

8 LIFESTYLE

Zusammenfassung

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

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

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

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

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

Summary

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

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

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

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

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

8.1 Gesundheitsvorsorge und Lebensstilmedizin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2 Nikotinabhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 8.2.1: Rauchverhalten der Männer in Wien

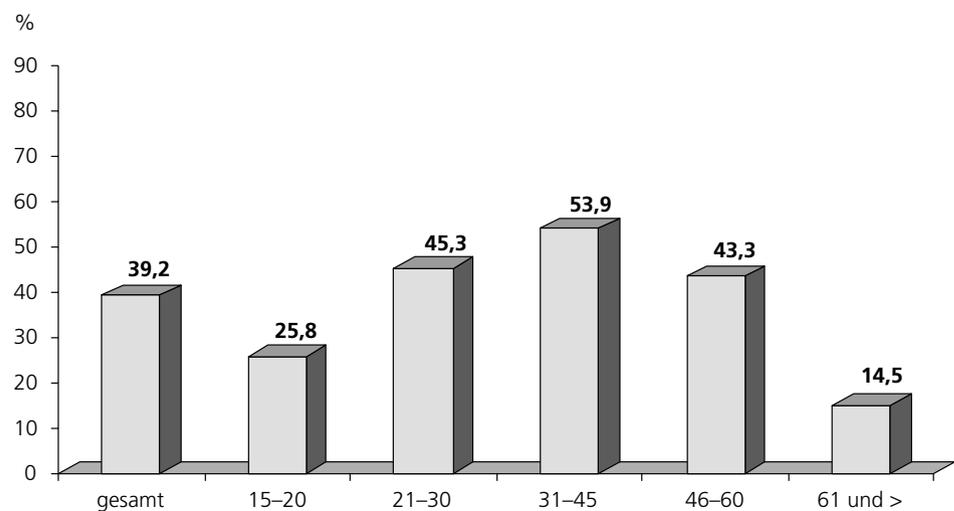
Rauchverhalten	in %
regelmäßige Raucher	39,2
gelegentliche Raucher	12,1
Nichtraucher	48,8

Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997

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

140

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



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997

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

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

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

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

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

8.2.1 Strategien zur Krankheitskontrolle – Ausblick

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

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

Es können folgende Empfehlungen für die Risikogruppe Männer definiert werden:

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

8.3 Ernährung und Körpergewicht

8.3.1 Übergewicht und Adipositas

Zur Definition des Körpergewichtes wird der Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg/m² durch Körpergröße in m zum Quadrat) herangezogen. Werte zwischen 18,0 und 24,9 sind normalgewichtig, Werte von 25,0 bis 29,9 als übergewichtig und über 30 als adipös.

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

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

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

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

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

8.3.2 Eßstörungen

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

142

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

8.3.2.1 Anorexia nervosa

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

8.3.2.2 Bulimia nervosa

Der Name Bulimie leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet übersetzt Ochsenhülle. In dieser Bezeichnung wird auch gleich Bezug zu den Hauptsymptomen genommen, dem häufigen und wiederholten Auftreten von Eßanfällen. Um die folgende Gewichtszunahme zu kompensieren greifen die Betroffenen in der Regel zu Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika oder selbst geführtem Erbrechen. Bulimia kommt beim Mann seltener vor als bei der Frau. Schätzungsweise liegt die Prävalenz belaufen sich auf 1 % bei Männern und 8 % bei Frauen (WESTENHÖFFER 1989). Der Anteil männlicher Patienten wird mit 3 bis 12,8 % angegeben (FICHTER UND HOFFMANN 1989). Männer sind zu Krankheitsbeginn älter, und die Erkrankung dauert gleich lange oder länger als bei Frauen (FICHTER UND HOFFMANN, 1989). Bulimia bleibt aufgrund des häufig normalem Körpergewichtes lange unerkannt und unbehandelt. Langzeitstudien liegen noch nicht vor, um für Männer keine Prognosen bezüglich dem Ausmaß der Folgeschäden gemacht werden (ELMADFA 1993).

