

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Dr. Wilhelm FRANK; Dr. Gerhard FÜLÖP; DDR. Ulrike KADI; Mag. Petra OFNER
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Gesundheit im weiteren Sinn ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als einfaches Nichtkranksein. Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Oder, kürzer: umfassendes Wohlbefinden bei hoher Lebensqualität.

Gesundheit im engeren Sinn beschreibt das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. einen Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.

28 Prozent der Wienerinnen und Wiener halten sich für „völlig gesund“, 37 Prozent empfinden „leichte Beeinträchtigungen“ und 25 Prozent „geringe Dauerbeeinträchtigungen.“ Zehn Prozent bezeichnen sich als „krank“ (davon 90 Prozent als chronisch krank).

Summary: Subjective assessment of state of health

As per definition of the World Health Organisation (WHO), health in a broad sense is understood as being the state of not being ill. Rather, it is understood to describe a state of complete physical, mental, psychological and social wellbeing. Or simply: comprehensive wellbeing and a high quality of life.

Being healthy in the narrow sense implies subjectively perceiving a complete absence of physical, mental or psychological disturbances or changes, i.e. experiencing a state in which there is no evidence of diseases or pathological changes.

28 percent of the Viennese consider themselves "in perfect health", 37 percent experience "slight impairments" and 25 percent have stated to suffer "minor impairments". 10 percent consider themselves "ill", 90 percent of whom are chronically ill.

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes bildet einen wesentlichen Indikator für gesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen. In vielen europäischen Städten werden zu diesem Zweck „Gesundheits-Surveys“ durchgeführt, für Wien liegen derzeit nur die Ergebnisse der Messung 1991 und 1995 sowie eine von IFES in den Jahren 1994 und 1995 durchgeführte Messung vor. Dieser Untersuchung zufolge halten sich 28 Prozent aller Wienerinnen und Wiener für „völlig gesund“, 37 Prozent empfinden „leichte Beeinträchtigungen“ und 25 Prozent „geringe Dauerbeeinträchtigungen.“ Neun Prozent bezeichneten sich als „chronisch krank“ und ein Prozent als „akut krank“.

In beiden Erhebungen scheinen sich Männer insgesamt gesünder zu fühlen als Frauen. Mit dem Alter – vor allem etwa ab dem 50. Lebensjahr – wird der eigene Gesundheitszustand schlechter beurteilt.

Zur Abbildung des Gesundheitszustands in einer Region wird zumeist versucht, diesen in Relation zu (z.B. über Lebenserwartung, Sterblichkeit oder Inzidenz bestimmter Krankheiten) darzustellen. Eine solche „Messung“ kann anhand des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes erfolgen, z.B. durch

²⁴ Leben in Wien 1996 (n = 8.000).

des ÖSTAT-Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ über die Frage nach der subjektiven Einschätzung eigenen Gesundheitszustandes („Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“) ben wird.

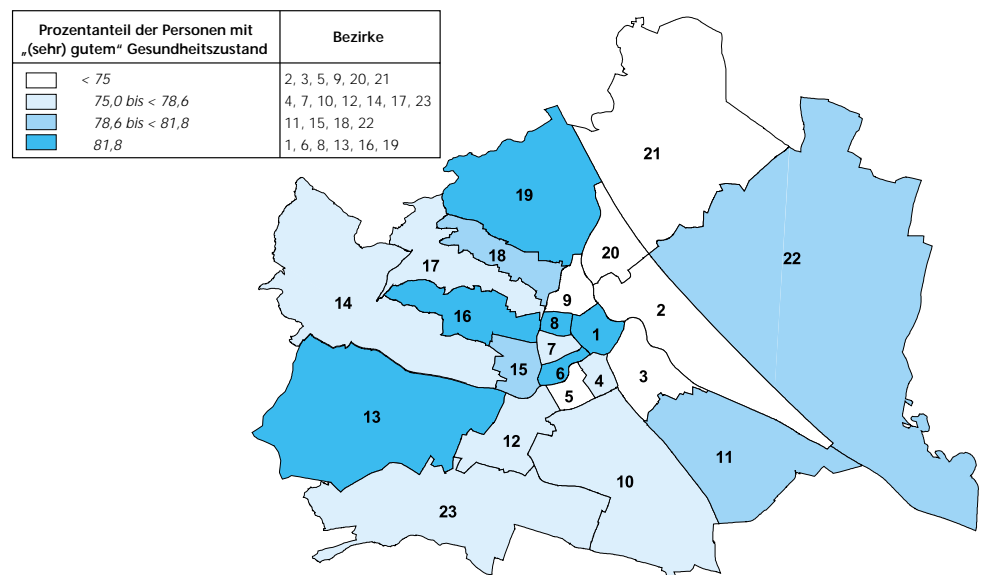
Aus der kartographischen Analyse des Anteils der Antwortenden, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen, zeigt sich für Wien, dass sich die **regionalen Unterschiede** in der Erwartung zumeist auch in der subjektiven Befindlichkeit widerspiegeln.

Bei den Männern ist im 20. Bezirk (dem Bezirk mit der österreichweit niedrigsten Lebenserwartung) die subjektive Befindlichkeit am schlechtesten. Im 1. und 13. Bezirk hingegen, die hinsichtlich der erwartung im österreichweiten Vergleich sehr günstig liegen, ist auch die subjektive Befindlichkeit besser (vgl. Grafik 1).

Die Frauen fühlen sich im 1., 8. und 19. Bezirk relativ gesund. In diesen Bezirken wurde gleichzeitig für Wiener Verhältnisse – sehr hohe Lebenserwartung der Frauen festgestellt. Im 10., 15. und 20. hingegen ist die subjektive Befindlichkeit der Frauen wesentlich schlechter und gleichzeitig die Lebenserwartung niedriger (vgl. Grafik 2).

Wenngleich die „Messung“ des Gesundheitszustandes durch persönliche Befragung mit Unsicherheiten verbunden ist, ist eine gewisse Analogie von subjektiver Gesundheitsempfindung und objektivem Gesundheitszustand (hier vereinfachend durch die Lebenserwartung abgebildet) feststellbar. Im Zuge weiterer Untersuchungen auf der Basis von Gesundheitsbefragungen sollten künftig auch gesundheitsrelevante Hintergründe (sozioökonomische Rahmenbedingungen, Ernährungsgewohnheiten, Raucherstatus, Zeitverhalten, Stressexposition, soziale Einbindung, etc.) erhoben werden.

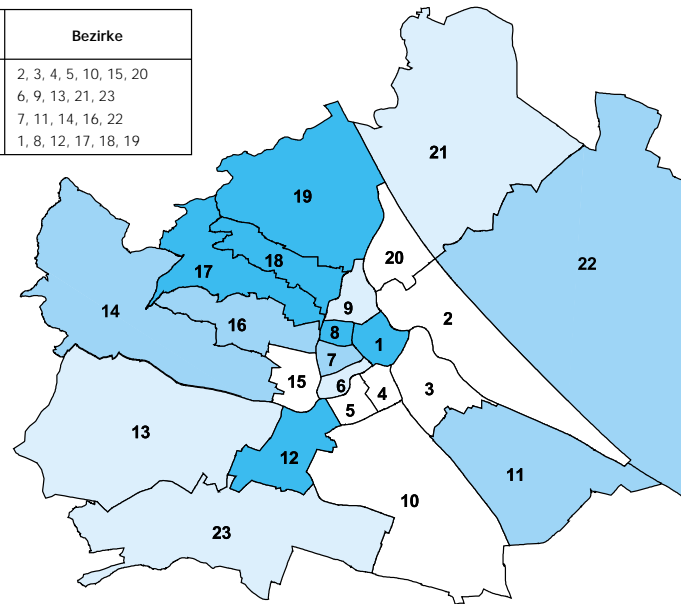
Grafik 1: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Männer, Wien 1991



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1991; ÖBIG-Berechnungen.

Grafik 2: Subjektiver Gesundheitszustand der 15- bis 75-jährigen Frauen, Wien 1991

Prozentanteil der Personen mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand	Bezirke
< 67,8	2, 3, 4, 5, 10, 15, 20
67,8 bis < 73,0	6, 9, 13, 21, 23
73,0 bis < 78,3	7, 11, 14, 16, 22
78,3	1, 8, 12, 17, 18, 19



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1991; ÖBIG-Berechnungen.

4.2 Chronische Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 27 Prozent der Wiener Bevölkerung sind chronisch krank, d. h. von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen (Frauen: 31 Prozent; Männer: 22 Prozent). Fast ein Drittel der Krankheiten sind dabei auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückzuführen (v. a. Bluthochdruck sowie Gefäß- und Durchblutungsstörungen der Beine), etwa ein Viertel auf Schäden an der Wirbelsäule. Rheuma, Gicht und Ischias sind ebenso wie Allergien weitere häufig auftretende Erkrankungen.

Generell nehmen die chronischen Erkrankungen mit fortschreitendem Alter zu: So leiden mehr als die Hälfte der über 60-jährigen WienerInnen an mindestens einer chronischen Krankheit.

Summary: Chronic diseases

Approximately 27 percent of the Viennese population are chronically ill, suffering from one or more chronic diseases. (31 percent of women, 22 percent of men). Almost a third of these diseases are due to cardiovascular disorders – such as hypertension and vascular or circulatory impairment of the legs –, and one quarter is related to spinal damages. Rheumatism, gout, sciatica, as well as allergies are other frequent diseases in this context.

Generally speaking, the number of chronic diseases increases with age. More than half of the Viennese above the age of 60 are afflicted with at least one chronic disease.

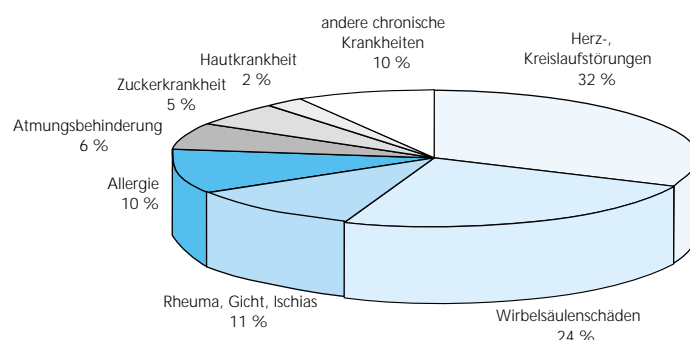
4.2.1 Chronische Erkrankungen allgemein

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

Fast ein Drittel der chronischen Krankheiten sind auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückzuführen, mehr als ein Drittel (35 Prozent) auf Bluthochdruck entfallen und ein Viertel (25 Prozent) auf Gefäß- und Durchblutungsstörungen der Beine. Rund ein Fünftel der Herz-Kreislauf-Störungen werden durch Arteriosklerose verursacht.

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

Grafik 3: Verteilung der chronischen Krankheiten, Wien 1995

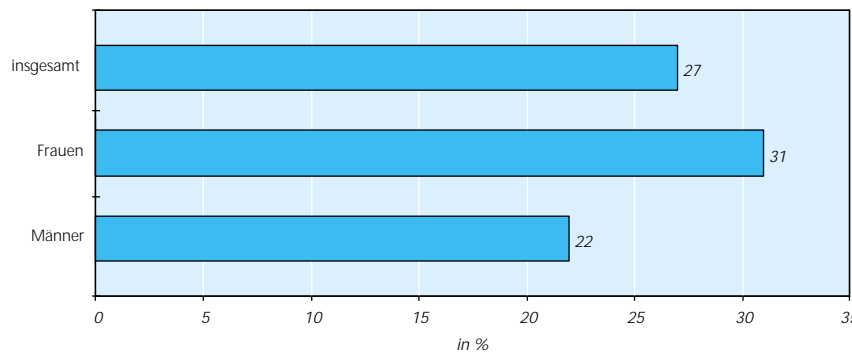


Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Chronische Krankheiten nach Geschlecht

Allerdings leiden Frauen – auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung, aber auch auf Grund ihrer höheren Betroffenheit (siehe chronische Krankheiten nach Alter) – häufiger an chronischen Krankheiten als Männer: 31 Prozent der Wienerinnen berichten von mindestens einer chronischen Krankheit, während bei den Männern jedoch nur zu 22 Prozent.

Grafik 4: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich grundsätzlich bei allen chronischen Krankheiten. Besonders ausgeprägt treten aber bei Herz-Kreislauf-Störungen sowie bei Wirbelsäulenschäden und der Erkrankung an Rheuma, Gicht und Ischias am deutlichsten in Erscheinung. So leiden 15 Prozent der Wienerinnen an mindestens einer Herz-Kreislauf-Störung, aber „nur“ neun Prozent der männlichen Wiener.

