

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 frequently during in-patient hospital stays of Viennese men in 1996 were cardiovascular illnesses (16.5 %), neoplastic diseases (16 %) and injuries/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 described their state of health as very good or good. A fifth of the city's male population suffers from chronic illness. 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, colon, the liver, the gall bladder and 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 partly 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 delayed 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 (1

Hauptdiagnose	stationäre Patienten
Krankheiten des Kreislaufsystems	31.635
Neoplasien	30.674
Verletzungen und Vergiftungen	17.507
Krankheiten der Verdauungsorgane	17.474
Krankheiten der Atmungsorgane	17.219
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	14.539
Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe	12.727
Krankheiten des Urogenitaltrakts	11.372
psychiatrische Krankheiten	10.955
infektiöse und parasitäre Krankheiten	7.270
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 außer bei Herzinsuffizienz und Katarakt. Bei diesen Diagnosen sind die über 70jährigen am stärksten 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	%	
chronische ischämische Herzkrankheiten (excl. Myokardinfarkt und Angina pectoris)	717	10,48	3711	54,2	2419	35,33	6887
Katarakt excl. kongenital	163	5,42	976	32,4	1873	62,2	3012
maligne Neoplasie der Trachea, Bronchien	300	10,6	1732	61,1	803	28,3	2835
Diabetes mellitus	601	21,5	1338	47,8	861	30,8	2800
Herzinsuffizienz	69	2,5	557	20,2	2.127	77,3	2.753
Arteriosklerose	295	10,8	1.343	49,0	1.106	40,3	2.744
Alkoholismus	1.752	66,9	803	30,6	66	2,5	2.621
Hernia inguinalis	865	33,5	1.095	42,4	623	24,12	2.583
maligne Neoplasie des Dickdarms	339	14,7	1.189	51,4	784	33,9	2.312
maligne Neoplasie des Rektums	173	8,8	1.123	57,0	673	34,2	1.969

Quelle: ÖSTAT, 1998; Spitalsentlassungsstatistik 1996

16,3 % der Krankenhausaufenthalte der österreichischen Männer werden durch Herz-Kreislauferkrankungen, 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 behandelte 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

90

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 Gelenkschmerzen 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 k
benserwartung zu tun (VERBRUGGE, 1976; 1988; 1989).

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

Es ist jedoch nach wie vor unklar, wie groß der Einfluß der einzelnen Faktoren (psycholog
ziologische und biologische Faktoren) auf den Gesundheitsunterschied zwischen Männern
en ist.

Man nimmt an, daß die Größe der Differenz im Gesundheitszustand ebenso wie die Leb
tung variiert, abhängig von der Gesellschaft, von ökonomischen und wirtschaftlichen Entw
sowie von sich ändernden kulturellen und religiösen Einflüssen auf die Einstellung zur Ges
rolle.

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

6.1.2.2 SERMO-Studie

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

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

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

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

Über die Hälfte der Männer litt im Erhebungsjahr (1995) unter körperlichen Beschwerden. D
sten Beschwerden betreffen Beschwerden des Bewegungsapparates (22,5 %), Schnupfen
Husten (13,5 %), Kopfschmerzen, Migräne (13,0 %), Schwäche und Müdigkeit (10,8 %
empfindlichkeit (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

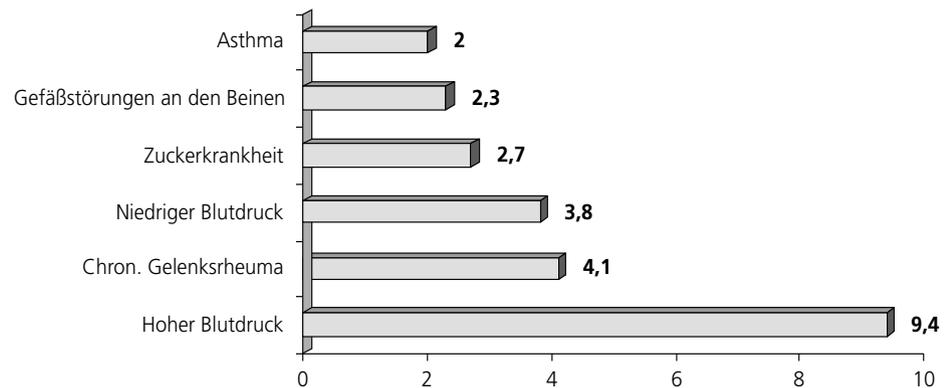
Tabelle 6.1.5: Die häufigsten Beschwerden der Männer in Wien, 1995

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 Selbstmord. Die übrigen Drittel 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 standardisierten Sterbeziffer von 764,7 Personen je 100.000 Lebenden. Von den insgesamt 80.790 Verstorbenen waren 37.268 Männer und 43.522 Frauen. Davon starben insgesamt 19.346 Personen in Wien, davon wiederum 8.169 Männer und 11.177 Frauen. Für das Bundesland Wien gibt es 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

