesundheitswesen 59, 3, 144–149.

SCHMEISER-RIEDER, A. (1999): Sozialmedizinische Aspekte der Peri- und Postmenopause. Menopause Praxis 1, 11–20.

SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, M. (1999): Blood pressure awareness in Austria. A 20-year evaluation 1978–1998. Submitted.

SCHMID-NEUHAUS, M. (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. In: Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. (Karazman, R.; Geißler, H.; Kloimüller, I.; Winker, N.; Hrsg.). Verlag für Gesundheitsförderung. G. Conrad, Gamburg, 71–88.

SCHOBERBERGER, R.; KARMASIN, H.; SCHRÖDER, K.; KUNZE M. (1989): Auswirkungen des Gesundheitsbewußtseins auf das Ernährungsverhalten. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Wien Klin Wochenschr 101, 816–821.

SCHOBERBERGER, R.; RIEDER, A.; KUNZE, M. (1990): Hautschutzstudie – Bericht. Institut für Sozialmedizin der Universität Wien. AUVA.

SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M.; HOLZER, H.; LUDWIG, H. (1991): Krebsaufklärung als Basis für die Prävention. Psychomed 3, 115.

SCHOBERBERGER, R.; SCHMEISER-RIEDER, A.; BERNHARD, G.; BÖHM, G.; KUNZE, M. (1995): Informationsniveau, Einstellung, Risikovorstellung und Problemaspekte aus der Sicht der Bevölkerung. Projektbericht Wiener Zukunftskonferenz, Wien.

SCHOTTENFELD, D. (1996): Testicular cancer. In: Cancer. Epidemiology and Prevention. (Schottenfeld, D.; Fraumeni, J. F.; Hrsg.). Oxford University Press, New York, 1207–1219.

SCHRAMM, A. (1991): Medizinische Probleme bei der Betreuung von Langlebigen. Fortschritte der Medizin 48, 278–284.

SCHRAMMHAUSER, H. (1995): Altersadäquater Arbeitseinsatz. In: Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. (Karazman, R.; Geißler, H.; Kloimüller; I.; Winker, N.; Hrsg.). Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad, Gamburg, 124–130.

SCHWARTZ, M. (1993): Screening for cancer: Is it cost-effective? Clin Chem 39/11B, 2397–2403.

SCHWARZ, B.; VUTUC, C.; KUNZE, M. (1993): Gesundheitsökonomische Aspekte der benignen Prostatahyperplasie in Österreich. WMW 22, 571–573.

SCHWARZER, R. (1997): Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

SEELBACH, H.; DEGNER, F. L.; KRÜSKEMPER G. M. (1991): Die Osteoporose Typ I: Ein Beitrag zur Varianzabschätzung der Risikofaktoren im Hinblick auf die Knochendichte. In: Osteologie interdisziplinär (Werner, E.; Matthieß; Hrsg.). Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

SEIDLER, D.; WOISETSCHLAEGER, C.; SCHMEISER-RIEDER, A.; HIRSCHL, M. M.; KAFF, A.; LAGGNER, A. N. (1996): Prehospital opiate emergencies in Vienna. Am J Emerg Med 14, 436–439.

SEIFERT, B.; LÖTTGE, M.; HEMP, O. (1990): Möglichkeiten einer interdisziplinären Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei frühzeitig ovarektomierten Patientinnen. In: Menopause. Hormonsubstitution heute 3 (Lauritzen, C.; Hrsg.). Edition informed, Ulm, 80–84.

SENIORENBERICHT WIEN (1994): Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Hrsg. Wien 1994.

SILBERBAUER, K. (1998): Kardiovaskuläre Folgen und Risiken des Übergewichts. Acta Med Austriaca 25, 133–135.

SILVERMAN, D. T.; MORRISON, A. S.; DEVESA, S. S. (1996): Bladder cancer. In: Cancer Epidemiology and Prevention (Schottenfeld, D.; Fraumeni, J. F.; Hrsg.). Oxford University Press, New York, 1156–1179.

SKARPELIS-SPERK, S. (1995): Arbeit, Wirtschaft und Gesundheit im demographischen Wandel. In: Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer (Karazman, R.; Geißler, H.; Kloimüller, I.; Winker, N.; Hrsg.). Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad, Gamburg, 34–48.

SPECTRA Marktforschung (1998): Die Alkoholismustherapie bei Praktikern.

SPEROFF, L. (1993): The Menopause. In: Treatment of the Postmenopausal women: Basic and clinical aspects (Lobo, R. A.; Hrsg.). Raven Press, New York, 1–8.

STATISTISCHE MITTEILUNGEN DER STADT WIEN (1997): Leben in Wien. Survey. Wien 1997.

STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN 1997/2 (1997): Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes von SeniorInnen in Wien. (MA 15 – Gesundheitswesen; Hrsg.). Wien.

STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN 1998/2 (1998).

STRIEGEL-MOORE, R. H. (1993): Etiology of binge eating: A developmental perspective. In: Binge Eating (Fairburn, C. G.; Wilson, G. T.; Hrsg.). The Guilford Press, New York, London, 144–172.

STUDNICKA, M. J. (1988): Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Öffentliches Gesundheitswesen. 688–693.

TEMMEL, C.; KARAZMAN, R. (1993): Streß. Droge und Fluch im Leben. Eine empirische Untersuchung in Wien. WHO Gesunde Stadt.

THE AGING MALE (1998): Abstracts of the First World Congress on the Aging Male. Geneva, Switzerland, Feb. 5–8, 1998.