Tabelle 1: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht, Wien 1995

Chronische Krankheiten	Anteil der chronisch Kranken in %		
	insgesamt	Männer	Frauen
Herzkrankheiten	3,1	2,8	3,4
hoher Blutdruck	5,5	5,0	6,0
niedriger Blutdruck	2,7	1,1	4,3
Gefäß-/Durchblutungsstörungen der Beine	4,0	2,8	5,2
Schlaganfall/Hirngefäßerkrankungen	0,7	0,6	0,8
Herz-Kreislauf-Störungen insgesamt ¹⁾	12,3	9,4	15,2
Wirbelsäulenschäden	9,5	7,9	11,1
Rheuma, Gicht, Ischias	4,5	2,8	6,2
Allergie	4,0	3,6	4,4
Atmungsbehinderung (Asthma)	2,3	2,2	2,4
Zuckerkrankheit	1,8	1,7	1,9
Hautkrankheit	0,9	0,8	1,0
andere chronische Krankheit	4,1	3,5	4,7
chronisch Kranke insgesamt ²⁾	26,6	22,1	31,1

1) Auf Grund von Mehrfachnennungen ist die Summe der einzelnen Herz-Kreislauf-Störungen höher als der Wert für „Herz-Kreislauf-Störungen insgesamt“.

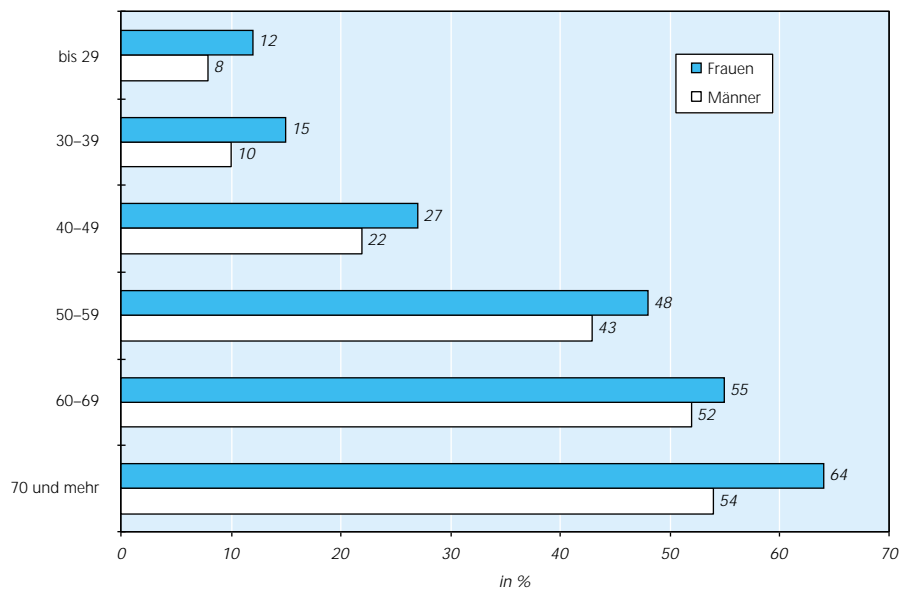
2) Auf Grund von Mehrfachnennungen ist die Summe der einzelnen chronischen Krankheiten höher als der Wert für „chronisch Kranke insgesamt“.

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995, eigene Berechnungen

Chronische Krankheiten nach Alter

Generell nehmen die chronischen Krankheiten mit fortschreitendem Alter zu: Zum Beispiel bei knapp ein Viertel der 40- bis 49-jährigen Wienerinnen und Wiener von einer oder mehreren chronischen Krankheiten, bei den über 70-Jährigen sind es aber bereits mehr als 60 Prozent.

Grafik 5: Anteil chronisch Kranker nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Eine Zunahme der chronischen Krankheiten mit fortschreitendem Alter erfolgt sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Werden aber die Anteile chronisch kranker Männer mit jenen der Frauen verglichen, lässt sich ersehen, dass die Werte der Frauen in allen Alterskategorien über jenen der Männer liegen.

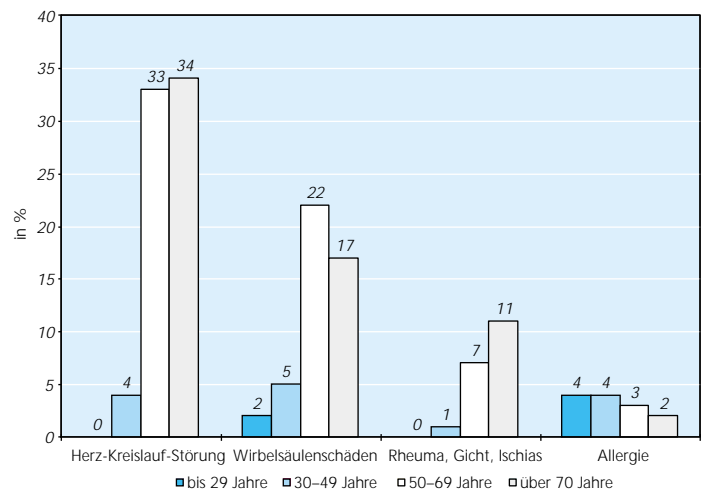
Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich auch bei den häufigsten chronischen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Wirbelsäulenschäden; Rheuma, Gicht und Ischias; Allergien). Eine Ausnahme stellt allerdings die Auftretenshäufigkeit von Herz-Kreislauf-Störungen dar, von welchen bis 69-jährige Männer häufiger berichten (33 Prozent) als Frauen derselben Altersgruppe (28 Prozent). Ebenso nennen Männer dieser Altersgruppe Wirbelsäulenschäden etwas öfter als gleichaltrige Frauen (Männer: 22 Prozent; Frauen: 21 Prozent).

Tabelle 2: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1995

Alter	Anteil der chronisch Kranken in %		
	insgesamt	Männer	Frauen
bis 29	9,9	8,3	11,5
30-39	12,5	10,3	14,8
40-49	24,9	22,4	27,4
50-59	45,2	42,7	47,5
60-69	53,7	51,5	55,4
70 und mehr	61,3	54,3	64,4
insgesamt	26,6	22,1	30,7

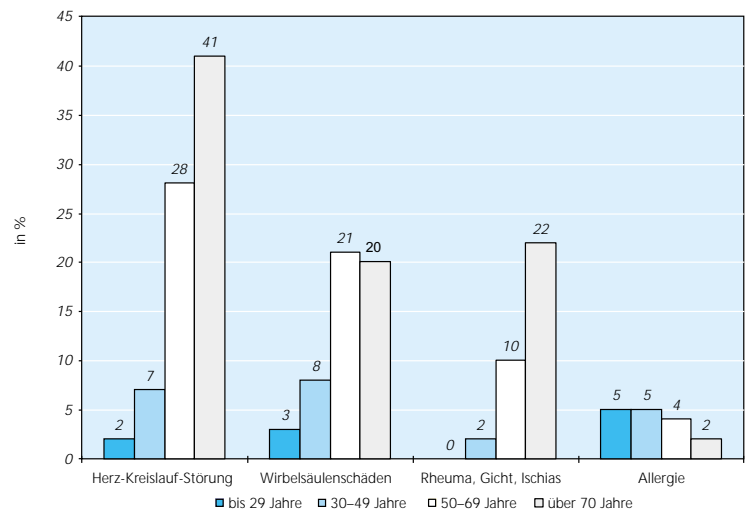
Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Grafik 6: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

Grafik 7: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Frauen 1995



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1995

4.2.2.1 Arten und Krankheitsformen von Allergien

Unter Allergie versteht man immunologisch bedingte Überempfindlichkeitsreaktionen auf harmlose Umweltantigene. Auf Grund der involvierten Immunmechanismen können verschiedene Arten von Allergien unterschieden werden, unter denen die IgE-vermittelten **Typ-1-Allergien** („Allergien“) und die T-zellmedierten **Typ-4-Allergien** („Allergien vom verzögerten Typ“) die häufigsten sind.

Während für alle echten Allergien eine entsprechende Sensibilisierungsphase Voraussetzung ist, treten pseudoallergische Reaktionen (Intoleranzen) nicht durch das Immunsystem vermittelt und treten bei Erstkontakt mit bestimmten Stoffen auf. Intoleranzreaktionen haben etwa im Bereich der Nahrungsmittelunverträglichkeit einen beachtlichen Stellenwert, doch ist die objektive Diagnose oft schwierig.

Inhalationsallergien

Inhalationsallergien werden durch in der Luft befindliche Allergene verursacht. Die für die Allgemeinbevölkerung relevanten Inhalationsallergien sind fast ausschließlich IgE-medierte Allergien (Typ 1), während durch IgG-Antikörper vermittelte Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. exogene Erythema multiforme) selten sind und meist nur bei besonderer beruflicher Exposition (z. B. landwirtschaftliche Tätigkeiten) auftreten. Inhalationsallergien können sich an Auge (Conjunctivitis allergica), Nase (Rhinitis allergica) und Lunge (allergisches Asthma bronchiale) manifestieren.

Nahrungsmittelallergien

Allergene in Nahrungsmitteln können nach oraler Aufnahme bereits im Mund- und Rachenraum allergische Symptome im Sinne von Juckreiz und Schwellung auslösen („Orales Allergiesyndrom“). Gastrointestinale Reaktionen umfassen Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Diarrhö. Nach Allergenexposition können auch generalisierte Symptome an Haut (Juckreiz, Urticaria, Quincke Ödem), Lunge (Asthma bronchiale), Auge (Conjunctivitis), Nase (Rhinitis) und Kreislaufsystem (Hypotonie, Schock) auftreten.

Insektengiftallergien

Bienen und Wespen können neben unangenehmen lokalen Reaktionen systemische und lebensbedrohende allergische Reaktionen auslösen. Milde Formen systemischer Reaktionen umfassen Urticaria, Quincke Ödem, generalisierten Juckreiz und Hautrötung. In schweren Fällen können anaphylaktische Reaktionen (inkl. Asthma), neurologischen Störungen, Blutdruckabfall und Kollaps kommen. Insekten (Stechmücken, Bremsen, u. a.) sind sehr selten Auslöser systemischer Reaktionen, können aber schwere und lange persistierende Hautläsionen verursachen.

Atopische Dermatitis (Neurodermitis)

Die atopische Dermatitis ist eine stark genetisch determinierte Erkrankung. Sie nimmt insbesondere in industrialisierten Ländern zu, als sie eine chronische T-zellgetriebene Ekzemerkrankung ist, die aber auch durch Nahrungsmittelsensibilisierungen vergesellschaftet sein kann. Etwa 90 Prozent der atopischen Patienten weisen stark erhöhte IgE-Spiegel auf und haben spezifische IgE-Antikörper gegen verschiedene Allergene, deren klinische Relevanz allerdings nicht immer klar erwiesen ist. Umweltfaktoren wie intensive Sonneneinstrahlung und niedrige Luftfeuchtigkeit sind wichtige Triggerfaktoren. In nördlichen Ländern tendenziell höhere Prävalenzen als in südlichen. Österreich zeigt in der letzten Zeit eine ausgeprägte Saisonalität der atopischen Dermatitis.

Kontaktallergien

Kontaktallergien i.e.S. sind die häufigsten Vertreter der Typ-4-Allergien. Sie sind nicht durch IgE, sondern durch Überempfindlichkeiten im zellulären Schenkel des Immunsystems (T-Zellen) vermittelt. Das primäre Erfolgsorgan kontaktallergischer Reaktionen ist die Haut, wo es etwa 24 bis 48 Stunden nach Allergenkontakt zu Hautläsionen im Sinne von Dermatitis und Ekzem kommt. Im Gegensatz zu

1-Allergien, bei denen die Allergene fast immer Proteine sind, sind die Auslöser von Kontaktallergien. Meist sind dies durchwegs kleinmolekulare Verbindungen („Haptene“), z. B. Metalle, die erst nach Bindung an körpereigene Proteine immunogen sind.

In selteneren Fällen können auch Typ-1-Allergene kontaktallergische Reaktionen im Sinne von Kontaktdermatitis, lokaler Schwellung und Juckreiz verursachen. Die häufigsten Auslöser kontaktallergischer Typ-1-Reaktionen sind Latexprodukte (Handschuhe, Kondome, Luftballons, etc.) und Tierfelle.