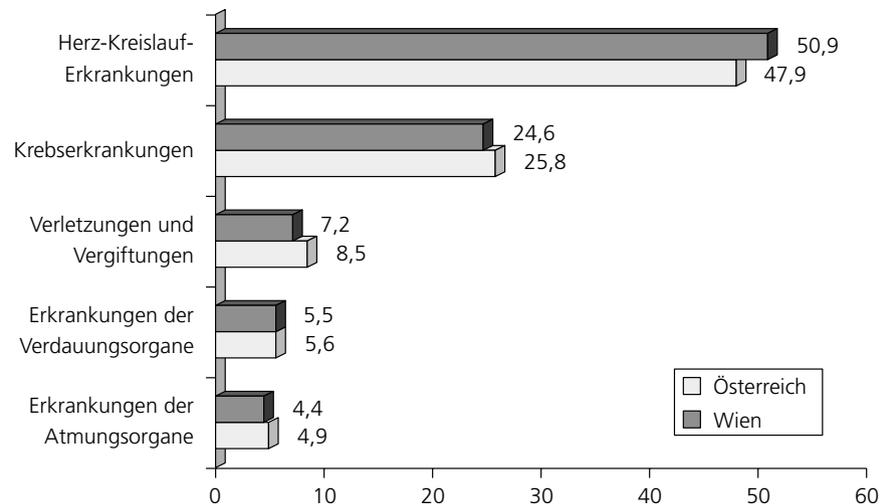
Todesursachen (ICD, 9. Revision)	Wien		Österreich	
	Todesfälle Anzahl	Anteil der Todesursachen %	Todesfälle Anzahl	Anteil der Todesursachen %
Alle (001–999)	8.169	100	37.268	100
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (390–459)	4.157	50,9	17.857	47,9
Bösartige Neubildungen (140–208)	2.011	24,6	9.614	25,8
Verletzungen 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 Mortalität bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei den bösartigen Neubildungen des Magens, des Darms, der Leber und der Gallenblase und -wege. Weiters war der Anteil der Vergiftungen bei den Wiener Männern 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)

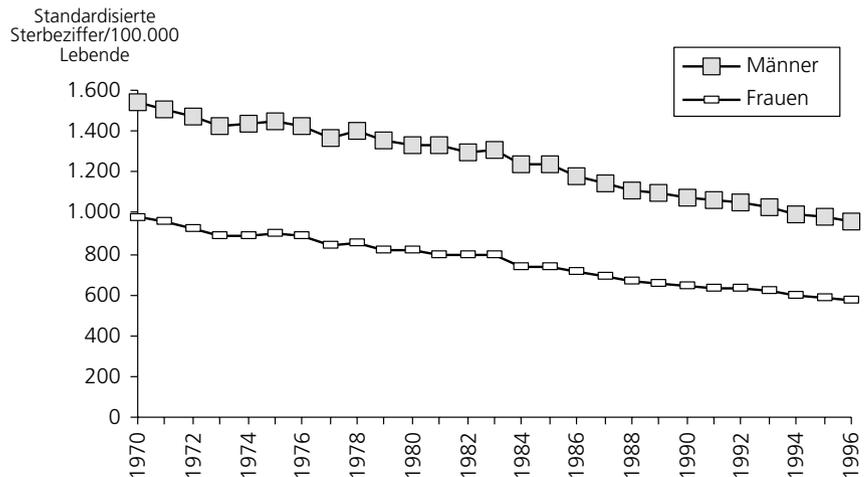


Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Der Rückgang der Gesamtmortalität seit den achtziger Jahren ist fast ausschließlich auf ein Zurückgehen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Bei näherer Betrachtung ist aber festzustellen, 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 Erhöhung der Mortalität durch folgende Krebserkrankungen: bösartige Neubildungen des Darms, des Magens, der Lunge, der Prostata, der Blase, der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse und Prostata. Weiters kam es zu einem Anstieg der Sterblichkeit aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und vor allem Diabetes mellitus.

Bei der Entwicklung der Mortalität in den letzten Jahren muß aber berücksichtigt werden, daß die Gliederung nach Todesursachen Revisionen der ICD-Klassifikationen gab. Ab 1980 wurden die Todesursachen nach der 9. Revision klassifiziert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Todesursachen aus den 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
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) sank das mittlere Sterbealter vor allem bei Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Beim Bronchuskarzinom ist das mittlere Sterbealter seit 1986 um 3 Jahre gesunken (Tab. 6.1.8).

Besonders niedrig ist das mittlere Sterbealter in Wien bei Verletzungen und Vergiftungen. Im Jahr 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 Verstorbene), 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. 6.1.10).

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

98

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 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, dementsprechend bei diesen Todesursachen die verlorenen Lebensjahre sehr hoch. Pro Kopf kam es 1996 in Wien bei den Männern zu einem Verlust von 51,3 Jahren bei Unfällen durch Verletzungen und von 39,3 Jahren bei Kraftfahrzeugunfällen. Seit 1986 kam es außer bei den Toten durch Vergiftung zu einer Zunahme der verlorenen Lebensjahre bei den Unfällen durch Sturz und Flammen, Ertrinken und Untergehen, aber auch bei den Selbstmorden und beim Mord (Tabelle 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 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 Myokardinfarktten 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.