THE ARIC INVESTIGATORS (1990): ARIC (Atherosclerosis Risk in Community) Study.

THEODOROU, C.; MOUTZOURIS, G.; FLORATOS, D.; PLASTIRAS, D.; KATSIFOTIS, C.; MERTZIOTIS, N. (1998): Incontinence after surgery for benign prostatahypertrophy: The case for complex approach and treatment. Eur Urology 33, 370–375.

THOM, D. (1998): Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: Effects of differences in definition, population characteristics and study type. JAGS 46, 473–480.

TOPLAK, H. (1998): Einfluß der Fettverteilung auf das Risiko. Acta Med Austriaca 25, 131–132.

UHER, E.; SCHMEISER-RIEDER, A.; QUITTAN, M.; SCHUHFRIED, O. (1995): Einstellung und Wissen von Frauen zum Thema Harninkontinenz. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation. Wien.

URBAS, E. (1997): Gesundheitsverhalten und Gesundheitsvorsorge. In: Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997. Wien, 117–149.

VAN DER GULDEN, J. W. J.; KOLK, J. J.; VERBEEK, A. L. M. (1992): Prostate cancer and work environment. J Occup Environ Med 34, 402–409.

VAN DOORSLAER E.; WAGSTAFF, A.; BLEICHRODT, H.; CALONGE, S.; GERDTHAM, U-G.; GERFIN, M.; GEURTS, J.; GROSS, L.; HÄKKINEN, U.; LEU, R. E.; O´DONNELL, O.; PROPPER, C.; PUFFER, F.; RODRIGUEZ, M.; SUNDBERG, G.; WINKELHAKE, O. (1997): Income-related inequalities in health: Some international comparisons. J Health Econ 16, 93–112.

VAN WIJK, C. M. T. G.; KOLK, A. M.; VAN DER BOSCH, W. J. H. M.; VAN DEN HOOGEN, H. J. M. (1992): Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. Soc Sci Med 35, 5, 665–678.

VERBRUGGE, L. M. (1976): Females and illness: Recent trends in the USA. J Health Soc Behav 17, 387.

VERBRUGGE, L. M.; WINGARD, D. L. (1987): Sex differentials in health and mortality. Women Health 12, 103–145.

VERBRUGGE, L. M. (1988): Unveiling higher morbidity for men. In: Social structures and human lives. Vol. 1. (Riley, M. W.; Huber, B. J.; Hess, B. B.; Hrsg.). Sage, London, 138–160.

VERBRUGGE, L. M. (1989): The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav 30, 282.

WABREK, A. J.; BURCHELL, R. C. (1980): Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. Arch Sex Behav 9, 59.

WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L. (1977): Sex differences in the epidemiology of depression. Arch Gender Psychiatry 34, 98–111.

WESTENHÖFER, J. (1996): Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Eßverhaltens. Verlag Hogrefe, Göttingen, 62.

WETTSTEIN, A. (1991): Senile Demenz. Verlag Hans Huber, Bern.

WGKK (Wiener Gebietskrankenkasse) (1998): Krankenstände nach Alter, Geschlecht, Dauer und Ursachen. (WGKK, Öffentlichkeitsarbeit).

WHO (World Health Organization) (1992): Women and tobacco use: Patterns and trends. In: Women and Tobacco (World Health Organization; Hrsg.). Geneva, Switzerland, 3.

WHO (World Health Organization) (1995): World Health Forum 16, 343.

WHO (World Health Organization) (1997): The state of world health. In: The World Health Report 1997, 1–68.

WHO (World Health Organization) (1998): Gesundheit ein Leben lang. In: Der Weltgesundheitsbericht 1998, 63–114.

WHO (World Health Organization) (1998): Pressemitteilung. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, April 1998. EURO/03/98.

WHO (World Health Organization) EUROPE (1998): Social Determinants of health. The solid facts. (Wilkinson, R.; Marmot, M.; Hrsg.).

WIENER DROGENBERICHT 1996 (1997): Magistrat der Stadt Wien. Drogenkoordination der Stadt Wien; Hrsg. Wien 1997.

WIENER KREBSHILFE (1995): Krebs in Österreich – Wissensstand, Einstellung und Einflußfaktoren.

WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997 (1998): MA 15 – Gesundheitswesen der Stadt Wien; Hrsg. Wien 1998.

WILSON, W. F.; CULLETON, B. F. (1998): Epidemiology of cardiovascular disease in the United States. Am J Kidney Diseases 32, 5, Suppl 3, S56–S65.

WILSON, L. R. (1999): Depression ist in mehrfacher Hinsicht tödlich. Ärztewoche März 1999.

WIRTH, A. (1997): Adipositas. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, 38–53.

WOLFE, E. S.; WOLFE, W. W. (1997): Discussion of the controversies associated with prostate cancer screening. J R Soc Health 117, 3, 151–155.

YANCIK, R.; RIES, L. G. (1989): Caring for elderly cancer patients. Quality assurance considerations. Cancer 64, 335–341.

ZANK, S.; WILMS, H. U.; BALTES, M. M. (1997): Gesundheit und Alter. In: Gesundheitspsychologie (Schwarzer, R.; Hrsg.). Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 245–263.

ZICHELLA, L. (1993): Clinical management of the menopause. Int J Fertil 1, 38, 15–22.

ZICHELLA, L. (1996): Lifestyle and compliance with HRT. Eur J Menopause 3, 250–254.