4.2.2.2 Häufigkeit und Verteilung von Allergenen

4.2.2.2.1 Inhalationsallergien

Inhalationsallergene sind unter den Typ-1-Allergien die häufigsten Allergieauslöser. Inhalationsallergene sind fast immer natürlich vorkommende Proteine; kleinmolekulare Verbindungen (z. B. Formaldehyd) haben als Allergene kaum Bedeutung. Aus praktischen Gründen wird bei Inhalationsallergenen zwischen Outdoor- und Indoor-Allergenen unterschieden.

Outdoor-Allergene:

Die wichtigste Quelle von Outdoor-Allergenen sind **Pollen**. Im Vergleich spielen die Sporen zahlreicher **Schimmelpilzarten** eine untergeordnete Rolle. Pilzsporen stellen aber wegen ihres Vorkommens in Innenräumen (z. B. Schimmelbefall der Wände, Blumentopferde) gleichzeitig potenziell relevante Indoor-Allergene dar. Da eine Belastung durch bestimmte Pollen bzw. Pilzsporen nur während der entsprechenden „Blütezeit“ besteht, sind allergische Symptome gewöhnlich auf bestimmte jahreszeitliche Zeitschnitte begrenzt (saisonale Allergie).

Die im Raum Wien mit Abstand wichtigsten allergenen Pollen sind Pollen der Pflanzenart **Birke** (Birke, Hasel, Erle, Buche, Eiche, Edelkastanie, Hainbuche) als Auslöser von Frühjahrsallergien sowie Pollen der Pflanzenfamilie Gramineae (**Gräser**) als Auslöser von Sommerallergien. Weitere wichtige allergene Pflanzen mit geringerer Sensibilisierungshäufigkeit, aber immunologischer Eigenständigkeit, sind **Beifuß** und **Eschenpollen**. **Eschenpollen** sind oftmals unterschätzte Auslöser einer Frühjahrsallergie. In Folge immunologischer Kreuzreaktivitäten treten Eschenpollenallergien nicht selten bei aus dem mediterranen Raum zugewanderten Personen mit einer primären Olivenpollensensibilisierung auf.

Beifuß ist das wichtigste saisonale Inhalationsallergen im Spätsommer. Häufig findet sich dabei gleichzeitig eine Sensibilisierung gegenüber dem botanisch verwandten **Ragweed** (*Ambrosia spp.*). Durch die zunehmende Expansion von Ambrosia-Arten aus der pannonischen Ebene weist der Wiener Raum mittlerweile beträchtliche Belastungen durch Ragweedpollen auf. Der Vergleich der Hauttestergebnisse der Jahre 1994/95 und 1998/99 lässt keinen Anstieg der Sensibilisierungsinzidenz erkennen, doch haben Laborbeobachtungen über die letzten 15 Jahre ergeben, dass die zunehmenden Pollenbelastungen mit dem vermehrten Vorkommen Ragweed-spezifischer IgE-Antikörper bei Allergie-PatientInnen korrelieren.

Als verhältnismäßig neue Allergenquelle ist **Raps** anzusehen. Im Zuge des EU-geförderten Anbaus der Kulturpflanze ist es in Österreich im letzten Jahrzehnt zu einer Vervielfachung der Anbaufläche gekommen. Rapsfelder finden sich in den Außenbezirken von Wien mitunter in unmittelbarer Nähe von Wohnsiedlungen. Obwohl die Allergenität von Rapspollen eher gering ist und nur vergleichsweise geringe Mengen lange in der Luft verbleiben, sind zumindest bei Atopikern mit multiplen Sensibilisierungen kurzzeitig Beeinträchtigungen nicht auszuschließen. Allergieähnliche Symptome bei Annäherung an Rapsfelder können auch durch die zahlreichen von der Pflanze freigesetzten irritativen VOCs (volatile organic compounds) bedingt sein.

Indoor-Allergene:

Im Unterschied zu Pollen bestehen Belastungen durch Innenraumallergene meist ganzjährig (perennial Allergie). Die hier zu Lande wichtigsten Quellen von Innenraumallergenen sind **Hausstaubmilben**, **Säugetiere**, wobei unter letzteren die **Katze** an erster Stelle steht, gefolgt von Hund und Pferd. Bei der dritten Atopiker reagiert im Hauttest auf Katzenallergene. Allergien auf Nagetiere wie Meerschweinchen sind ebenfalls bekannt.

chen, Kaninchen, Hamster oder Ratte treten viel seltener auf. **Vögel** erscheinen aus allergischer Sicht als wenig bedenklich.

Eine Sensibilisierung auf **Schimmelpilzsporen** findet sich in fünf bis zehn Prozent der atopischen Patienten, vielfach allerdings mit offener klinischer Relevanz.

Der Stellenwert von **Küchenschaben** und anderen Insekten (Vorratsschädlinge, Fliegen) als Auslöser inhalativer Beschwerden ist für Österreich nicht untersucht. Erhebliche Belastungen durch Schabenallergene wurden zuletzt sowohl aus den USA als auch aus Europa berichtet. Von besonderer Bedeutung für HausstaubmilbenallergikerInnen ist in diesem Zusammenhang das Vorhandensein aktiver Allergene in Küchenschaben und Hausstaubmilben.

Ebenfalls unbekannt ist der Stellenwert von **Zimmerpflanzen**, insbesondere Gummibäume (Ficus benjamina). Mangels geeigneter kommerzieller Testsubstanzen liegen im untersuchten Patientenkollektiv derzeit nur Einzelbeobachtungen vor. Pilotuntersuchungen in anderen Ländern ergaben achtliche Sensibilisierungsraten im Bereich von vier bis 15 Prozent.

Eine Sonderstellung innerhalb der Inhalationsallergien nimmt **Latex** ein, da hier Symptome auf den Hautbereich beschränkt bleiben. Latexallergien sind vorrangig ein Problem bestimmter Berufsgruppen (ÄrztInnen, Krankenhauspersonal, Reinigungspersonal) sowie bestimmter Patientengruppen (z. B. Spina-bifida-PatientInnen). Im eigenen Krankengut finden sich Latexsensibilisierungen bei zwei Prozent des atopischen PatientInnengutes.

Tabelle 3: Sensibilisierungsraten gegenüber verschiedenen Inhalationsallergenen im Raum

positive Allergietests	1994/95		1998/99	
	n = 3.483		n = 6.875	
Allergen	% ¹⁾	% ²⁾	% ¹⁾	% ²⁾
Gräser	61,2	78,4	59,5	75,0
Birke	41,9	53,7	41,8	53,0
Beifuß	19,2	24,5	16,0	20,0
Esche	12,0	15,7	13,8	17,0
Wegerich	10,6	13,6	9,6	12,0
Ragweed	6,9	8,9	8,1	10,0
Nessel	4,7	6,0	4,7	6,0
Raps	5,2	6,7	2,9	3,0
Platane	–	–	4,1	5,0
Pollinosen gesamt	78,1	100,0	78,8	100,0
Hausstaubmilbe	32,6		30,9	
Katze	36,8	80,7	34,4	85,0
Hund	17,6	38,5	21,0	52,0
Pferd	10,1	22,4	11,3	28,0
Meerschweinchen	8,4	17,2	7,5	18,0
Tiere insgesamt	43,7	100,0	40,1	100,0
Alternaria	5,6	60,5		
Cladosporium	2,6	27,6		
Aspergillus	2,0	22,2		
Penicillium	1,4	16,0		
Mucor	1,2	13,6		
Pilze insgesamt	9,2	100,0	4,9	
Latex	–		1,4	

1) Bezogen auf positive Tests. 2) Innerhalb Allergengruppe.

Quelle: FAZ 1994/95 und 1998/99

4.2.2.2 Nahrungsmittelallergien

Nahrungsmittelallergien gegenüber Ei, Milch, Soja, Fisch und diversen Nüssen treten häufig als erste Manifestation bei Kleinkindern auf, werden aber mit zunehmendem Alter bei einem Großteil der Betroffenen von Inhalationsallergien abgelöst. Persistierende Nahrungsmittelallergien bei Erwachsenen sind seltener als angenommen. Die Verdachtsdiagnose Nahrungsmittelallergie konnte im eigenen Patientengut mittels Hauttestung nur bei etwa fünf Prozent der entsprechenden PatientInnen bestätigt werden. Die häufigsten Allergene sind dabei Erdnuss, Ei, Kuhmilch, Mandel und Weizenmehl.

Weitaus häufiger als primäre Nahrungsmittelallergien sind Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten aufgrund immunologischer Kreuzreaktionen mit Pollenallergenen (pollinose-assoziierte Nahrungsmittelallergien). Mehr als 25 Prozent der Birkenpollen-AllergikerInnen reagieren im Sinne eines oralen Allergiesyndroms auf Kern- und Steinobst, Nüsse, Karotten und Kiwi. Bei etwa zehn Prozent der BeifußallergikerInnen treten RagweedallergikerInnen allergische Symptome bei Genuss von Sellerie und Gewürzen bzw. Pfeffer, Pistazie und Melonen auf. Eine klinisch relevante Kreuzreaktivität besteht überdies zwischen Nüssen und Banane, Avocado, Maroni und Kiwi.

Nahrungsmittelintoleranzen machen im eigenen Krankengut etwa 50 Prozent aller anamnestisch festgestellten Nahrungsmittelunverträglichkeiten aus, wobei allerdings festzuhalten ist, dass auf Grund der Spezifität der Untersuchung des Ambulatoriums ein diesbezüglich stärker präselektioniertes Krankengut vorliegt. Unter anderem spielen Überempfindlichkeiten gegenüber alkoholischen Getränken und Nahrungsmitteln mit hohem Gehalt an pharmakologisch wirksamen biogenen Aminen („Histamin-Intoleranz“) die größte Rolle.

Tabelle 4: Anamnestische Nahrungsmittelunverträglichkeit bei 487 konsekutiven PatientInnen mit primärer Überweisungsdiagnose Inhalationsallergie

	n	%	% der Nahrungsmittelunverträglichkeit
keine Nahrungsmittelprobleme	338	69,4	–
primäre Nahrungsmittelallergien	11	2,3	7,4
Pollinose-assoziierte Nahrungsmittelallergien	60	12,3	40,3
Histamin- und Alkoholintoleranz	63	12,9	42,3
andere Intoleranzen (Histaminliberatoren, Lactoseintoleranz, u. a.)	15	3,1	10,1

Quelle: FAZ 1997

4.2.2.3 Insektengiftallergie

Schwere, IgE-medierte allergische Reaktionen auf Insekten sind fast ausnahmslos durch Stiche von **Hymenopteren (Bienen und Wespen)** verursacht. Im Vergleich zu Inhalationsallergien sind Bienen- und Wespengiftallergien etwa 20-mal seltener: Auf 7.164 Überweisungen wegen des Verdachts auf Inhalationsallergien im Jahr 1998 kamen lediglich 340 wegen des Verdachts einer Hymenopterenallergie. Hälfte dieser Fälle betraf lediglich starke lokale Reaktionen. Schwere systemische Reaktionen mit Beteiligung des Atmungs- oder Kreislaufsystems wurden in weniger als 20 Prozent gemeldet. Mittels Hauttestung und/oder in-vitro-Verfahren lässt sich in etwa 70 Prozent eine Sensibilisierung nachweisen, der tatsächliche Anteil echter allergischer Reaktionen in diesem PatientInnenkollektiv ist aber wegen diagnostischer methodischer Einschränkungen nie eindeutig evaluierbar. Der insgesamt begrenzte quantitative Stellenwert der Insektengiftallergien unter den Soforttyp-Allergien zeigt sich auch in der Zahl der durchgeführten Hyposensibilisierungstherapien: Lediglich 1,5 Prozent der derzeit im eigenen Ambulatorium laufenden Therapien entfallen auf Bienen- und Wespengift.

Bienen- und Wespengiftallergien sind über alle Altersgruppen gleichmäßig verteilt, auch gibt es keine Geschlechterpräferenz. Wespen werden etwa doppelt so oft als Ursache allergischer Reaktionen genannt als Bienen.

Systemische Unverträglichkeitsreaktionen durch **Blut saugende Insekten** (Stechmücken) sind extrem selten. Nicht ungewöhnlich sind heftige, lang persistierende lokale Reaktionen von Stechmücken (Gelsen). Sie stellen ein häufiges Problem im pädiatrischen Bereich dar.