100

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 den Todesfällen (%)
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 bis 1984 in den nachfolgenden Jahren deutlich gefallen. Insgesamt entsprechen die Raten in Österreich den 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	29,0

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 Prävalenzen 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).

102

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. 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 (ARIC INVESTIGATORS, 1990).

Um die tatsächlichen Ursachen der Mortalitätstrends analysieren zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen und Untersuchungen in bezug auf den Schweregrad der Erkrankungen und deren Zusammenhang im Bereich der Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit. Die Beobachtung der Mortalitätsstatistiken 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).

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; e. 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 Bericht der ÖSTAT zur Sterblichkeit in Österreich für etwa 35 % aller Todesfälle verantwortlich bzw. für etwa 35 % 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, ein Viertel höher als im Bundesdurchschnitt, bei Wiener Männern ist sie noch ungünstiger (+10 %).

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

Die Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten (ICD 410–414) ist in Österreich für mehr als 50 % aller Todesfälle aufgrund von Herzkrankheiten verantwortlich (56 %). Jährlich sterben etwa 29.000 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 Bundesdurchschnitt. Wiener Männer zeigen gegenüber dem Bundesdurchschnitt eine Übersterblichkeit von 20 % (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 Myokardinfarkt-toten 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

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 90 Jahre
essentielle Hypertonie	53	863	983	
akuter Myokardinfarkt	5	449	844	
and. akute ischäm. Herzkrankheiten	1	84	224	
alter Myokardinfarkt	2	170	220	
Angina pectoris	3	447	792	
and. chron. ischäm. Herzkrankheiten	6	2.454	4.314	
Herzinsuffizienz	4	212	2.339	
Verschuß präzerebraler Arterien	2	93	467	
Verschuß intrazerebraler Arterien	80	224	401	
zerebrale ischämische Attacke	7	180	847	
Arteriosklerose	12	908	1.794	
and. periphere Gefäßerkrankungen	5	63	41	
arterielle Embolie und Thrombose	4	68	134	

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 Schlaganfälle der Fall. In Österreich 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 22,9 %. Diese Reduktion war überproportional zur Gesamtmortalität (KUNZE et al., 1988).

Insgesamt starben 1996 43.089 Österreicher an zerebrovaskulären Erkrankungen. Das sind 13,3 % 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 gleich (ÖSTAT, 1998).

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

Bundesland	absolut	Todesfälle der Männer insgesamt
Niederösterreich	743	2.536
Steiermark	717	2.426
Wien	611	1.962
Oberösterreich	589	1.506
Kärnten	286	5.821
Tirol	239	5.967
Salzburg	216	1.160
Burgenland	153	7.721
Vorarlberg	133	8.169
gesamt	3.687	43.089

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

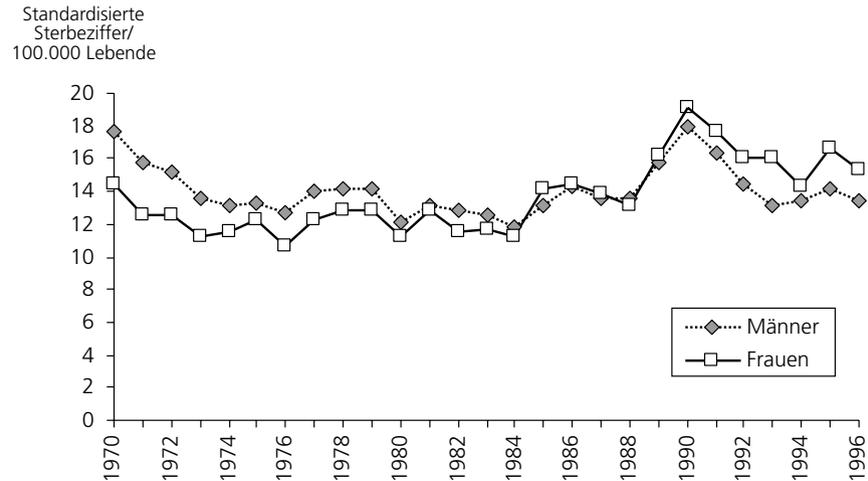
Diabetes mellitus, die Zuckerkrankheit, zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in den Wohlstandsländern. Laut WHO leiden weltweit 135 Millionen Menschen an Diabetes mellitus, und Schätzungen zufolge sollen im Jahr 2025 bereits 300 Millionen Menschen davon betroffen sein (WHO, 1997).

Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, 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 Sterblichkeit 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 4fache 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. So spricht die WHO vom Diabetes mellitus als Hauptgrund der männlichen Impotenz (WHO, 1997). Derzeitige Schätzungen sprechen von einer 30%igen Prävalenz der männlichen Diabetiker. Bis zum 30. Lebensjahr sind etwa 15 % betroffen, bis zum 34. Lebensjahr etwa 25 %, ab dem 35. Lebensjahr bereits etwa 55 % dieses Problem. Generell treten Erektionsstörungen bei Diabetikern wesentlich häufiger auf als bei Nicht-Diabetikern. Erektile Dysfunktion ist beim Diabetiker multifaktoriell bedingt und kann neben den zu zählen vaskulären Störungen, Beeinträchtigung der autonomen Nerven sowie hinzukommenden psychischen Faktoren.

