

10 SEELISCHE GESUNDHEIT

Eine Reihe von Studien hat den positiven Zusammenhang zwischen psychologischer Mä und psychischer Gesundheit nachgewiesen. Meist werden für solche Studien Rollenspiele (role inventory) oder Fragen zur persönlichen Attribution, die versuchen, positive Aspekte kulinität zu messen, verwendet. Weiters wurden Zusammenhänge zwischen emotionaler A losigkeit und seelischen Problemen gefunden. Männer, die ein „feminines“ Verhalten an d gen, wie z.B. sich selbst öffnen oder pflegende Berufe ausüben, werden als weniger männn sehen. Das kann zu Geschlechtsrollenkonflikten und einem verminderten Selbstbewußtse Es wird auch ein enger Zusammenhang zwischen Geschlechterrollenkonflikten sowie verm Selbstbewußtsein und Angst beschrieben.

Männer erleben eine höhere Anzahl von psychischen Störungen in der Kindheit. Unter Männ man auch den höheren Anteil an Mißbrauch von verschiedensten Substanzen, an sexuell ab dem Verhalten und an Problemen bezüglich Verhaltenskontrolle, wie z.B. Pyromanen, Narzi zoiden oder Soziopathen, und Männer begehen häufiger Selbstmord (MEN'S HEALTH REVIEW

10.1 Streß

Zusammenfassung

Etwas mehr als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet unter Streß. Bei Männern ist der Anteil höher als bei den Frauen (41,5 % vs. 29,9 %). Sie leiden besonders unter Streß im Beruf, wobei der Sozialstatus und die Möglichkeit einer Einflußnahme auf die Arbeitssituation große Bedeutung haben; weiters unter starkem Zeitdruck und unter körperlicher Belastung. Den größten Zeitaufwand für den Beruf geben die Selbständigen an (68 % arbeiten bis zu 60 Stunden pro Woche). Bei Überlastung reagieren berufstätige Männer zu einem großen Teil mit vermehrtem Konsum von Alkohol und Zigaretten sowie mit Überernährung. Die häufigsten gesundheitlichen Probleme, die im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung genannt werden, sind Verspannungen, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen.

Summary

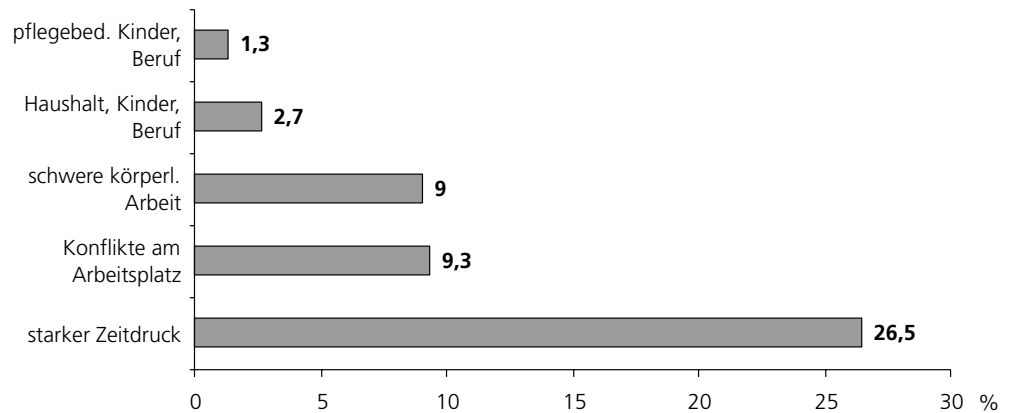
Somewhat over a third of the Vi population suffers from stress more frequently than women (41. 29.9 %). They are particularly sub stress at work; here, social status a possibility of control over the wo ation are of great importance. F they struggle with heavy time pr and physical strain. The self-em report the greatest amount o spent at their profession (68 % w to 60 hours per week). To a large men react to overwork with inc consumption of alcohol, cigarett food. The most frequent health lems named in connection with pressures are physical tension, ir ty, sleeplessness, and difficulty c trating.

10.1.1 Epidemiologie

In Wien leiden 35,1 % der Bevölkerung unter beruflichen und/oder privaten Belastung „Streß“. Der Anteil der Männer liegt mit 41,5 % höher als der der Frauen (29,9 %).

„Starker Zeitdruck“ ist die häufigste Streßsituation bei Männern. Aber auch „Konflikte am Arbeitsplatz“ und „schwere körperliche Belastung“ stellen Stressoren dar (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; FACT SHEETS, 1998) (Abb. 10.1.1).

Abbildung 10.1.1: Streßsituationen der männlichen Wiener Bevölkerung (Angaben in Prozent)



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

10.1.2 Seelische Belastung durch den Beruf

172

Streß am Arbeitsplatz spielt eine wesentliche Rolle für die Gesundheit, bei Krankenständen und frühzeitigem Tod. Die Arbeitssituation und die Möglichkeiten, selber Einfluß auf den eigenen Arbeitsbereich zu nehmen, sowie der Sozialstatus haben dabei wesentliche Bedeutung. Untersuchungen haben gezeigt, daß eine geringe Kontrolle über die eigene Arbeit das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rückenprobleme und Krankenstände erhöht. Soziologische und psychologische Umstände können Langzeit-Streß verursachen. Ständige Angst, Unsicherheit, geringes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, geringe Kontrolle über die eigene Arbeit und das Familienleben können sich im Laufe des Lebens als Streßfaktoren akkumulieren und zu Erkrankung und frühzeitigem Tod führen (WHO EUROPE, 1998).

Im Rahmen des WHO-Modellprojektes „Wien – Gesunde Stadt“ wurde von TEMMEL et al. die Streßbelastung der Wiener Bevölkerung durch Arbeit, Familie und Beruf untersucht. Im folgenden wird anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung die Situation der Männer in Wien anhand ihrer Arbeitsplatzverhältnisse erörtert (nach TEMMEL et al., 1993).