Tabelle 5: Reaktionstyp und auslösendes Insekt bei 340 konsekutiven PatientInnen (152 M, 188 Frauen) mit Verdacht auf Insektengiftallergie

verdächtigtes Insekt	n	lokal	Symptomatik systemisch (davon schwer)	ohne A
Biene	79	34	38 (16)	7
Wespe	142	52	76 (29)	14
Biene + Wespe	14	9	3 (1)	2
unbekannt	105	30	29 (6)	46

Quelle: FAZ 1998

4.2.2.2.4 Kontaktallergien

Die Geschlechterverteilung bei Kontaktallergien ist zum weiblichen Geschlecht verschoben. Prozent der im im eigenen Krankengut positiv befundenen Epikutantests betrifft Frauen. Positiv finden sich insgesamt bei Frauen häufiger als bei Männern (53 Prozent vs. 39 Prozent). Dies dürfte überwiegend der Nickelallergie bei Frauen zu erklären (siehe unten).

Kontaktsensibilisierungen treten am häufigsten in der Gruppe der 20- bis 40-Jährigen an. Im männlichen Geschlecht finden sich 18 Prozent in der Kategorie der 20- bis 30-Jährigen, bei den 30- bis 40-Jährigen. Bei weiblichen Patienten liegen die entsprechenden Zahlen bei 23 Prozent. Generell nehmen positive Testbefunde mit dem höheren Alter ab. Kontaktallergien bei Kindern sind selten.

Klinisch relevante Allergene:

● Metalle

Eine herausragende Stellung unter den Kontaktallergenen nehmen **Metalle** ein. Wesentliche Relevanz eines Metallallergens ist, ob unter Normalbedingungen freie Metallionen von der Haut eine allergische Reaktion auslösen können. Diese Materialeigenschaft entscheidet über das allergische Potenzial von metallischen Gebrauchsgegenständen wie Schmuck oder Münzen.

Nickel ist mit 21,0 Prozent positiven Testergebnissen das wichtigste Metallallergen. Es ist in vielen Legierungen enthalten. Im Gegensatz zu allen anderen Allergenen sind hier insbesondere Frauen betroffen. Das dürfte vor allem mit dem Tragen von Modeschmuck im Zusammenhang stehen. Besonders problematisch ist hier die zunehmende Mode von Piercings bei Jugendlichen anzunehmen.

Reaktionen auf Palladium, Kupfer und Kobalt sind meist mit einer Nickelallergie vergesellschaftet. Kreuzreaktion des Metalls mit Nickel zu interpretieren. **Palladium** (5,9 Prozent) wird zur Herstellung von Legierungen für Nickel verwendet. Es ist ein schwächeres Allergen als Nickel. Mit 3,5 Prozent positiven Testergebnissen ist **Kupfer** ebenfalls unter den häufigsten Allergenen zu finden. Es ist in vielen Legierungen enthalten. Eine alleinige, klinisch relevante Kupferallergie dürfte ein seltenes Ereignis sein. **Kobalt** ist auf Grund seiner ähnlichen metallurgischen Eigenschaften oft mit Nickel vergesellschaftet. Es kann auch mit diesem verunreinigt. Es gibt neuerdings Berichte über allergische Reaktionen im Zusammenhang mit chromarmen Zementen.

Chrom war über lange Zeit ein bekanntes Berufsallergen bei Maurern (Chrom im Zement). Inzwischen dürfte die Chromallergie leicht rückläufig sein. Mit 2,3 Prozent der positiven Testbefunde ist Chromogenen PatientInnen nur noch an der 10. Stelle der Häufigkeitsliste. Möglicherweise wirken bereits jahrelangen Bemühungen um die Verwendung von z. B. chromarmen Zementen, die in Skandinavien ihren Ursprung genommen haben.

● Duftstoffe

Duftstoffallergene sind die klinisch zweitwichtigste Gruppe unter den Kontaktallergenen. Mit 9,1 Prozent gehören Reaktionen auf **Duftstoffe** (getestet als Mischung von acht Einzelkomponenten) zu den häufigsten Epikutantestbefunden. Die Allergene **Perubalsam** (5,4 Prozent) und **Propolis** (1,3 Prozent) sind natürlich vorkommende Stoffgemische mit einem hohen Anteil an Duftstoffen (z. B. Vanillin, Zimtsäure, etc.). Daher erklärt sich deren hohe Kreuzreaktivität mit dem Duftstoff-Mix. Propolis findet sich häufig in so genannten „Naturprodukten“ Anwendung.

● Konservierungsstoffe

Konservierungsstoffe spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Kathon CG[®] (0,6 Prozent) ist seit den 70er Jahren als Konservierungsmittel vor allem in Kosmetika im Einsatz und wurde auf Grund steigender Sensibilisierungszahlen vielfach durch das fälschlicherweise als schwächeres Allergen eingestufte K400[®] (1,4 Prozent) verdrängt. Parabene Mix (0,5 Prozent) ist ein Suchtest für eine Substanzgruppe, die eine weite Verbreitung in Kosmetika und topisch angewandten Medikamenten findet.

Abschließend ist zu bemerken, dass die tatsächliche klinische Relevanz der häufigen positiven Testergebnisse auf **Ethylquecksilber/Thiomersal** (12,8 Prozent bzw. 12,0 Prozent), metallisches **Quecksilber** (1,0 Prozent) und **Amalgam** (1,0 Prozent) unklar ist, und darum diese Substanzen an dieser Stelle nicht weiter abgehandelt werden. Die anderen in der Tabelle ersichtlichen Allergene sind auf Grund des relativen Auftretens nur für den jeweiligen Einzelfall bzw. für spezielle Risikogruppen von Bedeutung. Kontaktallergie auf PPD und Azofarbstoffe bei FriseurInnen.

Tabelle 6: Epikutantestergebnisse bei 2.660 PatientInnen; 49,7 Prozent mit mind. einem positiven Testergebnis

	Allergen	pos. %	pos.	neg.	klin. Relevanz	Vorkommen (Auswahl)/Kommentar
1	Nickel	21,0	559	2.101	ja	Metallgegenstände (z. B. Modeschmuck, Knöpfe, Armbanduhren), Zahnheilkunde
2	Ethylquecksilber	12,8	341	2.319	fraglich	Impfstoff/ist die aktive Komponente im Konservierungsmittel Thiomersal
3	Thiomersal	12,0	319	2.341	fraglich	Impfstoff
4	Duftstoff-Mix	9,1	243	2.417	ja	Kosmetika, Parfums/Suchtest für Duftstoffe, z. B. Eugenol, Geraniol, Zimtalkohol
5	Ouecksilber	9,1	241	2.419	unbekannt	Zahnheilkunde, Thermometer
6	Palladium	5,9	157	2.503	ja	Schmuck, Zahnheilkunde
7	Perubalsam	5,4	144	2.516	ja	Kosmetika, Parfums
8	Kupfer	3,5	94	2.566	ja	Pestizide, Dünger, Münzen, Goldlegierungen, Intrauterinpassar („Spirale“)
9	Kobalt	3,3	88	2.572	ja	Tonerde, Legierungen, Farben, Zement, Tätowierungen
10	Chrom	2,3	60	2.600	ja	Zement, Farben, Lederverarbeitung, Elektronik
11	Neomycin	1,5	40	2.620	ja	Antibiotikum in medizin. Pudern und Cremes, Seifen (früher)
12	Tetramethylthiuramdisulfid	1,4	37	2.623	ja	Gummiprodukte, Pestizide (früher)
13	Euxyl K400® (Stoffgemisch)	1,4	36	2.624	ja	Konservierungsmittel in vielen Stoffen, auch in Kosmetika
14	Propolis	1,3	35	2.625	ja	Kosmetika, Medikamente
15	Kolophonium (Rosin)	1,2	32	2.628	ja	Klebebander, Fliegenpapier, Farben, Streichinstrumente
16	PPD-Mix	1,1	28	2.632	ja	Farben (Haarfarben, Kosmetika u. a.), Gummiprodukte, Suchtest
17	Amalgam	1,0	26	2.634	fraglich	Zahnheilkunde
18	Propylenglykol	0,9	23	2.637	ja	Kosmetika, Medikamente
19	Sesquiterpenakton Mix	0,8	22	2.638	ja	Suchtest für Allergie auf Pflanzenallergene
20	Epoxidharz	0,7	19	2.641	ja	Kunststoffe, Kleber
21	2-Hydroxyethylmethacrylat	0,6	16	2.644	ja	künstliche Fingernägel, Zahnheilkunde
22	Kathon CG® (Stoffgemisch)	0,6	15	2.645	ja	Kosmetika
23	Ethylglycoldimethacrylat	0,5	14	2.646	ja	künstliche Fingernägel, Zahnheilkunde
24	Mercaptobenzothiazol	0,5	13	2.647	ja	Gummiprodukte
24	para-Phenylendiamin (PPD)	0,5	13	2.647	ja	Farben (auch in Haarfarben und Kosmetika), Gummiprodukte
24	Parabene Mix	0,5	13	2.647	ja	Konservierungsmittel in Lebensmitteln, Kosmetika/Suchtest
27	1,3-Diphenylguanidin	0,4	11	2.649	ja	Gummiprodukte
28	Formaldehyd	0,4	10	2.650	ja	Kosmetika, Medikamente, Industrieerzeugnisse (Gummi, Leder, Kleber, Spanplatten)
28	Benzocain	0,4	10	2.650	ja	Lokalanästhetikum in Salben, Lutschpastillen, in Externa
28	4-Hexylresorcin	0,4	10	2.650	ja	Medikamente
31	Phenylquecksilbernitrat	0,3	7	2.653	ja	Konservierungsmittel, Externa (Vaginalcremes)
32	Platin	0,2	6	2.654	unbekannt	Schmuck, Zahnheilkunde
32	Deethylacetyl	0,2	5	2.655	ja	Kosmetika, Medikamente

4.2.2.3 Epidemiologische Daten zur Verbreitung von allergischen Erkrankungen insgesamt

Genauere Daten zur Prävalenz und Inzidenz allergischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und speziellen Personengruppen sind schwer evaluierbar. Es besteht allerdings weitgehender Konsens, dass die Zahl allergischer Erkrankungen im Steigen begriffen ist. Nach einer derzeit europaweit laufenden epidemiologischen Studie liegt die Prävalenz inhalativer Allergien in Österreich bei 18,7 Prozent, wobei das weibliche Geschlecht mit 53 Prozent leicht überwiegt. Schweizer Studien haben gezeigt, dass die Prävalenz von Allergien in den letzten Dekaden sprunghaft von sieben auf 25 Prozent zugenommen haben.

Ebenso ist die Prävalenz von Asthma, die in Westeuropa und den USA derzeit auf durchschnittlich 10 bis 20 Prozent (3–20 Prozent) geschätzt wird, in den letzten 20 Jahren um 50 Prozent und mehr angestiegen. Rezente Untersuchungen an Wiener Volksschulkindern sprechen für Asthmaprävalenzen zwischen sechs und sieben Prozent.

Die Prävalenz von Nahrungsmittelallergien i. w. S. ist noch viel schwieriger anzugeben. Vorsichtsschätzungen bewegen sich im Bereich von 1–2 Prozent. Die Prävalenz von Insektengiftallergien dürfte unter einem Prozent liegen.

4.2.2.4 Risikofaktoren (Ursachen für das Entstehen von Allergien)

Für die meisten **Soforttyp-Allergien** ergibt sich nach derzeitigem Wissen ein erhöhtes Allergierisiko aus dem Wechselspiel zwischen **genetischer Prädisposition** und bestimmten Umwelteinflüssen. Die relevanten **Umweltfaktoren** reichen von Schadstoffbelastungen der Luft (insbesondere Zigarettenrauch) über eine intensiver Allergenexposition (einschließlich beruflicher Exposition) bis hin zu bestimmten viralen Infektionen und selbst dem Geburtstermin. Das in den letzten Jahrzehnten sprunghafte Zunehmen allergischer Erkrankungen in industrialisierten Ländern weist auf eine besondere Bedeutung des so genannten „*Western style of life*“, der etwa durch mannigfaltige Schadstoffbelastung und steigende Innenraumallergenexposition (vermehrter Aufenthalt in Innenräumen, geringer Luftaustausch als Folge energiesparender Baumaßnahmen, vermehrte Haustierhaltung) bei gleichzeitigem Rückgang von allergiepräventiven immunologischen Stimuli (z. B. multiple bakterielle Infekte) gekennzeichnet ist. Dementsprechend wurden hohe Lebenserwartung, niedriger Lebensstandard und bäuerliche Lebensbedingungen mehrfach als protektive Faktoren beschrieben. Als spezielle Risikofaktoren im Zusammenhang mit Nahrungsmittelallergien werden ungünstige Verschiebungen der intestinalen Mikroflora als Folgen veränderter Ernährungsgewohnheiten oder häufigen Antibiotikagebrauchs diskutiert.