Über die geschlechtsspezifische Verteilung des Diabetes gibt es für Wien bevölkerungsstatistische Daten im Rahmen einer Befragung aus dem Mikrozensus 1995 und aus der SERMO-Studie des Instituts für Sozialmedizin, die ebenfalls auf das Jahr 1995 Bezug nehmen. Bei der Betrachtung dieser Zahlen muß eine hohe Dunkelziffer berücksichtigt werden, genauso wie die Tatsache, dass 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 wären 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 Alter an. Sie liegt bei der Altersklasse der 31- bis 45jährigen bei 1,1 % und erreicht bei den 61jährigen 10,5 % (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997). Letztendlich sind 45 % der Diabetiker über 65 Jahre alt, und der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe beträgt lediglich ein Drittel der Gesamtzahl. Diese Situation spiegelt sich auch in der Todesursachenstatistik wider. Es sterben wesentlich mehr 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, Zigarettenraucher haben ein etwa zwei- bis dreifach höheres Risiko, zu erkranken, als Nichtraucher.

Summary

In Austria there were 2.2 % more cases in 1996 than in the year 1995. The most frequent cancers in males are prostate, lung and colorectal cancer. While the incidence of cancer of the prostate has been rising in a linear fashion since 1983, mortality has been declining since the 1980's. Over the age of 70 are most often affected by prostate cancer. Those most hospitalized by the illness are among 60 to 70-year-olds.

The proportion of Viennese men with lung cancer has been declining since 1993. Lung cancer mortality among Viennese males is 11 % higher than the Austrian average. Overall, the risk of dying of lung cancer in Austria is about five 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 bladder is 7 % in Austria. Vienna is the 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).

110

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).

VI. GESUNDHEITSTATUS

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

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

Krebslokalisierung	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 und 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.

112

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.

VI. GESUNDHEITSSTATUS

Das genetisch erhöhte Risiko zu identifizieren, ist jedoch aus verschiedenen Gründen schwierig. In den meisten Fällen werden nur wenige Prostatakarzinome vor dem 50. Lebensjahr diagnostiziert. Das durchschnittsalter der Patienten liegt zwischen dem 72. und 75. Lebensjahr. Der Diagnosezeitraum zwischen genetisch bedingten Fällen und sporadischen Fällen ist mit 5 bis 10 Jahren relativ groß. Außerdem werden nur selten Männer zweier Generationen aus einer Familie diagnostiziert, 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.

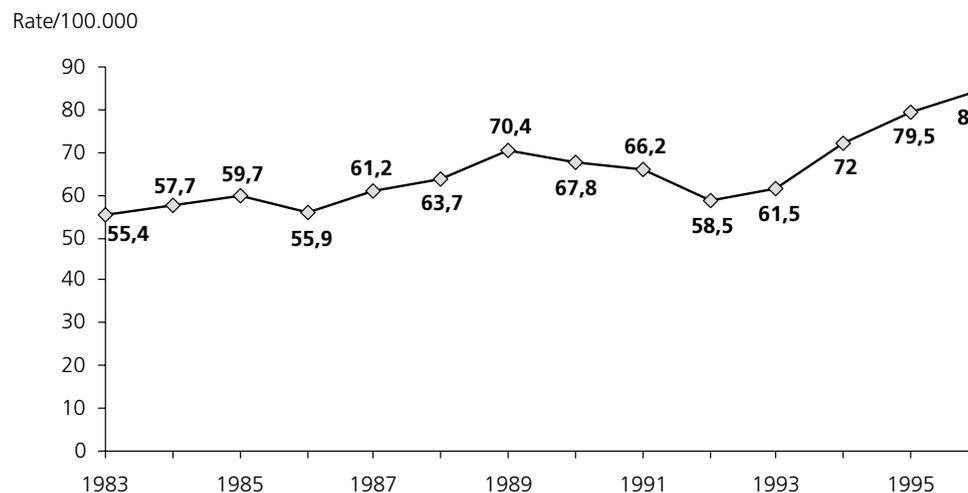
Das Lebenszeitrisko, unabhängig von genetischen Faktoren, beträgt insgesamt 10–15 % (in nordamerikanischen Studien). Ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom wird beschrieben bei Landwirten, Arbeitern in metallverarbeitenden Betrieben und Mechanikern (VAN DER GULDE, 1992). Jedoch sind die Risikofaktoren auch für diese Bereiche nicht bekannt. Bisher wurden verschiedene Risikofaktoren hoher Fettkonsum, Adipositas, Tabakkonsum, Cadmiumexposition und Hormontherapie 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 Risiko 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 erklären. Genetische und Umweltfaktoren werden für diese Unterschiede verantwortlich gemacht. Migrationsstudien haben gezeigt, daß Männer, die von Niedrigrisikoländern in Hochrisikoländer wandern, 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. Heute steht bei Männern das Prostatakarzinom an erster Stelle.