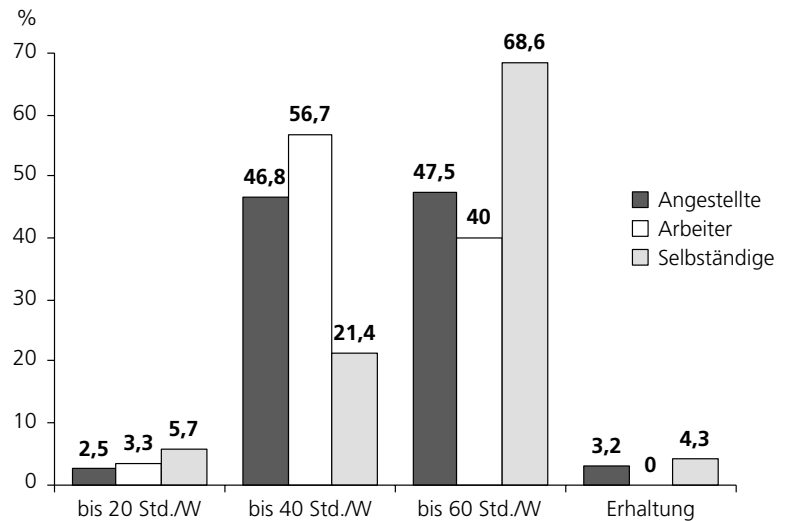
Die Stichprobe umfaßte insgesamt 1.250 Befragte, davon 44,1 % Männer (n = 552). Das Angestelltenverhältnis ist das häufigste Arbeitsverhältnis (51 % der befragten Männer). Bei den Angestellten und bei den Selbständigen sind die meisten Männer verheiratet (Angestellte: 57 %; Selbständige 51,4 %). Ledige Männer finden sich am häufigsten bei den Arbeitern (48,3 %), verheiratet sind hier 41,7 %. Der Prozentsatz der geschiedenen Männer ist im Vergleich der drei genannten Arbeitsverhältnisse etwa gleich (Selbständige und Angestellte 7,1 %; Arbeiter 8,3 %).

Vor allem die Kinderanzahl der Selbständigen unterscheidet sich von den beiden anderen Gruppen. Sie haben häufiger und mehr Kinder als Arbeiter und Angestellte. Arbeiter und Angestellte unterscheiden sich nicht in bezug auf Kinderlosigkeit (61,3 % bzw. 61,7 %). Arbeiter haben häufiger 1 oder 2 Kinder, jedoch selten mehr Kinder, Angestellte und Selbständige hingegen schon.

Abbildung 10.1.2 zeigt den Zeitaufwand der Männer für ihren Beruf. Selbständige geben den meisten Zeitaufwand für den Beruf an. Über 68 % wenden bis zu 60 Stunden pro Woche für ihre berufliche Tätigkeit auf, bei den Arbeitern und Angestellten liegt der Anteil unter 50 %.

X. SEELISCHE GESUNDHEIT

Abbildung 10.1.2: Zeitaufwand pro Woche (in Stunden) für den Beruf bei Männern (in Pr



Quelle: Temmel et al., 1993

Während sich bei den Selbständigen nur 28,6 % durch ihren Beruf ausgelastet fühlen, so bei den Arbeitern 41,7 % und bei den Angestellten 40,1 %. Selbständige sehen sich in ihrer Situation viel häufiger als wichtig und kompetent als Arbeiter und Angestellte. Selbständige am wenigsten unterfordert, Arbeiter am häufigsten (1,4 % vs. 5,9 % der Angestellten und 8,3 % der Arbeiter). Auf die Frage nach Überforderung gibt es kaum Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Arbeitsverhältnissen (5,9 % der Angestellten, 6,7 % der Arbeiter, 7,1 % der Selbständigen). Angestellte und Selbständige sind häufiger gehetzt als Arbeiter (14,8 % und 18,6 % vs. 8,3 % der Arbeiter) (Tab. 10.1.1).

Tabelle 10.1.1: Arbeitsgefühl bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis (Angaben in %)

Arbeitsgefühl	Angestellte	Arbeiter	Selbständige
Gut ausgelastet	40,1	41,7	28,6
Ernst genommen	15,1	18,3	11,4
Wichtig und kompetent	14,8	11,7	25,7
Unterfordert	5,9	8,3	1,4
Gehetzt	14,8	8,3	18,6
Überfordert	5,9	6,7	7,1
Sonstiges	2,1	0	4,3
Erhaltung	1,3	5,0	2,9

Quelle: Temmel et al., 1993

Das Arbeitstempo betrachten die Arbeiter und Angestellten einerseits als interessant und andererseits als entbehrlich. Arbeitsverantwortung wird überwiegend als positiv bewertet und deutet vor allem Motivation. Über 60 % der befragten Angestellten geben dies an, weiter 50 % der Arbeiter und 50 % der Selbständigen. Im Vergleich zu anderen fühlen sich jedoch die Selbständigen durch Arbeitsverantwortung etwas häufiger überfordert und möchten diese Verantwortung nicht mehr übernehmen, über 10 % beantworten zudem diese Frage nicht.

Die belastenden Faktoren am Arbeitsplatz sind besonders abhängig von den Arbeitsbedingungen. Künstlich beeinträchtigt vor allem Angestellte. Lärm ist ein Faktor, der besonders Arbeiter

Selbständige nennen am häufigsten Streit oder sonstige Faktoren bzw. macht ein Drittel dazu keine Angaben.

Die kollegiale Zusammenarbeit wird von jeweils einem Drittel der Arbeiter und einem Drittel der Angestellten als gegenseitig fördernd gesehen, von über 40 % als neutral. Etwa 5 % finden die kollegiale Zusammenarbeit als unangenehm, etwa 10 % als aufreibend (Arbeiter etwas häufiger als Angestellte).