Kontaktallergien sind nicht oder nur wenig genetisch determiniert. Obwohl der moderne westliche Lebensstil vermehrt Kontakte mit einer ständig wachsenden Zahl neu synthetisierter Substanzen einstellt, stellen „*Naturstoffe*“ nach wie vor den bei weitem größten Teil aller relevanten Kontakallergene dar. Sensibilisierungen sind meist Folge intensiven individuellen Allergenkontaktes im beruflichen oder privaten Bereich. Vorschädigungen der Haut, etwa bei Neurodermitis oder als Folge übertriebener Körperpflege, sind begünstigende Faktoren. Während Präventionsstrategien vielfach zu einer Abnahme kontaktallergischer Berufsdermatosen geführt haben (z. B. Chromekzem), ist der Großteil kontaktallergischer Erkrankungen durch Exposition im privaten Bereich bedingt (Modeschmuck, Kosmetika, Naturstoffe).

4.2.2.5 Folgen hinsichtlich der Lebensqualität, Auswirkungen auf Familie und Beruf

Allergische Erkrankungen reichen von geringfügigen Befindlichkeitsstörungen bis zu schwersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Asthma bronchiale) und können in seltenen Fällen auch zum Tode führen (z. B. Insektengiftallergien, Nahrungsmittelallergien, Status asthmaticus). Auswirkungen unterschiedlichen Ausmaßes ergeben sich sowohl direkt für die Erkrankten (berufliche/schulische Leistungsfähigkeit, Berufswahl, sportliche Aktivitäten, Verzicht auf Haustiere, etc.) wie auch indirekt für Familienangehörige (Pflegeaufwand bei Neurodermitis, Änderung der Kochgewohnheiten bei Nahrungsmittelallergie, etc.).

Die Symptomatik bei **Inhalationsallergien** beschränkt sich nicht ausschließlich auf das je nach Allergenart primäre Erfolgsorgan (z. B. Nase), sondern schließt meist Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Müdigkeit oder Konzentrationsschwäche ein. Bei adäquater Allergiediagnostik und optimaler (medikamentöser) Therapie gelingt es aber in den meisten Fällen, eine relevante Leistungsminderung im beruflichen und privaten Bereich weitgehend zu vermeiden. Einen Sonderfall stellen berufsbedingte Latexallergien (z. B. bei B. medizinisches Personal, Reinigungspersonal). Obwohl die Verwendung gepuderter Latexhandschuhe rückläufig ist und neue Produkte vielfach reduzierte Allergengehalte aufweisen, ist hier der Kontakt mit Latex nicht immer vermeidbar.

Das Vorliegen von **Nahrungsmittelallergien** und Nahrungsmittelintoleranzen macht Umstellungen in den Ernährungsgewohnheiten notwendig und schließt fakultative Begleitmedikation ein. Bei verschiedenen Formen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. orales Allergiesyndrom, Histaminintoleranz) sind PatientInnen in der Lage, die Zufuhr der jeweiligen Allergene gemäß ihrer persönlichen Toleranzgrenze zu kontrollieren. Eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität besteht aber in schweren Nahrungsmittelallergien, die mit potenziell lebensbedrohlicher Symptomatik verbunden sind. Bereits die geringste Allergenmenge für allergische Reaktionen ausreichen (z. B. Erdnussallergie). Nicht selten entstehen hierbei erhebliche chronische psychische Belastungen für die Betroffenen. Häufige allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel verhältnismäßig oft durch so genannte „versteckte“ oder nicht-deklarierte oder nicht als solche erkennbare Allergene ausgelöst werden. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer präzisen Deklaration aller – und insbesondere der als Allergene identifizierten – Inhaltsstoffe in industriell gefertigten Nahrungsmittelprodukten. Vergleichbare Angstzustände kennen auch PatientInnen mit schweren anaphylaktischen Reaktionen nach **Bienen-** oder **Wespenstichen**. Hier ist es notwendig, den PatientInnen nach einer seriösen allergologischen Abklärung eine Hyposensibilisierungstherapie (spezifische Immuntherapie) und eine entsprechende Notfallvorsorgeempfehlung zu geben.

4.2.2.6 Prävention und Früherkennung

Je nach Zeitpunkt ihres Wirkens können Präventionsstrategien in primäre (Verhinderung der Entstehung), sekundäre (Verhinderung der klinischen Manifestation bei erfolgter Sensibilisierung) und tertiäre Strategien (Kontrolle der Krankheit) unterteilt werden.

Typ-1-Allergien

Da nach neuen Erkenntnissen die Weichenstellung in Richtung allergischer Erkrankung bei der Geburt und unmittelbar postpartal erfolgt, versuchen **primäre Präventionsstrategien** die Vermeidung der Entstehung einer allergischen Sensibilisierung durch Minimierung von Risikofaktoren frühzeitig zu beeinflussen. Derartige Präventionsstrategien sind insbesondere bei familiärer (genetischer) Veranlagung von Kindes an wichtig. Die derzeitige wissenschaftliche Diskussion über relevante Risikofaktoren ist komplex, sodass nur wenige vertretbare Empfehlungen ausgesprochen werden können.

Konkrete Ansatzpunkte der primären Allergenprävention könnten sein:

- Verzicht auf Tabakkonsum im Wohnbereich;
- Brustfütterung mindestens sechs Monate oder Verwendung hydrolysierter Säuglingsnahrung;
- eventuell allergenarme Ernährung der Mutter während der Laktation;
- späte Einführung fester allergenhaltiger Nahrung;
- Hausstaubmilbenwachstum beschränkende Wohnverhältnisse (z. B. Matratzenüberzüge, keine Spannteppiche);
- Verzicht auf Haustiere;
- keine übertriebenen „hygienischen“ Lebensbedingungen.

Sekundäre Präventionsstrategien zielen auf eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Bei Hochrisikokindern ist eine frühzeitige allergologische Abklärung sinnvoll. Durch sorgfältige Umsetzung von Allergenreduktionsmaßnahmen (Weggabe von Haustieren, Sanierung von Pilzbefall, Hausstaubmilbenreduktion, etc.) kann das Risiko von Neusensibilisierungen und der Ausweitung einer Pollinose (allergisches Asthma („Etagenwechsel“)) reduziert werden. Ähnliche protektive Effekte wurden auf bestimmte Pharmaka zugeschrieben. Bei Kindern mit Pollinose konnte gezeigt werden, dass die frühzeitige Durchführung einer spezifischen Immuntherapie die Asthmainzidenz signifikant zu reduzieren vermag.

Präventionsmaßnahmen im öffentlichen Bereich

Die verstärkte Berücksichtigung der allergenen Potenz vieler Pflanzenarten bei der Gestaltung von **Grünflächen** und **Parkanlagen** im städtischen Bereich erscheint aus allergologischer Sicht sinnvoll und wünschenswert. Bei der Neupflanzung von Holzpflanzen ist „hypo-allergenen“ Arten, d. h. Arten mit geringem Allergiepotenzial oder geringer Pollenproduktion, der Vorzug zu geben. Auf die Belastung durch Pollen **landwirtschaftlicher Nutzpflanzen** in den städtischen Randbereichen (Getreide, Raps) ist ebenfalls Rücksicht zu nehmen.

Mögliche Ansatzpunkte liegen auch in der Kontrolle der Allergenbelastung in öffentlichen Bereichen, insbesondere die **Verschleppung von Tierhaarallergenen** durch Tierbesitzer aus dem eigenen Wohnbereich heraus und der daraus potenziell resultierenden Allergenexposition anderer Personen, etwa in **Gärten, Schulen** oder öffentlichen Gebäuden, sollte verstärkt Beachtung verdienen. Eigener Tierbesitz zufolge besteht beispielsweise kein signifikanter Zusammenhang zwischen Tierhaarallergie und Tierhaltung. Lediglich 23 Prozent der Katze-Sensibilisierten und 13,5 Prozent der Hunde-Sensibilisierten hielten nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Testung ein entsprechendes Tier. Fast 60 Prozent der Sensibilisierten hatten generell keine aktuellen regelmäßigen Kontakte zu irgendwelchen Tieren. Diese Diskrepanz wohl teilweise auf früheren Tierbesitz zurückgeführt werden kann, scheint insgesamt verschleppte Allergene eine unterschätzte Bedeutung im Sensibilisierungsgeschehen zu haben.

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Tierhaarsensibilisierung und Tierbesitz¹⁾

Hauttestergebnis	insgesamt n	Tierbesitz			kein Tier n (%)
		Katze n (%)	Hund n (%)	Meerschw. n (%)	
positiv Katze	142	33 (23,2)	21 (14,8)	6 (4,2)	85 (60,0)
positiv Hund	89	15 (16,9)	12 (13,5)	3 (3,4)	62 (69,6)
positiv Meerschweinchen	28	5 (17,9)	3 (10,7)	4 (14,3) ²⁾	16 (57,1)
positiv insgesamt	167	38 (22,8)	27 (16,2)	8 (4,8)	100 (60,0)
negativ insgesamt	747	149 (20,0)	98 (13,1)	33 (4,4)	501 (67,1)

- 1) Der Zusammenhang zwischen Tierhaarsensibilisierung und Tierbesitz wurde auf Grund von anamnestischen Angaben und Hauttestergebnissen mit Tierhaarallergenen bei 914 konsekutiven PatientInnen berechnet. Für die wichtigsten Tierallergene Katze und Hund ergibt sich dabei aus dem Tierbesitz kein signifikant erhöhtes Sensibilisierungsrisiko.
2) $p < 0,05$, χ^2 -Test

Quelle: FAZ 1999

Früherkennung von allergischen Erkrankungen

Derzeit existieren keine verlässlichen Methoden, das konkrete Allergierisiko frühzeitig festzustellen. Eine positive **Familienanamnese** (Eltern und/oder Geschwister sind AllergikerInnen) allein ist nicht aussagekräftig (Sensitivität unter 50 Prozent). Viele serologische Parameter des **Nabelschnurblutes** (Gesamt-IgE, T-Zell-Reaktivität, IFN- γ , Eosinophilie, Prostaglandine, etc.) sind bei prospektiven AtopikerInnen signifikant verändert. Dennoch sind diese Parameter wegen der geringen Sensitivität und Spezifität als Screeningverfahren ungeeignet. Ähnliches gilt für die Bestimmung von Blutparametern bei Säuglingen. Sinnvoller ist die gezielte Beobachtung des Auftretens atopischer Krankheitszeichen bei Hochrisikokindern durch den Kinderarzt und allfällige frühzeitige Überweisung zur Allergietestung.

Kontaktallergien

Präventivmaßnahmen bezüglich Kontaktallergien haben einen großen Stellenwert im **Arbeitsplatzmedizin**. Chronische Ekzeme (insbesondere der Hände) sind häufige Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Grund für einen Berufswechsel. Die Inzidenz beruflicher Dermatosen beträgt 0,1 Prozent. Der damit verbundene volkswirtschaftliche Schaden wurde in Deutschland in den letzten Jahren auf umgerechnet jährlich 3–15 Mrd. Schilling geschätzt. Bekannte Risikoberufe sind die Textilindustrie, Baugewerbe, Reinigungsdienst, Druckindustrie, zahnärztliche Berufe, Fotografierinnen.

Primäre Strategie muss die **Vermeidung** des direkten Allergenkontaktes sein. Zu bedenken sind auch chronische unspezifische **Hautirritationen**, etwa durch übermäßigen Wasserkontakt oder chemische wesentliche Wegbereiter einer Kontaktallergie sind. Wichtig ist daher die prophylaktische Anwendung von geeigneten Externa (z. B. Schutzcremes), das Tragen von geeigneter Schutzkleidung (z. B. Handschuhe) sowie die sorgfältige Reinigung und Pflege der Haut nach der Arbeit. Als letzter Ausweg ist ein Berufswechsel, meist zum Schaden des Betroffenen. In manchen Fällen erscheint ein präventives Berufsscreening sinnvoll.