Die Inzidenz für das Prostatakarzinom zeigt seit 1983, bis auf geringe Schwankungen, eine deutliche Tendenz. So waren es 1985 55,4 auf 100.000 Einwohner, im Vergleich zu 79,5 im Jahr 1996. 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*

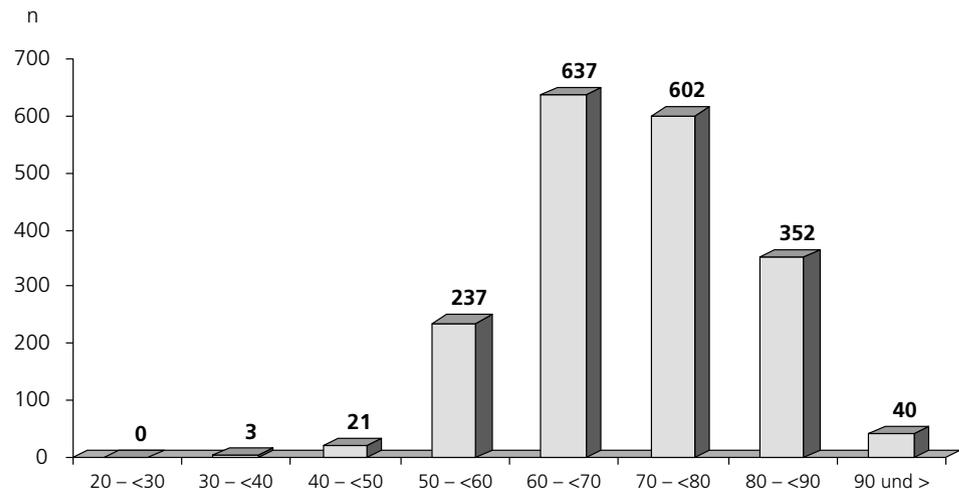


Quelle: ÖSTAT, 1998

* (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

114

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-

VI. GESUNDHEITSSTATUS

absetzt oder die Lebenserwartung erhöht (WOLFE et al., 1997), wie dies beim Mamma durch die Mammographie nachgewiesen wurde. Ein Prostatakarzinom-Screening könnte 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 (SCHEIN, 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 (ab dem 50. Lebensjahr)
- Kosten-Nutzen-Frage
- gesteigerte Angst der Männer vor dem Prostatakarzinom aufgrund von Öffentlichkeitskampagnen und das gesteigerte Fördern von Screenings seitens der Männer (nach MEN'S HEALTH, 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 Befund 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 weiterer Biopsie (HÖLTL, 1998).

6.1.8.2 Lungenkrebs

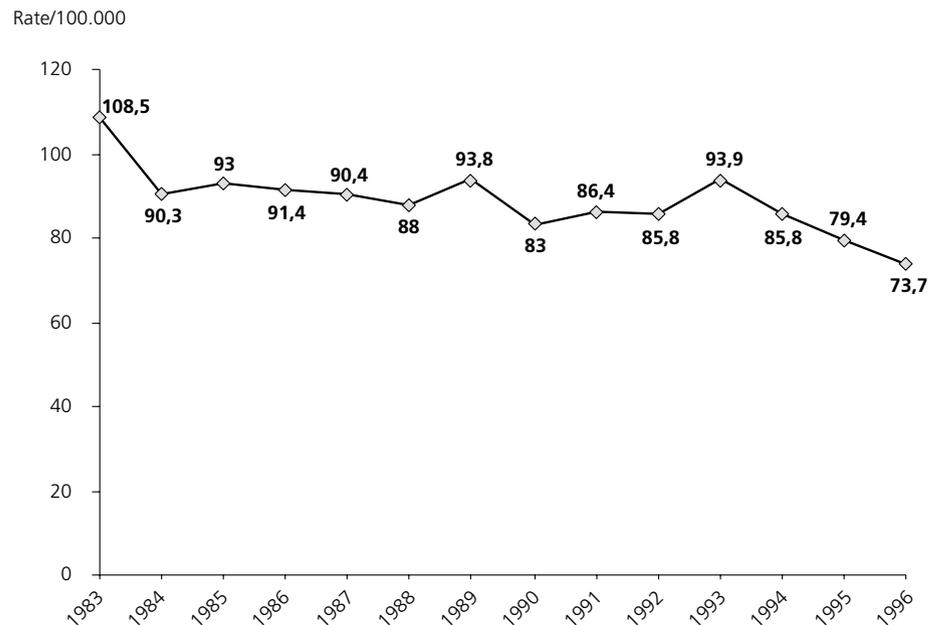
Der Anteil an den Krebstodesfällen aufgrund von Lungenkrebs beträgt etwa 17 %. In Österreich ist die Sterbeziffer aufgrund von Lungenkrebs bei Männern fünfmal höher als die der Frauen. Jährlich sterben etwa 3.200 Männer an Lungenkrebs.