8.3.2.3 Binge-eating-disorder

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

8.4 Bewegung

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

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

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

Quelle: Bässler, 1997

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

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

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

Quelle: MA 18, 1995

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

Tabelle 8.4.3: Freizeitprofile zwischen Wunsch und Wirklichkeit

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

Quelle: MA 18, 1995

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

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

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

Vermehrte Bewegung setzt eine ganze Kaskade von Veränderungen im Risikoprofil in Gang. Zum Beispiel kann durch vermehrte Bewegung u.a. langfristig Gewicht abgenommen werden, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte können verbessert werden, das HDL-Cholesterin erhöht, Streß abgebaut und risikoreiche Verhaltensweisen, die bei vermehrtem Streß besonders eingesetzt werden, können ebenfalls reduziert werden („Streß-Rauchen“, „Streß-Essen“) und somit steigt das Wohlbefinden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die zu erwartenden Benefits durch gesteigerte körperliche Bewegung sind als besonders wichtig zu schätzen.

8.3.2.2 Bulimia nervosa

Der Name Bulimie leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet übersetzt Ochsenhülle. In dieser Bezeichnung wird auch gleich Bezug zu den Hauptsymptomen genommen, dem häufigen und wiederholten Auftreten von Eßanfällen. Um die folgende Gewichtszunahme zu kompensieren greifen die Betroffenen in der Regel zu Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika oder selbst geführtem Erbrechen. Bulimia kommt beim Mann seltener vor als bei der Frau. Schätzungsweise jährlich der Prävalenz belaufen sich auf 1 % bei Männern und 8 % bei Frauen (WESTENHÖFFER 1989). Der Anteil männlicher Patienten wird mit 3 bis 12,8 % angegeben (FICHTER UND HOFFMANN 1989). Männer sind zu Krankheitsbeginn älter, und die Erkrankung dauert gleich lange oder länger als bei Frauen (FICHTER UND HOFFMANN, 1989). Bulimia bleibt aufgrund des häufig normalem Körpergewichtes lange unerkannt und unbehandelt. Langzeitstudien liegen noch nicht vor, um für Männer keine Prognosen bezüglich dem Ausmaß der Folgeschäden gemacht werden (ELMADFA 1993).

8.3.2.3 Binge-eating-disorder

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

8.4 Bewegung

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

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

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

Quelle: Bässler, 1997

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

8.5 Alkoholkonsum

Zusammenfassung

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

146

Summary

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

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

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

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

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

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

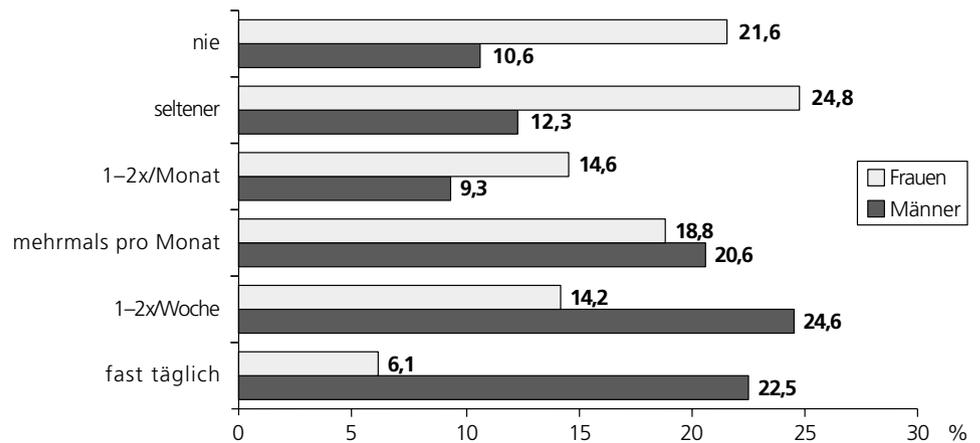
Todesfälle zurückgeführt (24 %). Insgesamt ist Alkohol die Ursache von 14 % des Unterschiedes der Gesamtsterblichkeit zwischen Arbeitern und Nichtarbeitern.