Präventive Maßnahmen im **Privatbereich** betreffen in erster Linie Nickel und Duftstoffe. Diese haben auch bei Kindern einen großen Stellenwert. Hauptquelle von Nickelallergien sind **Schmuck** (Ohrringe!) und Jeansknöpfe. Das Verbot von Nickel in Modeschmuck ist bis heute nicht durchgehend, zumal Nickel nach wie vor in Legierungen und Schmuckbestandteilen Verwendung findet. Goldplattieren/Versilbern von Nickelteilen bietet langfristig keinen ausreichenden Schutz, da auch bei geringen Mengen an Nickelionen an die Oberfläche gelangen können. Angesichts der üblichen Verwendung von Nickel als Kontaktallergen ist die beabsichtigte Verwendung von Nickel in den zu 100 Prozent Nickel-Münzen kritisch zu beurteilen.

Duftstoffe und andere Kosmetikabestandteile sind weitere wichtige Kontaktallergene im Privatbereich. Problematisch ist grundsätzlich die Applikation von **Kosmetika** auf irritierter oder entzündeter Haut, wobei hier das Sensibilisierungsrisiko drastisch erhöht ist. Seitens der Industrie bestehen seit Jahren Bestrebungen, das Sensibilisierungspotenzial von Produkten durch Einsatz „hypoallergener“ oder geeigneter Duftstoffmischungen („Quenching“) herabzusetzen, die allerdings nicht durchgehend erfolgreich waren. Obwohl Duftstoffe die häufigsten Kosmetikaallergene sind, ist ihre **Deklaration** mangelhaft. Eine eindeutige Kennzeichnung dieser oft lediglich unter „Fragrances“ deklarierter Duftstoffe wäre für die betroffenen PatientInnen wünschenswert.

Vorsicht geboten ist grundsätzlich bei Verwendung von Produkten, die pflanzliche Bestandteile enthalten. **„Naturprodukte“** (z. B. Propolis, Teebaumöl) sind eine zunehmende Quelle von Kontaktallergien.

4.2.2.7 Behandlungsmöglichkeiten

Bei Tier-, Nahrungsmittel-, Latex- und Kontaktallergien ist die einfachste Behandlungsform das Meiden bzw. Entfernen des Allergens (**Allergenkarenz**). Bei einer Hausstaubmilben-Allergie können Reinigungsmaßnahmen im Haushalt zu einer deutlichen Reduktion der allergischen Beschwerden führen. Bei Pollenbelastungen kann eventuell durch gezielte Urlaube ausgewichen werden.

Das Spektrum **symptomatischer medikamentöser Behandlung** ist groß. H1-Rezeptorantagonisten (Antihistaminika) und Mastzellstabilisatoren wie Cromoglicinsäure und Nedocromil sind fester Bestandteil der Therapie von Inhalationsallergien. Die jüngste Generation der Antihistaminika zeigt hohe Wirksamkeit bei fehlender oder nur geringer Sedierung. Lokale inhalative Steroide für Nase und Lunge haben eine hervorragende entzündungshemmende Wirkung und sind aus der heutigen Lokalthherapie nicht mehr wegzudenken. In der Asthmatherapie kommen zusätzlich β_2 -Mimetika und Theophyllin zum Einsatz. Wenig bekannt sind derzeit noch für die neue Medikamentengruppe der Leukotrienantagonisten.

Ultima Ratio der Allergiebehandlung ist die **spezifische Immuntherapie** (Desensibilisierung). Sie ist die derzeit einzige kausale Behandlungsform von Allergien, die über die Desensibilisierung allergenspezifischer Desensibilisierung generell die allergische Disposition des Immunsystems

einflusst. Die Immuntherapie wird derzeit bei vielen Inhalationsallergien (Pollen, Hausstaubmilbe) und Nahrungsmittelallergien mit hoher Effizienz (Erfolgsrate > 70 Prozent) und hoher Sicherheit (systemische Nebenwirkungen bei < 0,05 Prozent) eingesetzt. Auf Grund der jüngsten Fortschritte der biomedizinischen Forschung könnten in absehbarer Zeit Desensibilisierungsverfahren noch effizienter, sicherer und breiter durchgeführt werden und auch für andere Allergene zur Verfügung stehen.

Die Wirksamkeit **komplementärmedizinischer Verfahren** in der Behandlung von Allergien ist nicht belegt. Der Akupunktur kann ein gewisser Stellenwert in der Unterdrückung von Entzündungen zugesprochen werden. Für andere alternative Methoden (Bioresonanz, Homöopathie, OPCs/oligomere Procyandine etc.) fehlt jeglicher Wirksamkeitsnachweis aus kontrollierten Studien.

4.2.2.8 Einrichtungen für die Behandlung von Allergien

Die Diagnose der allergischen Erkrankungen kann an speziell eingerichteten Allergieabteilungen oder in dermatologischen, pulmonologischen, pädiatrischen oder **HNO-Kliniken** durchgeführt werden. Darüber hinaus gibt es österreichweit spezialisierte **Allergieambulatorien**, die für die Diagnose und Therapie allergischer Erkrankungen zuständig sind. Derartige Allergieambulatorien existieren in Wien, Graz, Salzburg und Innsbruck, in anderen großen Städten fehlen entsprechende Abteilungen. Zusätzlich bieten einige **FachärztInnen** der Dermatologie, Pulmologie und HNO Allergiediagnostik und -therapie an. Dermatologen dürfen auf Grund des Ärzteausbildungsgesetzes den Zusatz Allergologe tragen, sind zum Teil nicht entsprechend ausgebildet. Diesem Manko kommt die Arbeitsgemeinschaft Allergologie der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie nun durch gezielte Schulungen nach.

4.2.2.9 Gesundheitspolitische Relevanz, Ziele und Handlungsbedarf (Beratung, Behandlung, Aufklärung)

Die gesundheitspolitische Relevanz ergibt sich aus der Tatsache, dass sich europaweit fast jeder Mensch als AllergikerIn bezeichnet. Vorrangiges Ziel muss daher gezielte Informationsarbeit sein, um das Auftreten von Allergien durch Primärpräventionsstrategien im privaten, beruflichen und öffentlichen Bereich zu kontrollieren, sowie AllergikerInnen frühzeitig einer kompetenten medizinischen Betreuung zuführen. Hier wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Allergie und Immunologie ein Forum für wissenschaftlich tätige AllergologInnen gegründet, dessen Aufgabe es ist, kontinuierlich und gezielt ÄrztInnen über die Bedeutung allergischer Erkrankungen aufzuklären. Zusätzlich ist auch die vermehrte Verfügbarkeit allergologischer Fachinformation für betroffene PatientInnen wünschenswert. Derartige Informationen sind mittlerweile in großer Zahl über das Internet erhältlich, sollten aber im Sinne einer größeren Reichweite auch vermehrt über traditionelle Medien (z. B. Tageszeitungen) angeboten werden.

Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Allergieprävention und Verbesserung von Diagnostik, Aufklärung und Therapie allergischer Erkrankungen:

- Aufklärungsarbeit über potenzielle Allergierisikofaktoren im privaten Bereich und im Berufsleben
- Maßnahmen zur Früherkennung allergischer Erkrankungen (z. B. durch Kinder- und SchulärztInnen)
- Screeninguntersuchungen beim medizinischen Personal (ÄrztInnen, Pflegepersonal); Latex ist nicht nur ein Kontaktallergen für die Betroffenen, sondern auch ein Inhalationsallergen für Dritte;
- Bereitstellung von Informationen über kompetente zuständige medizinische Einrichtungen und Aufklärung über gesicherte diagnostische und therapeutische Verfahren;
- Einsatz für allergenarme Umweltbedingungen im öffentlichen Bereich, z. B.
 - Berücksichtigung der Allergenität verschiedener Pflanzen bei der Landschaftsplanung (z. B. keine Neupflanzung von Birken im Wohnbereich),
 - Kontrolle des Allergengehaltes in Kindergärten, Schulen u. Ä.,
 - Regelmäßiges Rasenmähen in Bädern (Vermeidung von Bienenstichen);

4.2.2 SCHWERPUNKT ALLERGIEN I: Ursachen, Arten, Krankheitsformen, Auftretenshäufigkeit und Prävention

Univ.Doz. Dr. Reinhart JARISCH, Dr. Wolfgang HEMMER, Dr. Mag. Stefan WÖHRL
FAZ – Floridsdorfer Allergiezentrum, Wien

Zusammenfassung

Inhalative Allergien, Neurodermitis und kontaktallergische Erkrankungen sind in den letzten Jahren zweifellos im Zunehmen begriffen. Fast jede/r 5. ÖsterreicherIn bezeichnet sich selbst als allergisch. Auch ist die Prävalenz von Asthma, die in Westeuropa derzeit auf rund sieben Prozent geschätzt wird, in den letzten 20 Jahren um etwa 50 Prozent angestiegen.

Unter den Typ-1-Allergien (Soforttyp-Allergien) sind die Inhalationsallergene die häufigsten Allergieauslöser: v. a. Pollen (Birke, Gräser, Esche, Beifuß, etc.), Hausstaubmilbe, Katze, etc. Weitere, jedoch bedeutend seltener auftretende Allergien betreffen Nahrungsmittel, Insektengift, Metalle, Duftstoffe und Konservierungsmittel.

Als Ursache für die meisten Soforttyp-Allergien wird – nach derzeitigem Wissen – das Wechselspiel zwischen genetischen Prädispositionen und bestimmten Umwelteinflüssen (z. B. Zigarettenrauch) angesehen.

Eine Prävention ist u. a. durch Minimierung von Risikofaktoren wie Verzicht auf Tabak, Reduktion der Hausstaubmilbenbelastung, aber auch durch Vermeidung der Neupflanzung „hypo-allergener“ Pflanzen (z. B. Birke) möglich. Durch eine Früherkennung der Erkrankung kann mittels spezifischer Immuntherapie und medikamentöser Behandlung der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.

Die Frühaufklärung von betroffenen Personen durch frei zugängliche Medien und die verbesserte Fachinformation von ÄrztInnen ist dringend erforderlich. Zusätzlich ist eine vermehrte und verbesserte Schulung von an allergologischer Diagnostik und Therapie interessierten ÄrztInnen notwendig.

Summary: Focus on allergies I: Types, course of diseases, frequency and prevention

Inhalative allergies, neurodermitis, as well as contact allergies have no doubt increased in the last few years. One in five Austrians believe they are allergic to something. The prevalence of asthma, which is currently estimated at 7 percent for Western Europe, has also seen a 50 percent increase in the last 20 years.

Inhalation allergens are the most frequent triggers for type I allergies (immediate action allergies). These include, above all, pollen (birch, grasses, ash, mugwort), as well as house dust mite, cats and other animals. Other, less frequent, allergies are caused by food, insecticides, metals, and preservatives and preserving agents.

Main causes for most immediate reaction allergies are currently believed to be interactions between genetic disposition and environmental influences such as cigarette smoke.

Preventive measures include minimizing risk factors, i.e. avoiding tobacco or house dust mite, or taking care not to plant "hypo-allergenic" plants such as birch.

There is both a lack of publicly accessible media and sound professional information required to increase the rate of early detection. Training for doctors interested in allergologic diagnostics and therapy needs to be improved and to become more widespread.

4.2.3.1 Testspektrum und PatientInnenauswahl

Vorwiegend aus dem Wiener Raum wurden an der Allergieambulanz der HNO-Universitätsklinik PatientInnen getestet, die mit der Verdachtsdiagnose „Inhalationsallergie“ zugewiesen wurden. Die Fallzahlen variieren von Jahr zu Jahr, liegen aber im Mittel um die 300 per anno (Tabelle 8). Das Standard-Testspektrum umfasst die wichtigsten Inhalationsallergene in unserer Region: Gräserpollen (g3), Birkenpollen (b1), Beifußpollen (w6), Ragweedpollen (w1), Alternaria-Sporen (m6), Cladosporium-Sporen (m2), Hausstaubmilbe (*Dermatophagoides pteronyssinus*, d1), und Katzenepithelien (e1). Dieses Spektrum wurde konsequent von 1984 bis 1999 eingesetzt. Alle zugewiesenen PatientInnen wurden zumindest mit dem Standard-Testspektrum sowohl im Prick Test (Hauttest) als auch im RAST (Bluttest) getestet. Seit 2000 wurde die RAST-Methode durch die CAP-Methode ersetzt.

Für die hier angeführten Untersuchungen kamen nur die in-vitro-Testergebnisse (also RAST bzw. CAP) zur Anwendung. Von allen getesteten Personen kamen nur jene zur Auswahl, bei denen **wenigstens ein Inhalationsallergen** als RAST-positiv zu bewerten war, also RAST Klasse 2 oder höher. Alle anderen PatientInnen wurden ausgeschlossen. PatientInnen mit Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien sind demnach nicht in der Auswertung enthalten, selbst wenn sie RAST-positiv waren (solche Tests wurden bei Bedarf zusätzlich durchgeführt).