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*)



116

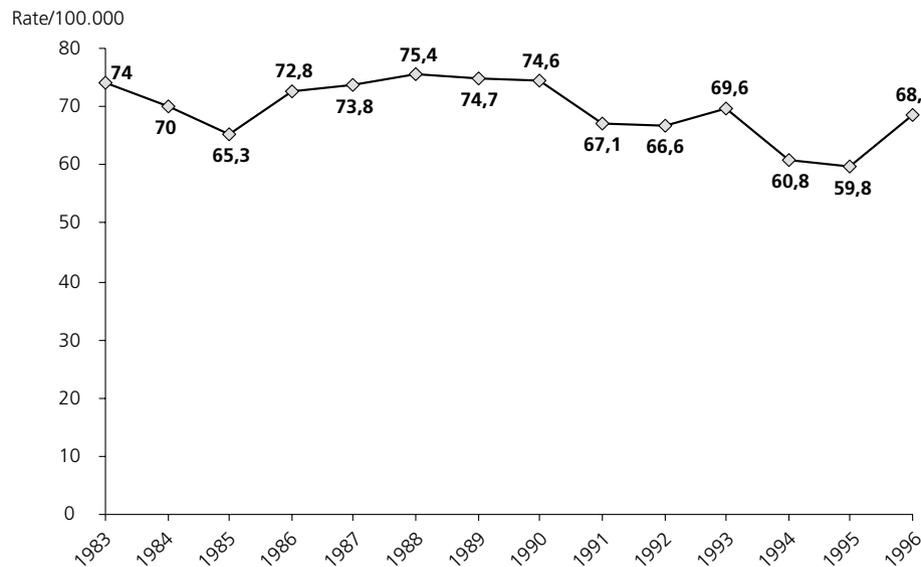
Quelle: ÖSTAT, 1998

*) 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 bei ein beinahe doppelt so hohes Risiko, an Darmkrebs zu sterben, als Frauen. In Wien liegen 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*)



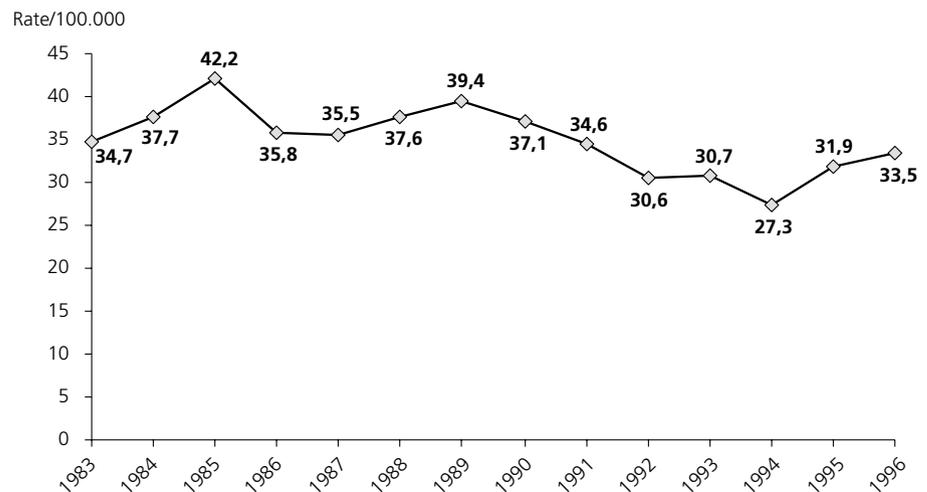
Quelle: ÖSTAT, 1998

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



118

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-

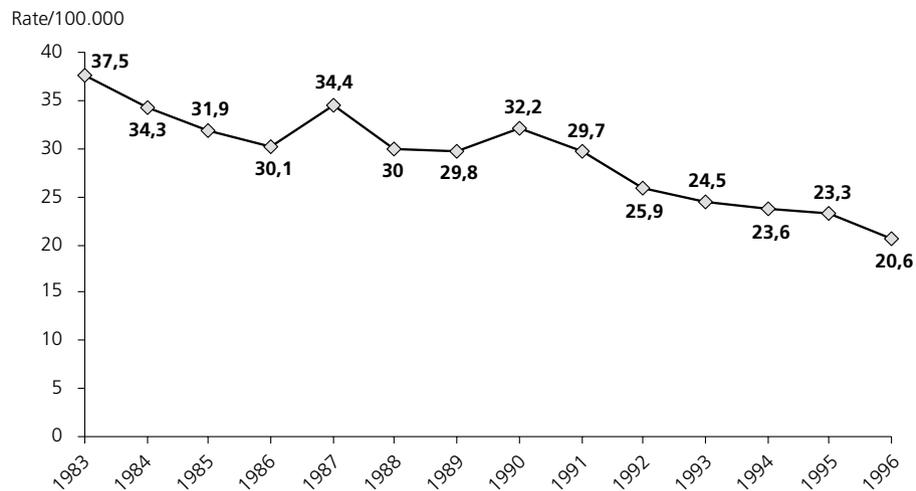
VI. GESUNDHEITSTATUS

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 über 65 Jahre (Männer 77 %, Frauen 85 %). Der Anteil der Magenkrebsfälle an den Todesursachen 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*)