In dieser Untersuchung wurde auch auf die Verhaltensänderung bei Überlastung eingegangen: Die Männer wurden zu ihrem Verhalten befragt, wenn sie Sorgen haben und/oder sich überfordert fühlen. Zu Beruhigungsmitteln wird am seltensten gegriffen. In bezug auf mehr rauchen, mehr essen und mehr Alkohol reagieren Angestellte häufiger mit mehr essen (20,1 %), Arbeiter mit mehr Alkohol und mehr rauchen (18,3 % und 20 %). Selbständige reagieren ähnlich wie Arbeiter in diesem Bezug, vor allem mit mehr Alkoholkonsum (17,1 %), am seltensten mit mehr rauchen. Insgesamt jedoch bewältigen 56,6 % der Arbeiter, 46 % der Angestellten und 39 % der Selbständigen Streß mit Alkohol, Rauchen oder Überernährung (Tab. 10.1.2).

Tabelle 10.1.2: Verhaltensänderung durch Überbelastung bei Männern (Angaben in Prozent)

Verhaltensänderung	Angestellte	Arbeiter	Selbständige
Mehr essen	20,1	18,3	12,9
Mehr rauchen	13,6	20,0	10,0
Mehr Alkohol trinken	12,3	18,3	17,1
Beruhigungsmedikamente	1,8	0	1,4
Andere Tätigkeiten	28,6	21,7	28,6
Sonstiges	9,2	21,7	10,0
Erhaltung	14,4	0	20,0

174

Quelle: Temmel et al., 1993

Etwa ein Viertel der Befragten denkt viel über finanzielle Sorgen nach, Selbständige am häufigsten. Diese leiden in 15 % der Fälle aus diesem Grund auch unter Angst und Schlaflosigkeit. Arbeiter haben am häufigsten einen Nebenjob (23,3 %). Ein hoher Prozentsatz der Selbständigen, Angestellten und Arbeiter beantwortet diese Frage nicht (31 %, 28,3 %, 27,1 %).

Die Erholung von der Arbeit findet vor allem durch Ablenkung und durch Musikhören statt. Angestellte und Selbständige geben doppelt so häufig „Lesen“ an wie Arbeiter. Entspannungstechniken werden in allen drei Gruppen am seltensten angewandt.

Die familiäre Belastung ist für 50 bis 60 % der Befragten gegeben; für Arbeiter vor allem durch räumliche Gegebenheiten. Ihr Familienleben als harmonisch sehen etwas mehr als ein Drittel der Befragten. Arbeiter finden im Familienleben am häufigsten Erholung (40 % vs. 33,8 % der Angestellten und 24,3 % der Selbständigen). Ihr Familienleben als negativ (eintönig oder nervenaufreibend) sehen 16 % der Angestellten, 15 % der Arbeiter und 19 % der Selbständigen).

In der nachfolgenden Tabelle sind die gesundheitlichen Beschwerden in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis aufgelistet (Tab. 10.1.3).

X. SEELISCHE GESUNDHEIT

Tabelle 10.1.3: Gesundheitsstörungen bei Männern im Vergleich zum Arbeitsverhältnis (Angaben in Prozent)

Beschwerden	Angestellte	Arbeiter	Selbstständige
Bluthochdruck	13,4	10,0	17,1
Herzbeschwerden	5,9	5,0	7,1
Magenbeschwerden	14,4	11,7	17,1
Gastritis	11,9	10,0	8,1
Verdauungsprobleme	6,7	10,0	10,1
Infektanfälligkeit	4,9	5,0	7,1
Verspannung	44,4	48,3	37,1
Kopfschmerzen	11,9	20,0	8,1
Konzentrationsstörung	15,1	23,3	22,9
Reizbarkeit	17,3	23,3	30,1
sexuelle Lustlosigkeit	4,9	10,0	10,1
Schlafstörungen	17,3	13,3	11,4

Quelle: Temmel et al., 1993

Männer aller drei Gruppen klagen am häufigsten über Verspannungen. Am zweithäufigsten bei Angestellten Reizbarkeit und Schlaflosigkeit vor, bei Arbeitern und Selbständigen Konzentrationsstörungen und Reizbarkeit. Bluthochdruck und Magenbeschwerden kommen bei Selbständigen häufiger vor als bei Angestellten und Arbeitern.

Insgesamt erleben Arbeiter, Angestellte und Selbständige etwas unterschiedliche Probleme, die mit ihrem Beruf zusammenhängen. Die Streßbewältigung erfolgt vielfach über Rauchen und Überernährung. Sie führt somit direkt zu einem erhöhten Herz-Kreislauf- und Krebsrisiko (TEMMELE et al., 1993).

Jedoch beeinflußt nicht nur das Arbeitsverhältnis das Streßerleben oder die Streßsituation am Arbeitsplatz, sondern auch die Sicherheit dieses Arbeitsplatzes. Die Job-Unsicherheit wirkt stark auf die psychische und physische Gesundheit aus. Es kommt zum Ansteigen von Depressionen, häufigkeit und Angstzuständen wie auch zu einer Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen; weiters sinkt die subjektive Befindlichkeit.

Wenn die Job-Unsicherheit anhält, so ist dies ein chronischer Stressor, dessen Effekt mit der Dauer dieses Zustandes zunimmt, wodurch es aber wiederum zu erhöhten Krankenstandszahlen und einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens kommt (WHO EUROPE, 1998).

10.2 Depression, psychische Krankheiten

Zusammenfassung

Depression als Krankheit tritt bei Männern halb so häufig auf wie bei Frauen. Sie ist eine Krankheit, die die gesellschaftliche Interaktion wie auch die Verrichtung der alltäglichen Arbeit stark beeinträchtigt. Die SERMO-Studie in Wien ergab, daß 2,2 % der Wiener an Niedergedrücktheit leiden. Die Tendenz dazu ist mit dem Alter steigend. Dabei zeigt sich auch ein Zusammenhang mit Bildung, Familiensituation, Einkommen etc. Zudem ist der Psychopharmakakonsum mit zunehmendem Alter stark steigend, wobei Männer einen um etwa drei Viertel geringeren Psychopharmakakonsum haben als Frauen.

Psychiatrische Krankheiten sind mit 2.714 Fällen (Männer 1.423 Fälle) die zweithäufigste Ursache für frühzeitigen Pensionsantritt. 1996 waren insgesamt 10.995 Männer aufgrund von psychiatrischen Krankheiten in stationärer Behandlung. Die häufigsten Krankheiten waren dabei schizophrene Psychosen, gefolgt von affektiven Psychosen sowie senilen und präsenilen Psychosen.