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

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

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

Für Wien ergab sich in bezug auf den Alkoholkonsum der Männer folgendes Bild aus der Studie (KUNZE et al., 1996; SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998): Unter der Wiener Bevölkerung geben 13,5 % an, fast täglich Alkohol zu trinken. Im Vergleich geben wesentliche Teile der männlichen Bevölkerung, nämlich 22,5%, an, täglich Alkohol zu trinken. Bei den Frauen sind dies nur 6,1 % der Wiener Bevölkerung trinken ein- bis zweimal pro Woche, über 50 % mehrmals im Monat, ein- bis zweimal pro Monat oder noch seltener. 16,4 % der befragten WienerInnen verzichten vollständig auf Alkohol. Bei den Männern sind nur halb so viele abstinent wie bei den Frauen, nämlich 11,2% im Vergleich zu 21,6 % (KUNZE et al., 1996; SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998) (Abb. 8.5.1).

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

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

8.6 Illegaler Drogenkonsum

148

Zusammenfassung

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

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

Summary

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

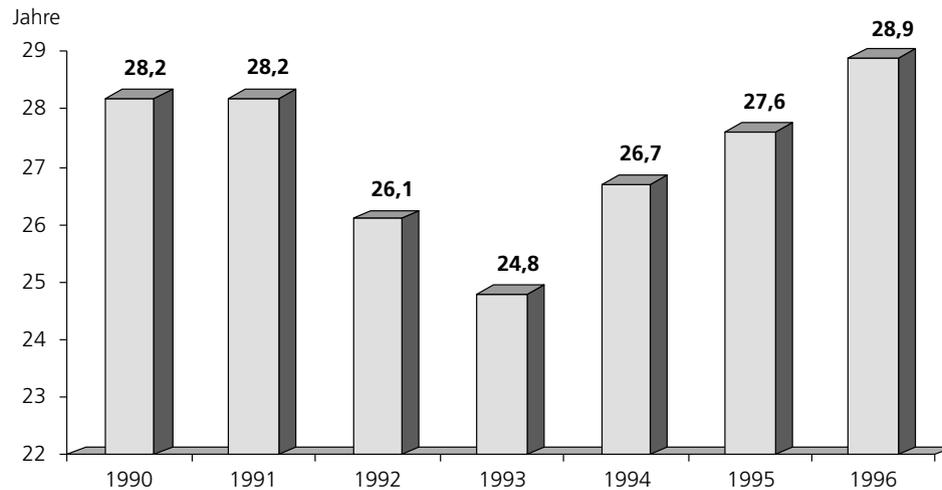
The number of drug deaths has generally declined since 1995, which is probably attributable to preventive interventions, social and medical support (drug substitution), and activities aimed at organized crime.

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

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

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

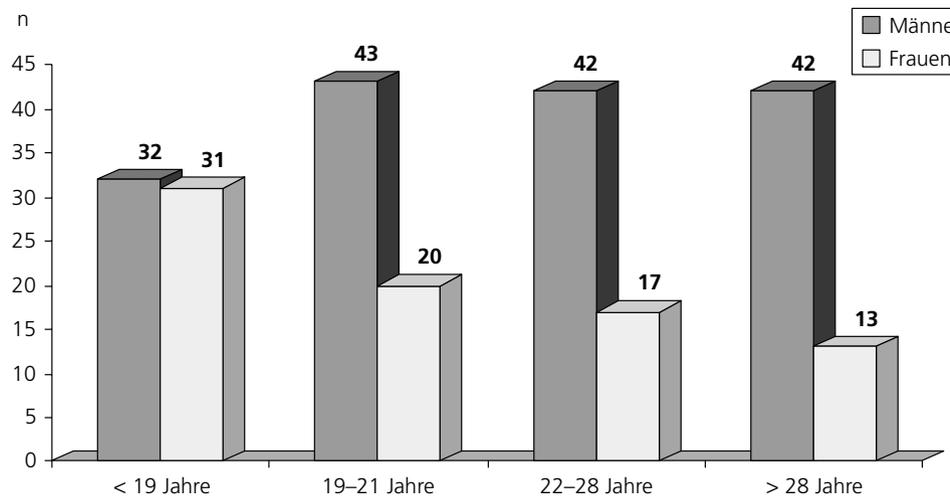
Abbildung 8.6.1: Alter der polizeilich registrierten Drogenopfer in Wien in den Jahren 1990 bis 1996 (Angaben in durchschnittlichem Alter in Jahren)