4.2.3.2 Statistische Auswertung

Für jedes der Jahre 1984–1999 wurde der prozentuelle Anteil an positiven RAST-Ergebnissen pro Allergen ermittelt (Tabelle 8). Diese Prozentangabe wurde als Maß für die Immunantwort in der Wiener Region postuliert, d. h. als Nachweis der Produktion von spezifischen Antikörpern des Typs Immunglobulin E (IgE). Da neben Monosensibilisierungen auch zahlreiche Polysensibilisierungen vorkommen, nehmen diese kaum Einfluss auf den ermittelten Prozentanteil.

Die jährlichen Prozentanteile von Sensibilisierungen wurden daraufhin mit der Jahreszahl korreliert, um Trends festzustellen. Die Korrelationen wurden als einseitige Korrelationskoeffizienten nach Pearsons tau-b und Spearman mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS) errechnet. Die Wahrscheinlichkeit wurde auf 0,1-Prozent-Genauigkeit (drei Dezimalstellen) errechnet.

Nach derselben Methode wurden Trends bei den jährlichen Pollensummen und der Vergleich der Pollensummen mit der Sensibilisierungsrate durchgeführt.

4.2.3.3 Quantifizierung des Allergenangebotes

Zur Quantifizierung der Pollen und Sporen kam eine seit 1976 am Dach des AKH (alte HNO-Klinik) installierte volumetrische Pollen- und Sporenfalle zum Einsatz. 1996 wurde dieser Standort durch den Standort am Dach des Erweiterungsbaus Ost ersetzt. Der neue Standort befindet sich in gleicher Höhe (ca. 20 m über Grund) und lediglich etwa 50 Meter in nördlicher Richtung vom alten Standort entfernt. Die Pollenfalle saugt kontinuierlich zehn Liter Luft pro Minute an, die im Abstand von 0,6–0,7 m vor dem Ansaugschlitz auf einen mit Vaseline beschichteten transparenten Streifen, der auf einer von einem Präzisionsuhrwerk bewegten Trommel montiert ist, auftrifft. Das Uhrwerk bewegt die Trommel mit einer Geschwindigkeit von zwei mm pro Stunde am Ansaugschlitz vorbei. Damit ist es möglich, auf zwei Meter genau das Auftreffen von Luftpartikeln zu analysieren. Nach mikroskopischer Analyse werden die Werte zunächst als Pollen pro m² Luft im Tagesmittel ausgewiesen. Die Betriebszeit der Pollenfalle reicht von Jänner (Dezember) bis etwa Mitte Oktober, also von der Blüte von Erle und Hasel bis zum Ende der Blüte von Ragweed. Zur Verwendung für die vorliegende Studie kamen lediglich die Jahressummen der gefallenen Pollen und Sporen als Maß für die jährliche Veränderung im Allergenangebot in der Atemluft (Tabelle 9).

Angaben zur Veränderung des Allergenangebotes bei Hausstaubmilbenallergenen und Katzenallergenen sind – aus wohl verständlichen Gründen – nicht verfügbar.

Tabelle 8: Anzahl der jährlich getesteten Personen positiver Reaktion gegen mindestens ein Allergen im Blut¹⁾

Jahr	Anz. Patienten	g3	% g3	t3	% t3	w6	% w6	w1	% w1	m6	% m6	m2	% m2	d1
1984	260	191	73,5	107	41,2	79	30,4	56	21,5	31	11,9	14	5,4	60
1985	207	148	71,5	64	30,9	65	31,4	57	27,5	37	17,9	17	8,2	59
1986	248	140	56,5	106	42,7	71	28,6	57	23,0	35	14,1	23	9,3	63
1987	238	142	59,7	81	34,0	55	23,1	44	18,5	36	15,1	27	11,3	76
1988	247	168	68,0	86	34,8	57	23,1	49	19,8	33	13,4	15	6,1	69
1989	299	193	64,6	134	44,8	64	21,4	58	19,4	30	10,0	14	4,7	78
1990	264	158	59,9	91	34,5	62	23,5	59	22,4	35	13,3	9	3,4	71
1991	310	186	60,0	131	42,3	68	21,9	69	22,3	41	13,2	9	2,9	116
1992	203	115	56,7	77	37,9	65	32,0	59	29,1	18	8,9	9	4,4	71
1993	329	197	59,9	144	43,8	100	30,4	92	28,0	36	10,9	19	5,8	144
1994	382	261	68,3	176	46,1	140	36,7	123	32,2	44	11,5	13	3,4	155
1995	393	232	59,0	154	39,2	116	29,5	114	29,0	54	13,7	17	4,3	177
1996	400	281	70,3	175	43,8	136	34,0	133	33,3	61	15,3	25	6,3	175
1997	293	193	65,9	134	45,7	92	31,4	86	29,4	38	13,0	17	5,8	120
1998	360	255	70,8	178	49,4	127	35,3	122	33,9	39	10,8	17	4,7	149
1999	405	255	63,0	210	51,9	114	28,2	110	27,2	58	14,3	15	3,7	173
Summe	4.838	3.115		2.048		1.411		1.288		626		260		1.756
Mittelwert	302	195	64,2	128	41,4	88	28,8	81	26,0	39	13,0	16	5,6	110

- 1) Die Tabelle stellt die Anzahl der jährlich getesteten PatientInnen mit wenigstens einer positiven Reaktion im Blut (abhängig von der Konzentration an spezifischen Antikörpern) gegen ein Inhalationsallergen dar. Daneben stehen Anzahl und prozentuale Anteile der positiven Ergebnisse pro getestetem Allergen:
g3 = Gräserpollenallergen (Knäuelgras, *Dactylis glomerata*); t3 = Birkenpollenallergen (Birke, *Betula verrucosa*); w6 = Weidenpollenallergen (Weide, *Salix caprea*); w1 = Ragweedpollenallergen (Ragweed, Traubenkraut, Ambrosia); m6 = Alternariaallergen (Pilzsporen); m2 = Cladosporiumallergen (Pilzsporen); d1 = Hausstaubmilbenallergen (*Dermatophagoides pteronyssinus*); e1 = Katzenallergen (Katzenepithelien).

Tabelle 9: Jährliche Summen und ihre Veränderung der in der Wiener Luft angetroffenen Allergene

Jahr	Gräser	Birke	Beifuß	Ragweed	Alternaria
1984	2.314	9.556	738	181	4.432
1985	4.116	1.202	752	408	5.317
1986	2.985	5.521	771	191	5.580
1987	3.258	5.927	1.129	801	3.302
1988	2.501	2.554	504	130	3.324
1989	2.626	5.539	560	594	4.647
1990	3.022	2.956	637	388	3.544
1991	4.310	8.233	908	1.144	6.530
1992	3.381	4.328	971	1.869	7.696
1993	3.425	6.590	831	1.683	5.508
1994	6.892	11.750	841	1.088	5.293
1995	4.075	4.109	1.196	1.090	6.463
1996	-	-	828	1.135	-
1997	1.682	2.192	762	1.490	2.022
1998	1.556	4.173	615	1.688	3.268
1999	2.897	2.831	473	1.960	4.402
Summe	49.040	77.461	12.516	15.840	71.328
Mittelwert	3.269	5.164	782	990	4.755

- 1) Die Zahlen resultieren aus der Summierung aller entsprechenden Zählwerte der Tagesergebnisse, die in Pollen- und Pilzsporenmessungen als Tagesmittel ausgedrückt sind. Man könnte sie also als Mittelwert der Pollen pro 365 m² ansehen. Im Jahre 1996 wurden die Messungen in den Monaten April bis Juni, daher sind die Werte für die während dieser Zeit blühenden Pflanzen nicht in die Summierung einbezogen. Die Werte für die Pilzsporen sind wohl auch Summenwerte, doch sind die Zahlen für Alternaria und Cladosporium bezogen und Cladosporium wurde bloß klassifiziert (0–3). Der Grund liegt in der übergroßen Anzahl an Cladosporium-Sporen (bis zu 80.000/m²). Eine exakte Zählung wäre viel zu zeitaufwändig.

4.2.3.1 Testspektrum und PatientInnenauswahl

Vorwiegend aus dem Wiener Raum wurden an der Allergieambulanz der HNO-Universitätsklinik PatientInnen getestet, die mit der Verdachtsdiagnose „Inhalationsallergie“ zugewiesen wurden. Die Fallzahlen variieren von Jahr zu Jahr, liegen aber im Mittel um die 300 per anno (Tabelle 8). Das Standard-Testspektrum umfasst die wichtigsten Inhalationsallergene in unserer Region: Gräserpollen (g3), Birkenpollen (b1), Beifußpollen (w6), Ragweedpollen (w1), Alternaria-Sporen (m6), Cladosporium-Sporen (m2), Hausstaubmilbe (*Dermatophagoides pteronyssinus*, d1), und Katzenepithelien (e1). Dieses Spektrum wurde konsequent von 1984 bis 1999 eingesetzt. Alle zugewiesenen PatientInnen wurden zumindest mit dem Standard-Testspektrum sowohl im Prick Test (Hauttest) als auch im RAST (Bluttest) getestet. Seit 2000 wurde die RAST-Methode durch die CAP-Methode ersetzt.

Für die hier angeführten Untersuchungen kamen nur die in-vitro-Testergebnisse (also RAST bzw. CAP) zur Anwendung. Von allen getesteten Personen kamen nur jene zur Auswahl, bei denen **wenigstens ein Inhalationsallergen** als RAST-positiv zu bewerten war, also RAST Klasse 2 oder höher. Alle anderen PatientInnen wurden ausgeschlossen. PatientInnen mit Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien sind demnach nicht in der Auswertung enthalten, selbst wenn sie RAST-positiv waren (solche Tests wurden bei Bedarf zusätzlich durchgeführt).

4.2.3.2 Statistische Auswertung

Für jedes der Jahre 1984–1999 wurde der prozentuelle Anteil an positiven RAST-Ergebnissen pro Allergen ermittelt (Tabelle 8). Diese Prozentangabe wurde als Maß für die Immunantwort in der Wiener Region postuliert, d. h. als Nachweis der Produktion von spezifischen Antikörpern des Typs Immunglobulin E (IgE). Da neben Monosensibilisierungen auch zahlreiche Polysensibilisierungen vorkommen, nehmen diese letztere kaum Einfluss auf den ermittelten Prozentanteil.

Die jährlichen Prozentanteile von Sensibilisierungen wurden daraufhin mit der Jahreszahl korreliert, um Trends festzustellen. Die Korrelationen wurden als einseitige Korrelationskoeffizienten nach Pearsons tau-b und Spearman mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS) errechnet. Die Wahrscheinlichkeit wurde auf 0,1-Prozent-Genauigkeit (drei Dezimalstellen) errechnet.

Nach derselben Methode wurden Trends bei den jährlichen Pollensummen und der Vergleich der Pollensummen mit der Sensibilisierungsrate durchgeführt.

4.2.3.3 Quantifizierung des Allergenangebotes

Zur Quantifizierung der Pollen und Sporen kam eine seit 1976 am Dach des AKH (alte HNO-Klinik) installierte volumetrische Pollen- und Sporenfalle zum Einsatz. 1996 wurde dieser Standort durch den Standort am Dach des Erweiterungsbaus Ost ersetzt. Der neue Standort befindet sich in gleicher Höhe (ca. 20 m über Grund) und lediglich etwa 50 Meter in nördlicher Richtung vom alten Standort entfernt. Die Pollenfalle saugt kontinuierlich zehn Liter Luft pro Minute an, die im Abstand von 0,6–0,7 m vor dem Ansaugschlitz auf einen mit Vaseline beschichteten transparenten Streifen, der auf einer von einem Präzisionsuhrwerk bewegten Trommel montiert ist, auftrifft. Das Uhrwerk bewegt die Trommel mit einer Geschwindigkeit von zwei mm pro Stunde am Ansaugschlitz vorbei. Damit ist es möglich, auf zwei Zentimeter genau das Auftreffen von Luftpartikeln zu analysieren. Nach mikroskopischer Analyse werden die Werte zunächst als Pollen pro m² Luft im Tagesmittel ausgewiesen. Die Betriebszeit der Pollenfalle reicht von Jänner (Dezember) bis etwa Mitte Oktober, also von der Blüte von Erle und Hasel bis zum Ende der Blütezeit von Ragweed. Zur Verwendung für die vorliegende Studie kamen lediglich die Jahressummen der gefallenen Pollen und Sporen als Maß für die jährliche Veränderung im Allergenangebot in der Atemluft (Tabelle 9).