176

Summary

Depression is an illness which impairs social interaction as well as day-to-day work performance. The SERMO Study in Vienna revealed that, at any given point in time, 2.2 % of the Viennese suffer from despondency. The tendency to do so increases with age. There is an inverse relationship with education, family status, and income. Furthermore, the use of psychopharmaceuticals increases sharply with age, with men taking about a quarter of the medication that women take.

Psychiatric illness is the second most frequent reason for early retirement (a total of 2,714 cases in 1996, of whom 1,423 were men). In 1996 a total of 10,995 men received in-patient treatment for psychiatric illnesses. The most frequent of these illnesses were schizophrenic psychoses, followed by affective psychoses and senile and pre-senile psychoses.

10.2.1 Depression

10.2.1.1 Epidemiologie

In Österreich sind, laut Gesundheitsbericht für Wien, etwa 800.000 Personen von einer Depression betroffen (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997). Die Symptome der Krankheit sind oft mannigfaltig und werden bei Erwachsenen nach der dritten Revision des DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DMS-III-R; American Psychiatric Association) eingeteilt. Zu diesen Symptomen gehören: depressive Stimmungslage, vermindertes Interesse an den üblichen Aktivitäten, signifikante Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, psychomotorische Agitation, Zurückgezogenheit, Müdigkeit und Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwäche, Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche.

Die Depression ist meist auch noch von anderen Erkrankungen und Beschwerden begleitet, wie Ängstlichkeit, Soziopathien oder Drogenmißbrauch.

Personen mit mäßiger Depression (moderater Depression) sind gefährdet, in Zukunft eine schwere Depression zu entwickeln. Auch die moderate Depression geht mit einer gewissen Komorbidität ein-

her. Bei Erwachsenen sind das Beeinträchtigungen bei der Arbeit und in der gesellschaftlichen Aktion. Eine moderate Depression kann Monate oder sogar Jahre dauern und beeinträchtigt die Betroffenen deutlich (GIRGUS et al., 1992). Geringe bis moderate Depressionslevelen genügen keine eigenen DMS-III-Kriterien, müssen aber unbedingt beachtet werden (NOLEN-HOEKSEMA et al., 1994).

Die meisten schwer depressiven Menschen sterben an Krankheiten, die mit ihrer Depression verbunden sind. So sind wichtige Faktoren für das erhöhte Todesrisiko bei depressiven Menschen chronische körperliche Krankheiten, Rauchen, Alkoholmißbrauch, geringe Aufmerksamkeit selbst gegenüber in Zeiten starker Krankheitsausprägung, Selbstmord und Unfall. Wer wegen einer Depression in stationärer Behandlung ist und überdies noch eine körperliche Krankheit hat, verbleibt meist doppelt so lange in einer Klinik, als wenn er von einer Depression allein betroffen wäre (NOLEN-HOEKSEMA, 1999).

Das bemerkenswerteste an der Epidemiologie der Depression ist, daß Männer nur halb so häufig betroffen sind wie Frauen (WEISSMAN et al., 1977; NOLEN-HOEKSEMA, 1987). Dafür gibt es verschiedene Erklärungsversuche, jedoch kann keine vermutete Ursache als definitiv bezeichnet werden, da es immer noch zu wenige Studien dazu gibt. Die Depressionsforscher sind besonders an der Frage interessiert, ob bei moderater Depression und schwerer Depression die gleichen Faktoren zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden führen.

Vor dem Jugendlichenalter finden sich bei den Burschen häufiger Depressionssymptome. Zwischen dem 13. bis 14. Lebensjahr herum sind die Prävalenzraten der Depression bei den Mädchen höher als bei den Burschen.

NOLEN-HOEKSEMA et al. (1994) formulieren drei Erklärungsmodelle, welche Faktoren für den Geschlechtsunterschied in den Depressionsprävalenzraten bei den Mädchen ab dem Jugendlichenalter verantwortlich sind. Das erste Modell nimmt an, daß die Faktoren, die zu einer Depression führen können, bei Burschen und Mädchen die gleichen sind, jedoch bei Mädchen ab dem Jugendlichenalter häufiger vorkommen.

Ein zweites Modell beschreibt, daß die Faktoren unterschiedlich sind und daß jene, die für eine Depression beim weiblichen Geschlecht verantwortlich sind, im Jugendlichenalter gehäuft auftreten.

Das dritte Modell nimmt für den Geschlechtsunterschied in der Depressionshäufigkeit an, daß Mädchen bereits präpubertär vermehrt mit Risikofaktoren für eine Depression behaftet sind und daß Veränderungen im Jugendlichenalter zu Interaktionen mit diesen Risikofaktoren kommen, die bei Mädchen eher mit Depressionen reagieren. Im Jugendlichenalter kommt es zu persönlichen und sozialen Veränderungen. Zu den biologischen Veränderungen gehören die hormonellen Veränderungen und die Unzufriedenheit mit dem Körper. Letztere ist bei Mädchen besonders ausgeprägt, da es zu Gewichtszunahme und Zunahme des Fettanteiles kommt. Sie erleben ihren Körper in dieser Phase oft sehr negativ, während Burschen ihren Körper durch Größenwuchs, Muskelzunahme und Vermännlichung zunehmend positiv erleben.

Ohne Einfluß des Geschlechts gilt, daß depressive Phasen bei Jugendlichen auch das Risiko erhöhen, im Erwachsenenalter Depressionen zu entwickeln. Man nimmt zwei Gründe dafür an: Erstens ist die Depression mit der Performance verbunden. So können z.B. Chancen für die spätere Zukunft und die Bildung durch einen schlechten Schulabschluß zunichte gemacht werden, und dies führt wiederum zu weiteren depressiven Phasen. Zweitens beeinflusst eine depressive Stimmungslage die Entscheidung über negative Erinnerungen und negative Interpretation von Erlebnissen tragen dazu bei (BOWEN & BLANEY, 1986).