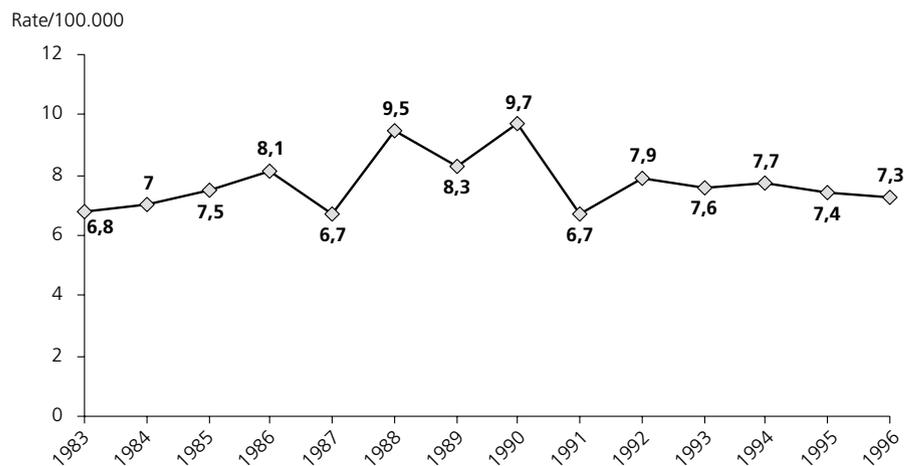
Quelle: ÖSTAT, 1998

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



120

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 berufsassoziertes, 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 vermeiden wären, d.h. es besteht ein enormes präventives Potential.

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

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

Aufgrund dieser und weiterer Beobachtungen postulieren die beiden Epidemiologen DOLL und TO, daß rund 35 % der Neoplasien durch die Ernährung bedingt und damit potentiell vermeidbar sind, 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, mäßig 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.

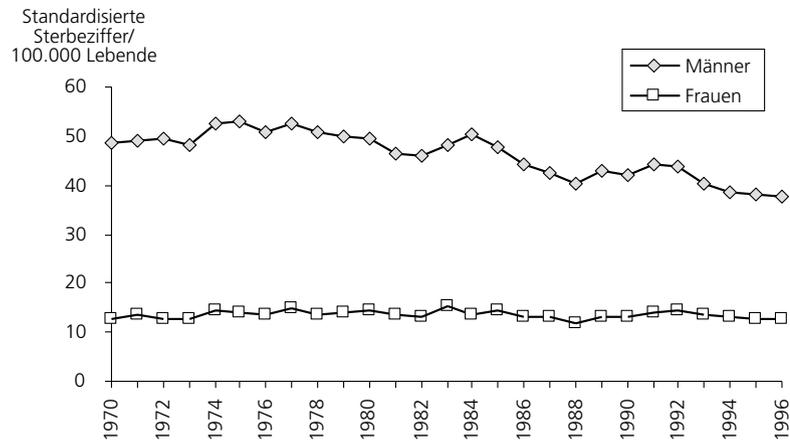
30 % aller bösartigen Tumore wären vermeidbar durch Tabakabstinenz, 3 % durch Alkoholabstinenz, jeweils 1 % durch zu hohe Sonnenlichtexposition, Vermeidung bekannter Arbeitsplatzkarzinogene, bekannter Karzinogene in Nahrung, Wasser und Luft, unnötige und ungewöhnliche Röntgenstrahlen sowie Röntgenstrahlen,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

Das gesundheitspolitische Ziel einer Verminderung der Todesfälle durch Krebs wurde in den Jahrzehnten in Österreich u.a. durch intensive gesundheitliche Aufklärung verfolgt. Zur Planung dieser Aufklärungsaktivitäten wurden Repräsentativerhebungen über den Informationsstand und die Einstellung zum Thema Krebs durchgeführt (1978, 1991, 1995), die im Vergleich Veränderungen im Wissensstand und Gesundheitsverhalten der Österreicher zum Thema Krebs aufzeigen. Gerade diese Erhebungen sind eine realitätsbezogenere Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch Krebs festzustellen. Die Ergebnisse der 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