Quelle: Wiener Drogenbericht, 1996

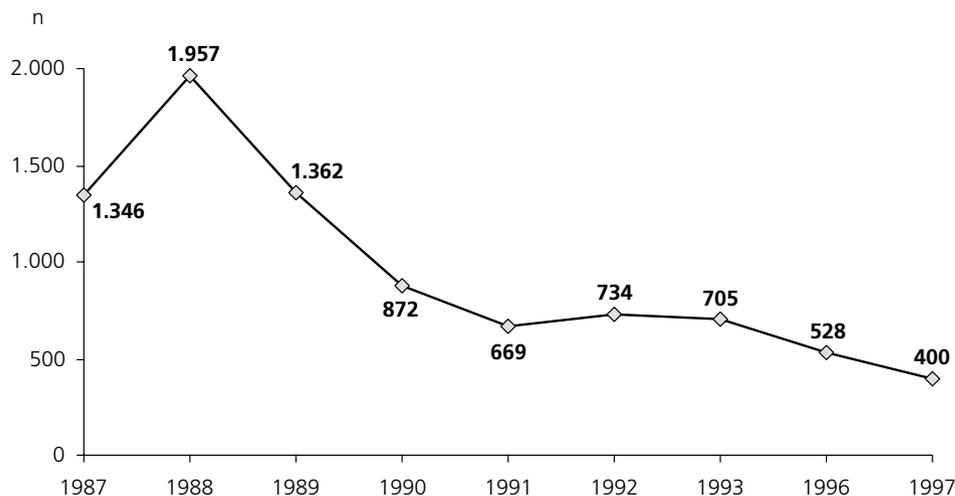
Eine Studie von SEIDLER et al. über Opiatnotfälle in Wien (Abb. 8.6.2) ergab, daß 52,5 % sorgten Personen jünger als 22 Jahre waren. 66,3 % der Drogenabhängigen, die notfallm sorgt wurden, waren Männer, 33,8 % waren Frauen. Die Unterschiede zwischen den Gesch werden auf unterschiedliches Konsumverhalten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

Abbildung 8.6.2: In Notfälle verwickelte Personen nach Geschlecht



Quelle: Seidler et al., 1996

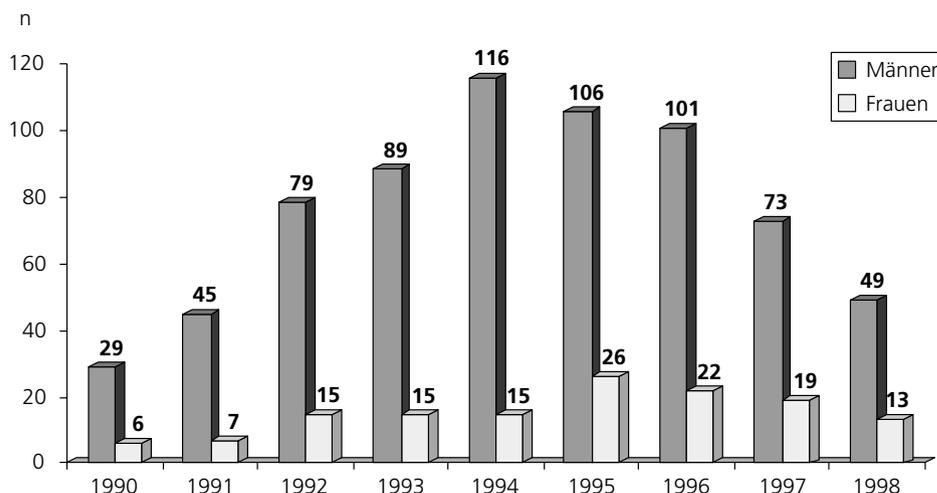
Die Anzahl der Einsatzfahrten der Wiener Rettung aufgrund von Drogen ist seit 1987 r Waren es im Jahr 1987 noch 1.346 Einsatzfahrten, sind es 1997 nur noch 400 pro Jahr (Ab