Grundsätzlich sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression geringes Selbstvertrauen, ein schlechtes Gefühl, wenig Kontrolle über wichtige Lebensereignisse zu haben, pessimistische Einschätzung der Zukunft oder Selbstansuldigungen für negative Lebensereignisse (FACT SHEET, 1994).

Bei der Diagnose Schlafstörungen werden vor allem Psycholeptika und Psychoanaleptika verschrieben. All diese Medikamente werden fast zu 70 % Frauen verordnet. Ebenso wie bei den Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika stehen im Falle einer Erkrankung des Zentralnervensystems zum weit überwiegenden Teil Frauen in Behandlung, insbesondere ältere Frauen ab 65 Jahren.

gesamt ist bei sämtlichen Verordnungen von Psychopharmaka eine grobe Aufteilung von etwa zwei Drittel Frauen und einem Drittel Männer zu beobachten (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997).

1991 führte das Institut für Sozialmedizin gemeinsam mit einer österreichischen Tageszeitung eine Gesundheitsbefragung durch. Ein umfangreicher Fragebogen zum Thema Gesundheit wurde einer Ausgabe dieser Tageszeitung beigelegt. Etwa 100.000 ausgefüllte Fragebögen zur Gesundheit wurden dem Institut für Sozialmedizin zugesandt. Die Auswertung einer Zufallsstichprobe ergab in bezug auf selbstberichtete seelische Verstimmung, daß 5,7 % der Befragten ständig unter seelischer Verstimmung leiden, 50 % zeitweise (RIEDER et al., 1992).

In Wien leiden 44,1 % der Männer ständig oder zeitweise an seelischer Verstimmung, in Gesamtösterreich sind es im Durchschnitt 40 % (SCHÖBERBERGER et al., 1995).

Psychosoziale Probleme stellen neben körperlichen Beschwerden ein weiteres wichtiges Merkmal für eine eingeschränkte Gesundheit dar. In der Schweiz untersuchte man im Rahmen der Gesundheitsbefragung IGIP/PROMES (1989) die Häufigkeit von psychosozialen Problemen, die folgende Umstände beinhalteten: Langeweile, Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein, Rastlosigkeit und Unruhe, Einsamkeit und Ferne zu anderen Menschen, Beunruhigung wegen Kritik durch andere Personen. Grundsätzlich wurde gefunden, daß je nach Alter und Geschlecht 10 bis 20 % der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung sehr häufig oder häufig zwei oder mehr der genannten psychosozialen Probleme bei sich wahrgenommen hatten. Anders als bei körperlichen Gesundheitsstörungen sind psychosoziale Probleme bei Männern in jüngeren Jahren eher häufiger. Bei den 20- bis 34jährigen liegt der Anteil mit mindestens einem psychosozialen Problem bei 39 %, bei den 65- bis 70jährigen trifft dies nur mehr knapp auf jeden vierten zu (23 %).

Bei Frauen fand sich in dieser Untersuchung kein eindeutiger Alterszusammenhang (NOACK et al., 1990) (Tab. 10.2.1).

178

Tabelle 10.2.1: Häufigkeit psychosozialer Probleme*) in den letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht

Alter	20–34 Jahre		35–49 Jahre		50–64 Jahre		64–74 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ein psychosoziales Problem, das häufig/sehr häufig auftritt	19	19	18	15	13	13	13	19
zwei und mehr psychosoziale Probleme, die häufig/sehr häufig auftreten	19	17	12	17	16	22	10	12

Quelle: Noack et al., 1990

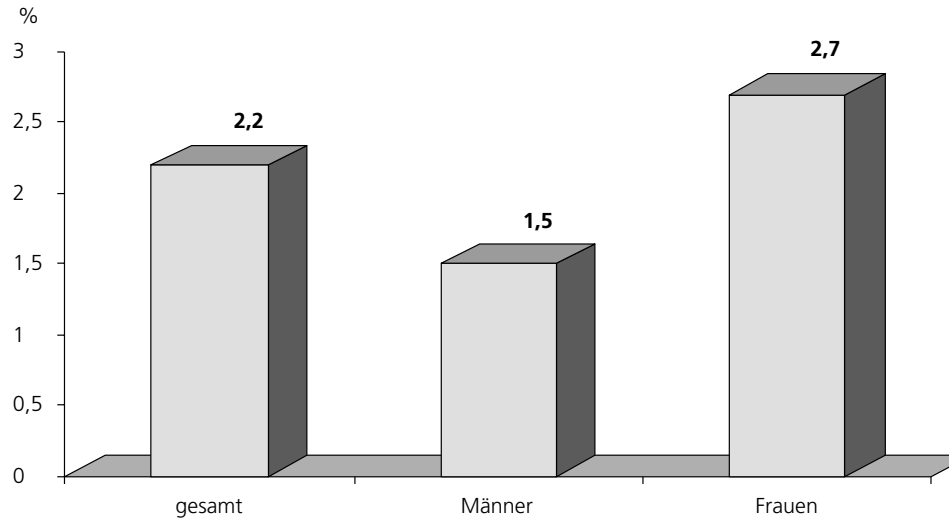
*) Prozentanteile der Befragten, die von einem bzw. zwei und mehr der folgenden Probleme häufig/sehr häufig betroffen waren: Langeweile, Niedergedrücktheit und Unglücklichsein, Rastlosigkeit und Unruhe, Einsamkeit und Ferne zu anderen Menschen, Beunruhigung wegen Kritik an anderen Personen.

Zwischen Bildung und psychosozialen Problemen fanden die Autoren einen deutlichen Zusammenhang. 41 % der Männer und 38 % der Frauen in der niedrigsten Bildungsschicht nennen solche Probleme gegenüber 31 % der Männer und 26 % der Frauen in der höchsten Bildungsschicht (NOACK et al., 1990).

Die SERMO-Studie zeigt, daß in Wien insgesamt 2,2 % der Befragten angeben, momentan unter Niedergedrücktheit (Depression) zu leiden (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997). Der Anteil bei den Männern ist niedriger als bei den Frauen (1,5 % vs. 2,7 %) (Punktprävalenz) (Abb. 10.2.1). Im Ver-

gleich dazu betrug die Einjahresprävalenz 1995 in Wien 5,9 %, mit 6,1 % der Frauen und 4,1 % der Männer.