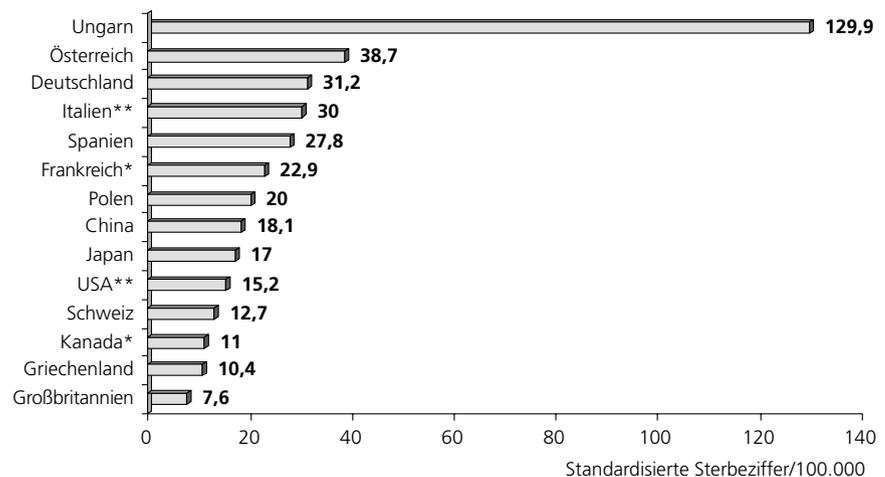


122

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

VI. GESUNDHEITSTATUS

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 Krankheitsfälle 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 lower life expectancy of men. The average age of death of male accident victims is 42.4 years. In Vienna mortality from motor vehicle accidents has fallen by 60% since 1981. The lowest mean age at death is observed for poisoning (31.9 years).

Männer haben ein allgemein höheres Unfallrisiko. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen sind 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
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 Männern sind Unfälle 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 2,5-mal 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).

124

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

VI. GESUNDHEITSTATUS

durch Suizid, Sturz, Feuer und Flammen, Ertrinken und Untergehen, nicht zuletzt auch bei 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 1996/1986
Kraftfahrzeugunfälle (E810–E825)	39,9	39,3	-1,5
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

Die Sterblichkeit bei KFZ-Unfällen hat sich bei Männern im Vergleich zu Gesamtösterreich um 60 % verringert und ist damit um ein Fünftel (22 %) niedriger als im Gesamtvergleich mit 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 Verkehrsunfälle 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 im Alter von 60 Jahren verantwortlich.

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

Im folgenden sind die häufigsten Frakturen/Verletzungen in Anlehnung an die Wiener Spitalstatistik 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
Fract. Gesichtsschädel	9	88	139	97	56	27	17	13	10
Fract. Radius/Ulna	90	120	57	80	68	80	34	22	18
Fract. Femurhals	5	5	9	31	63	88	97	184	280
Fract. Tibia/Fibula	21	109	95	153	125	115	59	22	13
Fract. Knöchel	0	50	103	102	98	113	65	31	10
Luxation Schulter	0	11	59	28	17	36	8	4	6
Luxation Knie	0	37	99	105	58	51	15	8	3
Verstauchung Knie	3	84	313	265	115	85	39	11	6
Verstauchung Fuß	0	75	133	83	42	26	16	5	5
Commotio Cerebri	321	249	268	269	196	202	115	108	64

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

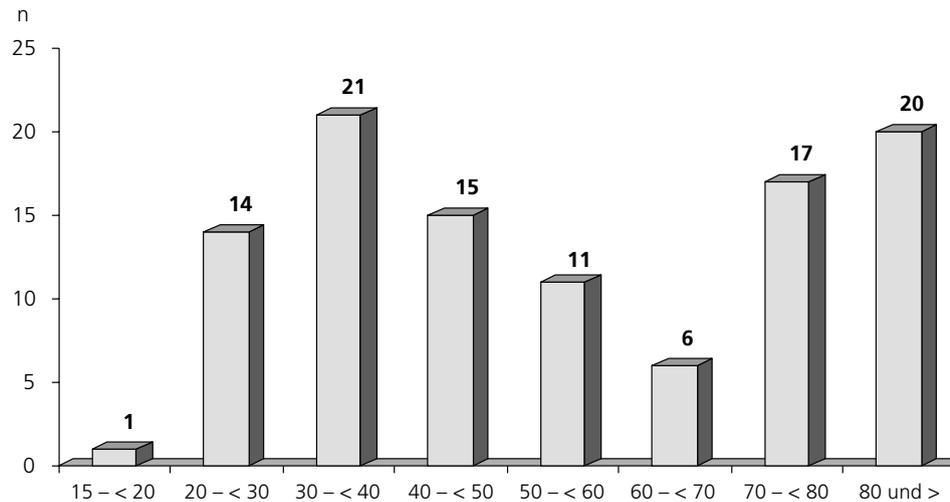
126

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 ausgedrückt. Suizidale Tode kommen bei Männern am häufigsten durch Erhängen, Erdrosseln und Erstickten, bei Frauen durch Vergiftungen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

Die Zahl der Suizidfälle steigt seit 1970 vor allem bei jungen Männern an. Die steigende Anzahl von Suiziden bei 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 Kontakten mit waffneten Auseinandersetzungen und dem HIV-Virus betroffen. Ob diese Faktoren eine Erklärung für den 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 zwischen diesen Faktoren wie psychologische Vulnerabilität oder andere Probleme, die aus Arbeitslosigkeit resultieren, angenommen.

Da Singles und Geschiedene eine höhere Suizidrate aufweisen als verheiratete Männer, so wird diskutiert, ob „Verheiratetsein“ eine gewisse Schutzfunktion in bezug auf Suizid zu haben. Allerdings wird diskutiert, ob nicht Männer, die zu einem Suizid neigen, eher unverheiratet bleiben oder 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-Infektion 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