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

Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

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

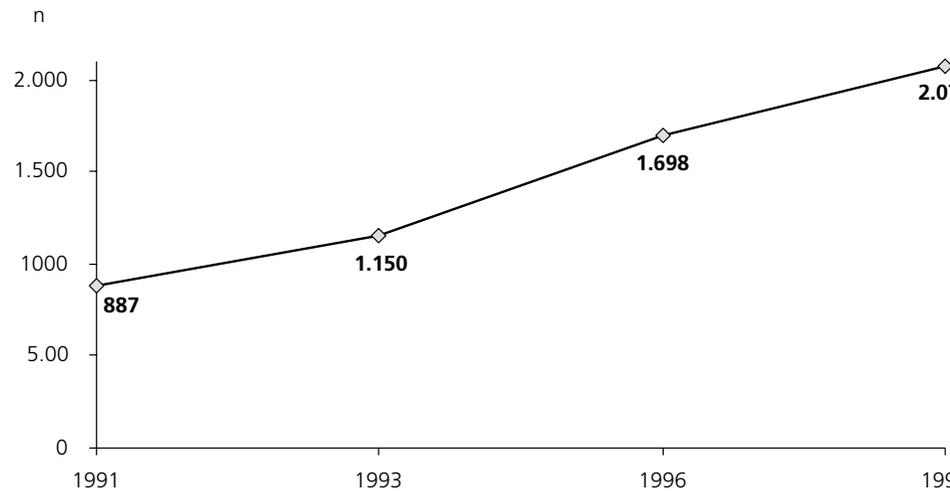
150

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

Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

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

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



Quelle: Büro des Drogenkoordinators der Stadt Wien, 1998

8.6.1 Drogenkonsum und seine möglichen Ursachen

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

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

8.6.2 Drogen und AIDS

Drogenabhängige sind mit 20 % Neuerkrankungen an AIDS nach wie vor eine wichtige Risikopopulation. Die Neuerkrankungen haben sich im Verhältnis zu anderen Risikopopulationen seit einiger Zeit stabilisiert. Etwa ein Viertel der Drogenabhängigen ist HIV-positiv bzw. an AIDS erkrankt (Österreichischer Drogenbericht 1996).

Auf diese Thematik wird im Kapitel 9.2.2 näher eingegangen.

8.7 Männerberatungsstellen

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

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

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

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

152

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

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

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

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

Kontaktadressen:

MÄNNERBERATUNG WIEN
Erlachgasse 95, 1100 Wien

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

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

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

MAGISTRAT DER STADT WIEN, Servicestelle für Selbsthilfegruppen

IX.
SEXUELLE GESUNDHEIT

SEXUAL HEALTH

IX. SEXUELLE GESUNDHEIT	155–168
9.1 SEXUELLE ORIENTIERUNG	157
9.2 GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND SEXUELLÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (STD)	158
9.2.1 DIE KLASSISCHEN GESCHLECHTSKRANKHEITEN	159
9.2.1.1 Prävalenz	159
9.2.1.2 Behandlung	160
9.2.2 HIV UND AIDS	161
9.2.2.1 AIDS	162
9.2.2.2 HIV-Infektionen	162
9.2.3 VIRALE HEPATITIDEN	164
9.2.4 HOSPITALISIERUNGEN	165
9.3 INFERTILITÄT, VERHÜTUNG, KLIMAKTERIUM VIRILE	166
9.4 BETREUUNG, BERATUNG, INFORMATIONEN	167