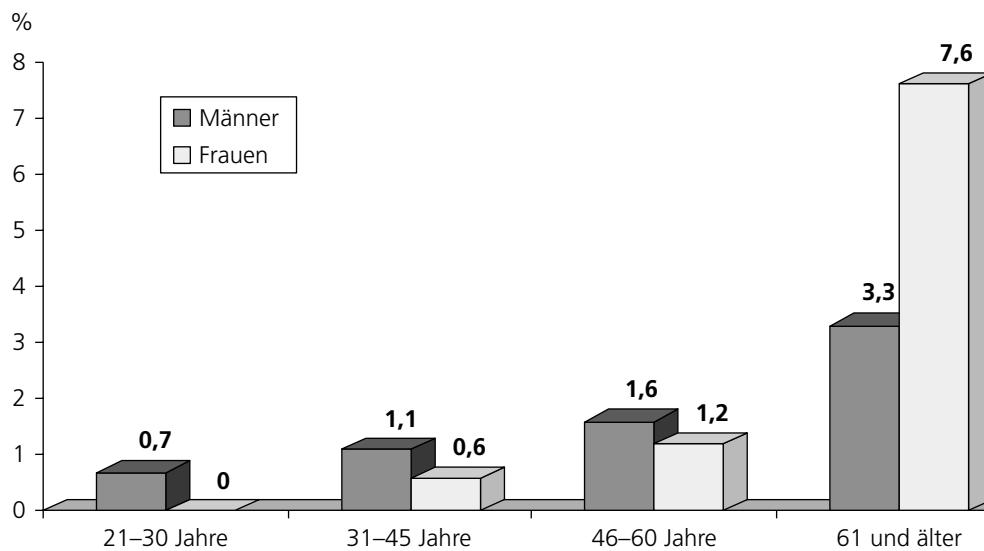
Abbildung 10.2.1: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Geschlecht in Wien, 1997



Quelle: Fact Sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, 1998

Ein interessanter Aspekt zeigt sich in den Altersgruppen, wenn man Männer und Frauen betrachtet. So leiden bis zu den 60jährigen nach eigenen Angaben etwas mehr Männer als Frauen an Niedergedrücktheit (Punktprävalenz) (Abb. 10.2.2) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Abbildung 10.2.2: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit nach Altersgruppen und Geschlecht in Wien, 1997



Quelle: Fact Sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, 1998

Die Periodenprävalenz für das Jahr 1995 folgt einem ähnlichen Muster. Der Anteil bei den 60jährigen ist bei den Frauen mit 11,5 % ebenfalls doppelt so groß wie bei den Männern mit 5,7 %.

Ein Zusammenhang bei Niedergedrücktheit (Depression) zeigt sich in erhöhten Prävalenzen anderer Beschwerden, wie Schlafstörungen, Nervosität oder Schwäche und Müdigkeit. So leiden von jenen Personen, welche momentane Niedergedrücktheit (Depressionen) angegeben haben, 30,8 % momentan an Schlafstörungen, 24,3 % momentan an Nervosität und 34,3 % an Schwäche und Müdigkeit. Im Vergleich dazu leiden in Wien insgesamt 8,1 % der Bevölkerung momentan an Schlafstörungen, 3,6 % an Nervosität und 6,2 % an Schwäche und Müdigkeit.

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim regelmäßigen Medikamentenkonsum. So nehmen 34,4 % der momentan an Niedergedrücktheit (Depressionen) Leidenden regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen (31,5 % Männer und 35,8 % Frauen; Wien insgesamt: 6,8 %), 31,7 % gegen Nervosität (32,9 % Männer und 31,1 % Frauen; Wien insgesamt: 2,6 %) und 24,2 % gegen Kopfschmerzen (31,5 % Männer und 20,9 % Frauen; Wien insgesamt: 8,0 %) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Aus dem Mikrozensus Gesundheit (1991) geht hervor, daß in Wien bei den Männern vor allem Verwitwete, Ledige und Geschiedene überdurchschnittlich häufig an einer depressiven Verstimmung leiden (12,3 % bei den männlichen Verwitweten, 9,7 % bei den ledigen und geschiedenen Männern) (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997).

10.2.1.2 Gesundheitspolitische Aspekte

Gesundheitsstörungen und psychosoziale Probleme sind besonders dann sozial und gesundheitspolitisch bedeutsam, wenn sie lange andauern und immer wieder auftreten. Die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden, ohne von einer Depression zu sprechen, sind wesentliche Elemente für die Bewältigung des Alltags und stellen ebenso wie körperliche Beschwerden eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine Behinderung des Alltags dar.

180

Auch in Wien sind geschlechtsspezifische Unterschiede anzutreffen. Die seelische Gesundheit der männlichen Bevölkerung ist bis zum 60. Lebensjahr häufiger eingeschränkt als bei den Frauen. Ab dem 60. Lebensjahr sind die Frauen doppelt so häufig von seelischen Beschwerden betroffen. Neben der Prävalenz der seelischen Verstimmung ergeben sich daraus Hinweise für die Betreuung und die Prävention dieser möglicherweise psychosozialen Beeinträchtigungen. Die Daten, verglichen mit jenen der Literatur, zeigen, daß die Depression als Krankheit eine andere Verteilung erlebt, als es mittels Gesundheitssurveys erhobene Daten darstellen. Die seelische Verstimmung, Niedergedrücktheit und, wie in der vergleichbaren Schweizer Studie, zusammengefaßte Symptomatik der psychosozialen Probleme betrifft damit in jüngeren Jahren häufiger Männer. Der Bildungsfaktor ist besonders zu berücksichtigen und beinhaltet viele Faktoren, wie Familiensituation, Arbeitssituation, Einkommen, soziale Akzeptiertheit etc., welche sich in der Prävalenz der psychosozialen Probleme und einer seelischen Verstimmung („Niedergedrücktheit“) äußern.

Das zielgruppenspezifische Ansprechen ist nicht nur geschlechtsspezifisch zu sehen, sondern sicherlich auch besonders altersbezogen. Die Zunahme der seelischen Verstimmung mit dem Alter bedarf einer eingehenden Untersuchung. Es kommen eine Reihe von Faktoren für diesen Anstieg in der Prävalenz zum Tragen. Einerseits ist die körperliche Beeinträchtigung vielfach auch mit einer seelischen Belastung verbunden, andererseits kommen soziale Faktoren, wie Einsamkeit und geringes Einkommen im Alter, auch besonders zum Tragen (FACT SHEETS, 1998).

10.2.1.3 Prävention

Für die Prävention psychosozialer Probleme bedarf es sicherlich noch einer eingehenden Forschung, für die sich aus Gesundheitssurveys lediglich Hinweise ergeben können. Die unterschiedlichen Prävalenzangaben aus Gesundheitssurveys sind immer abhängig von der Fragestellung. Die möglicherweise als gering angesehene Prävalenz in Wien ist von der Fragestellung in der SERMO-Studie abhängig und sicher auch davon, daß die Befragten aufgrund des umfangreichen Fragenkataloges nicht im speziellen auf die Antworten zur psychischen Gesundheit eingestellt waren, welches den Vorteil hat, positive Antworten dadurch nicht unmittelbar zu induzieren.

Für Wien stellt sich auch die Frage nach bezirksbezogenem Vorgehen, da sich psychosoziale Problematik sowie gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmenstrategien von der Bevölkerungszusammensetzung innerhalb Wiens unterscheiden und nach den Bedürfnissen orientieren werden müssen.

Die Wechselwirkung psychosozialer Beeinträchtigungen und körperlicher Beeinträchtigungen stellt auch für die Gesundheitsförderung wesentliche Aspekte. Die Förderung der körperlichen Gesundheit hat wesentlichen Einfluß auf die seelische Gesundheit. Die Erreichung der Ziele der Gesundheitsförderungsmaßnahmen tragen dazu bei, die Prävalenz psychischer Beschwerden zu senken. Dieser Aspekt ist besonders interessant für die Prävention der Häufung von psychosozialen Problemen und seelischen Verstimmungen mit zunehmendem Alter. Der Einfluß auf die Inzidenz von Altersdepressionen sollte ebenfalls Gegenstand von Untersuchungen sein (FACT SHEETS, 1999).

10.2.1.4 Ökonomische Aspekte

Psychopharmaka stehen mit 6,6 % an fünfter Stelle der am häufigsten in Anspruch genommene Medikamente. Im Jahr 1997 übernahmen die Krankenkassen die Kosten für beinahe 92 Millionen Arzneimittelpackungen. Hierfür haben die Krankenversicherungsträger 16,7 Milliarden Schilling aufgewendet (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1999). Die Prävalenz steigend. Bei den OTC-Präparaten (ohne Verschreibung in Apotheken abgegeben) beträgt der Anteil von Beruhigungs- und Schlafmitteln 2,4 % (IMS, 1994). Die Mikrozensusdaten zum Medikamentenkonsum der Österreicher beinhalten keine Informationen zu Psychopharmaka im engeren Sinn, jedoch Angaben zu Schlafmitteln und Medikamenten gegen Nervosität, die von etwa 10 % der Bevölkerung konsumiert werden. Mit zunehmendem Alter steigt der Konsum aller Medikamente, besonders auch der Schlafmittel (ÖSTAT, 1994). Ab dem 50. Lebensjahr nehmen Frauen vermehrt häufig Schlafmittel (rezeptpflichtig) wie Männer (SCHMEISER-RIEDER et al., 1995).

10.2.2 Psychische Krankheiten

1996 waren in Österreich psychische Krankheiten verantwortlich für 34.840 Krankenscheine (Männer 15.583 Fälle, Frauen 19.257 Fälle). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer betrug 107 Tage, worin sich Männer und Frauen nicht unterschieden (bei Arbeitern und Angestellten). Die Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit sind psychiatrische Krankheiten mit 2.714 Fällen (Männer 1.423, Frauen 1.291) an zweiter Stelle zu finden (nach Erkrankungen des Bewegungsapparates) (ÖSTAT, 1998).

Wie aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 hervorgeht, waren die Hauptentlassungsdiagnosen bei psychischen Störungen bei Männern schizophrene Psychosen, gefolgt von affektiven Psychosen und senilen/präsenilen Psychosen (Tab. 10.3.1). Ein weiterer großer Teil der psychischen Störungen stand im Zusammenhang mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch (ÖSTAT, 1999).

Tabelle 10.3.1: Psychiatrische Krankheiten als Ursache für stationären Krankenhausaufenthalt von in Wien wohnhaften Männern, 1996

Krankheiten	absolut	in %
schizophrene Psychosen	1.227	37,2
affektive Psychosen	432	13,1
senile und präsenile organische Psychosen	427	13,0
Neurosen	272	8,3
Alkoholpsychosen	242	7,3
Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)	216	6,6
andere nichtorganische Psychosen	135	4,1
Drogenpsychosen	125	3,8
vorübergehende organische Psychosen	90	2,7
paranoide Syndrome	71	2,2
andere (chronisch) organische Psychosen	27	0,8
sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	18	0,6
typische Psychosen des Kindesalters	14	0,4

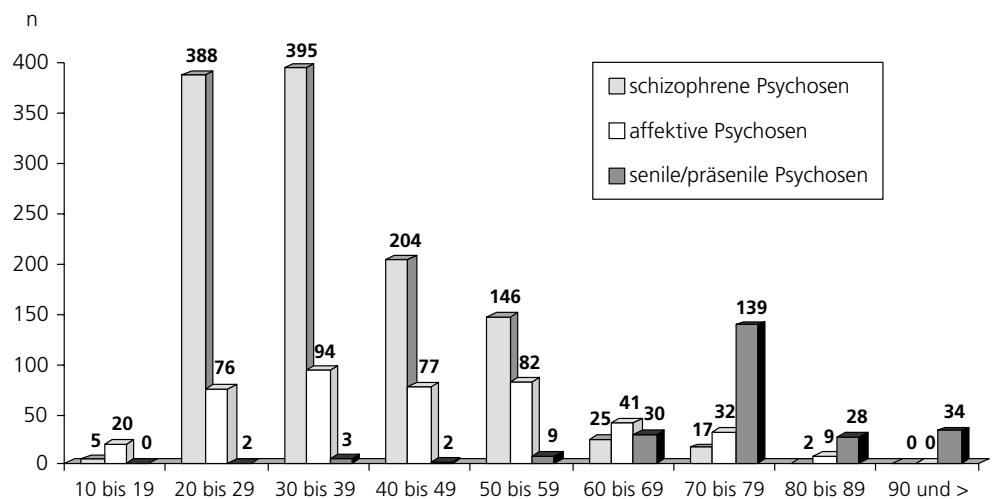
Quelle: ÖSTAT, 1998; Spitalsentlassungsstatistik, 1996

Insgesamt waren in Wien 1996 10.995 Männer aufgrund von psychiatrischen Krankheiten – mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 41,2 Tagen – in stationärer Behandlung (ÖSTAT, 1998).

182

Schizophrene Psychosen kommen – wie auch affektive Psychosen – am häufigsten bei den 30- bis 39jährigen vor, die senilen und präsenilen Psychosen findet man als Ursache eines Krankenhausaufenthaltes am häufigsten bei den 80- bis 89jährigen (Abb. 10.3.1.).

Abbildung 10.3.1: Die drei häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach Alter, 1996 (Männer in Wien)



Quelle: ÖSTAT, 1998; Spitalsentlassungsstatistik, 1996

In Gesamtösterreich ist bei Männern die Alkoholkrankheit als psychische Krankheit der Einweisungsgrund (Tab. 10.3.2).

Tabelle 10.3.2: Stationär behandelte Männer aufgrund psychiatrischer Krankheiten in Gesamtösterreich

Krankheit	absolut	
Alkoholabhängigkeit	12.297	
schizophrene Psychosen	5.416	
sonstige Psychosen	4.006	
affektive Psychosen	2.721	
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen	2.363	
Medikamentenabhängigkeit	1.996	
senile/präsenile Psychosen	1.929	
funktionelle Störungen psychiatrischen Ursprungs	1.004	
Schwachsinn	722	
insgesamt psychiatrische Krankheiten	43.901	1

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

XI.
GESUNDHEITSVERSORGUNG
HEALTHCARE PROVISION

XI. GESUNDHEITSVERSORGUNG	185–190
11.1 GESCHLECHTSDIFFERENZEN IN DER INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS	187
11.2 INANSPRUCHNAHME DER VORSORGEUNTERSUCHUNG DER MÄNNLICHEN WIENER BEVÖLKERUNG	189

Für Wien stellt sich auch die Frage nach bezirksbezogenem Vorgehen, da sich psychosoziale Problematik sowie gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmenstrategien von der Bevölkerungszusammensetzung innerhalb Wiens unterscheiden und nach den Bedürfnissen orientieren werden müssen.

Die Wechselwirkung psychosozialer Beeinträchtigungen und körperlicher Beeinträchtigungen stellt auch für die Gesundheitsförderung wesentliche Aspekte dar. Die Förderung der körperlichen Gesundheit hat wesentlichen Einfluß auf die seelische Gesundheit. Die Erreichung der Ziele der Gesundheitsförderungsmaßnahmen tragen dazu bei, die Prävalenz psychischer Beschwerden zu senken. Dieser Aspekt ist besonders interessant für die Prävention der Häufung von psychosozialen Problemen und seelischen Verstimmungen mit zunehmendem Alter. Der Einfluß auf die Inzidenz von Altersdepressionen sollte ebenfalls Gegenstand von Untersuchungen sein (FACT SHEETS, 1999).

10.2.1.4 Ökonomische Aspekte

Psychopharmaka stehen mit 6,6 % an fünfter Stelle der am häufigsten in Anspruch genommene Medikamente. Im Jahr 1997 übernahmen die Krankenkassen die Kosten für beinahe 92 Millionen Arzneimittelpackungen. Hierfür haben die Krankenversicherungsträger 16,7 Milliarden Schilling aufgewendet (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1999). Die Prävalenz steigt. Bei den OTC-Präparaten (ohne Verschreibung in Apotheken abgegeben) beträgt der Anteil von Beruhigungs- und Schlafmitteln 2,4 % (IMS, 1994). Die Mikrozensusdaten zum Medikamentenkonsum der Österreicher beinhalten keine Informationen zu Psychopharmaka im engeren Sinn, jedoch Angaben zu Schlafmitteln und Medikamenten gegen Nervosität, die von etwa 10 % der Bevölkerung konsumiert werden. Mit zunehmendem Alter steigt der Konsum aller Medikamente, besonders auch der Schlafmittel (ÖSTAT, 1994). Ab dem 50. Lebensjahr nehmen Frauen vermehrt häufig Schlafmittel (rezeptpflichtig) wie Männer (SCHMEISER-RIEDER et al., 1995).

10.2.2 Psychische Krankheiten

1996 waren in Österreich psychische Krankheiten verantwortlich für 34.840 Krankenscheine (Männer 15.583 Fälle, Frauen 19.257 Fälle). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer betrug 107 Tage, worin sich Männer und Frauen nicht unterschieden (bei Arbeitern und Angestellten). Die Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit sind psychiatrische Krankheiten mit 2.714 Fällen (Männer 1.423, Frauen 1.291) an zweiter Stelle zu finden (nach Erkrankungen des Bewegungsapparates) (ÖSTAT, 1998).

Wie aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 hervorgeht, waren die Hauptentlassungsdiagnosen bei den psychischen Störungen bei Männern schizophrene Psychosen, gefolgt von affektiven Psychosen und senilen/präsenilen Psychosen (Tab. 10.3.1). Ein weiterer großer Teil der psychischen Störungen stand im Zusammenhang mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch (ÖSTAT, 1999).