Angaben zur Veränderung des Allergenangebotes bei Hausstaubmilbenallergenen und Katzenallergenen sind – aus wohl verständlichen Gründen – nicht verfügbar.

4.2.3.4 Resultate

Trends bei den Pollenmengen:

Leicht abnehmende Trends wurden bei Birken- und Beifußpollen festgestellt. Sie sind jedoch kein signifikant. Gräserpollen zeigen praktisch keinen Trend zu höherer oder niedrigerer jährlicher Pollenbelastung. Ein hoch signifikanter Trend zu jährlich höherer Pollenbelastung durch Ragweedpollen konnte jedoch nachgewiesen werden.

Trends bei den Sporenmengen:

Während Alternaria einen leicht abnehmenden Trend aufweist, war bei Cladosporium eine leichte Zunahme im Laufe der Jahre zu erahnen. Beide Trends sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabelle 10: Trends bei den jährlichen Pollen- und Sporenmengen

Korrelation nach: Jahr/versus:	Pearson		Kendall	
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation	Signifikanz
Birke	0,1456	0,302	0,1048	0,293
Gräser	0,0357	0,450	0,0286	0,441
Beifuß	0,0572	0,417	0,0167	0,464
Ragweed	0,8293	0,000***	0,6333	0,000*
Cladosporium	0,2341	0,401	0,2105	0,276
Alternaria	0,1033	0,357	0,0476	0,402

*** höchst signifikant

Trends bei den Sensibilisierungen:

Ein Rückgang der Sensibilisierungsraten ist bei den Pilzsporen von Cladosporium und Alternaria zu beobachten, jedoch fehlt die statistische Signifikanz. Kein Trend ist bei Gräserpollensensibilisierungen ersichtbar. Zumindest nehmen die Gräserpollen-Allergien nicht zu. Dagegen sind statistisch signifikante Zunahmen der Sensibilisierungsraten gegen Birkenpollen, Ragweedpollen, Milbenallergene und Katzenallergene nachweisbar. Sensibilisierungen gegen Beifußpollen zeigen zwar ebenfalls eine leicht zunehmende Tendenz (statistisch nicht signifikant), dieser Trend könnte aber auf die Kreuzreaktionen mit Ragweed zurückzuführen sein.

Tabelle 11: Trends bei den jährlichen Sensibilisierungsraten

Korrelation nach: Jahr/versus:	Pearson		Kendall	
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation	Signifikanz
% t3 (Birkenallergen)	0,6974	0,001***	0,5667	0,001
% g3 (Gräserallergen) ¹⁾	0,0182	0,473	0,0333	0,429
% w6 (Beifußallergen)	0,4279	0,049*	0,2427	0,096
% w1 (Ragweedallergen)	0,7211	0,001***	0,5167	0,003
% m2 (Cladosporium)	0,5014	0,048*	0,2667	0,150
% m6 (Alternaria)	0,2132	0,214	0,1333	0,236
% d1 (Milbenallergen) ²⁾	0,8819	0,000***	0,6333	0,000
% e1 (Katzenallergen)	0,6447	0,004***	0,5167	0,003

1) Knäuelgras, *Dactylis glomerata*.

2) Hausstaubmilbe, *Dermatophagoides pteronyssinus*.

* signifikant, *** höchst signifikant

Korrelationen zwischen der Menge inhalierter Partikel und Sensibilisierung

Eine negative Korrelation ergibt sich bei Gräserpollen und Sporen von *Alternaria*. Beide haben keine statistische Signifikanz aufzuweisen. Eine Signifikanz ergibt sich hingegen bei der negativen Korrelation zwischen Menge der *Cladosporium*-Sporen und dem prozentuellen Anteil an RAST-positiven Patienten.

Zwischen dem Angebot an Birken- und Beifußpollen und der Sensibilisierungsrate besteht eine positive, jedoch nicht signifikante Korrelation. Hoch signifikant jedoch korreliert das Angebot an Ragweedpollen mit der Produktion von spezifischen Antikörpern gegen Ragweed-Allergene in der Bevölkerung.

Tabelle 12: Korrelation zwischen Menge inhalierter Partikel und der Produktion spezifischer IgE-Antikörper im Körper von PatientInnen mit Inhalationsallergie

Korrelation nach: Allergenangebot/versus:	Pearson		Kendall
	Korrelation	Signifikanz	Korrelation
Birke vs. % t3	0,2677	0,167	0,1429
Gräser vs. % g3	0,1109	0,347	0,2381
Beifuß vs. % w6	0,1189	0,330	0,1590
Ragweed vs. % w1	0,6368	0,004***	0,3833
Cladosporium vs. % m2	0,5250	0,045*	0,4211
Alternaria vs. % m6	0,2026	0,235	0,1238

* signifikant, *** höchst signifikant

4.2.3.5 Zusammenfassung der Trends

Sensibilisierungen gegen Ragweedpollen nehmen proportional mit dem Anstieg der Pollenmenge zu. Sensibilisierungen gegen Gräserpollen bleiben konstant, ebenso wie das Pollenangebot. Sensibilisierungen gegen Birkenpollen nehmen zu, obwohl die Pollenzahl eher abnehmend ist. Nur bei Ragweedpollen sind bei Beifuß-Sensibilisierungen zu sehen, die Pollenmengen bleiben jedoch konstant.

Sensibilisierungen gegen Pilzsporen nehmen nicht zu.

Dagegen steigt die Sensibilisierungsrate gegen Hausstaubmilben und Katzenhaar.

● Trends bei den Pollenmengen:

abnehmend: Birke n.s.; Beifuß n.s.

gleich bleibend: Gräser

zunehmend: **Ragweed signifikant**

● Trends bei Sporenmengen:

abnehmend: *Alternaria* n.s.

zunehmend: *Cladosporium* n.s.

● Trends bei Sensibilisierungen:

abnehmend: *Cladosporium* zweifelhafte Signifikanz, eher n.s.; *Alternaria* n.s.

gleich bleibend: Gräser

zunehmend: **Birke signifikant**; Beifuß n.s.; **Ragweed signifikant**; **Milbe signifikant**; **Katzenhaar signifikant**

- **Korrelation zwischen Menge inhalierter Partikel und Sensibilisierungen:**

negativ: Gräser n.s., Alternaria n.s.; **Cladosporium signifikant**

positiv: Birke n.s., Beifuß n.s.; **Ragweed signifikant**

Bei Katze und Milbe können keine Korrelationen berechnet werden, da die Menge der inhalierten Gene nicht feststellbar ist.

4.2.3.6 Diskussion

Auf Grund der eindeutig zunehmenden Sensibilisierungen gegen Birkenpollen, Ragweedpollen, staubmilben- und Katzenallergen wäre eine Reaktion der Gesundheitsbehörden in Hinblick auf Allergien und Asthmaprophylaxe zweifellos wünschenswert. Gerade der Asthmapatient ist bekanntlich sehr empfindlich. Etwa 40 Prozent der unbehandelten Inhalationsallergien münden nach international übereinstimmenden Meinungen in Asthma.

- Vorstellbar wären Maßnahmen wie erhöhtes Informationsangebot über das Allergierisiko in der Öffentlichkeit, aber auch gezielt in Schulen, Mütterberatungsstellen und bei praktischen ÄrztInnen.
- Der Verzicht der Pflanzung von Birken durch das Stadtgartenamt und durch Private würde vermutlich den Pollengehalt der Luft nicht entscheidend vermindern, wäre aber in seiner Medienwirksamkeit geeignet, das Allergiebewusstsein zu heben.
- Die Allergien gegen Ragweedpollen werden andernorts sehr ernst genommen: In Frankreich und Ungarn versucht man mit gesetzlichen Maßnahmen die Ausbreitung der Pflanzen zu verhindern, ähnlich in Ungarn, wo in den letzten Jahren zusätzlich aufwändige Aufklärungskampagnen laufen. In Österreich stammt der Großteil an Ragweedpollen aus Ungarn und dem östlichen Marchfeld bzw. aus dem Weinland und dem südlichen Wiener Becken. Im Stadtgebiet selbst konnte sich die Pflanze noch nicht nachhaltig etablieren, doch sollte das Stadtgartenamt auf die Gefahr hingewiesen werden, um das Risiko gering zu halten. Beobachtungen aus den USA und Kanada haben gezeigt, dass der Pflanzensamen sehr schwer und unter Aufbringung großer Mittel beizukommen ist, sobald sie einmal Fuß gefasst haben. Im Bereich Deutsch-Wagram – Strasshof – Gänserndorf dürfte sie kaum noch loszuwerden sein, so im burgenländischen Seewinkel. Praktisch aussichtslos ist die Situation im südlichen und westlichen Karpatenbecken. Nachdem die Pflanze sich rasch von Ungarn aus nach Westen ausgebreitet hat, ist bereits über Wien hinweg ins Tullnerfeld gelangt, ist höchste Vorsicht geboten.
- Die Expositionsprophylaxe bei Hausstaubmilbenallergien ist dagegen vergleichsweise einfach und kann durch physikalische Maßnahmen (milbendichte Matratzenüberzüge und Reduktion der relativen Luftfeuchte in den Schlafräumen auf ein normales Maß) in absehbarer Zeit eine allergenarme Umgebung in Schlafräumen schaffen. Der einzige Nachteil sind die relativ hohen Anschaffungskosten für Matratzenbezüge (etwa 2.000 Schilling pro Matratze).
- Die Zunahme der Tierhaarallergien, insbesondere der Katzenallergien, wird wohl kaum durch präventive Maßnahmen als Aufklärung gebremst werden können.

- Verbesserte Produktdeklaration (z. B. „versteckte“ Allergene, Gehalt an biogenen Aminen, Reduktion von Duftstoffkomponenten);
- Verstärkte allergologische Aus- bzw. Weiterbildung von ÄrztInnen;
- Förderung von klinisch sowie grundlagen-orientierter allergologischer Forschung.

4.2.3 SCHWERPUNKT ALLERGIEN II: Langzeituntersuchung zur Dynamik von Inhalationsallergien in Wien

Univ.Prof. Dr. Siegfried JÄGER

MA 15 – Gesundheitswesen; Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Zusammenfassung

In der vorliegenden, von der HNO-Universitätsklinik Wien durchgeführten Studie wird die Entwicklung der wichtigsten Inhalationsallergene (verschiedene Pollen, Pilzsporen) mit der Entwicklung der Sensibilisierungen der Wiener Bevölkerung in Beziehung gesetzt (Zeitraum: 1984–1999). Folgende Hauptergebnisse wurden dabei erzielt:

- Sensibilisierungen gegen Ragweedpollen nehmen proportional mit dem Anstieg der Pollenmengen zu.
- Sensibilisierungen gegen Gräserpollen bleiben konstant, ebenso wie das Pollenangebot.
- Die Sensibilisierungen gegen Birkenpollen nehmen zu, obwohl die Pollenzahl eher abnehmend ist.
- Nur leichte Zunahmen sind bei Beifuß-Sensibilisierungen zu sehen, die Pollenmengen bleiben konstant bzw. nehmen leicht ab.
- Sensibilisierungen gegen Pilzsporen nehmen nicht zu.

Dagegen steigt die Sensibilisierungsrate gegen Hausstaubmilben und Katzenhaar.

Summary: Focus on allergies I studies on the dynamics of inhalation allergies in Vienna

A current study carried out by the HNO-University clinic in Vienna shows the relationship between the development of the most important inhalation allergens (various pollen spores) and the increasing sensitization of the population in Vienna between 1984 and 1999. Listed below are the main results of the study.

- Sensitization towards ragweed pollen increases in proportion to the increase of pollen.
- Sensitization towards grass pollen remains constant, as does the pollen offer.
- Sensitization towards birch pollen increases, despite the decrease of pollen.
- A slight increase has been observed in sensitization towards mugwort, although pollen amounts are slightly decreasing.
- Sensitization towards fungi does not increase.

Sensitization towards house dust mites and cat hair is on the increase.

Im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte ist nicht nur in den Medien häufig von einer Zunahme allergischer Erkrankungen die Rede. Wirklich umfassende epidemiologische Untersuchungen stehen jedoch sowohl in Österreich, wie auch in anderen europäischen Staaten, abgesehen von einer Studie in Schweden, aus. In diesem Bericht soll die Entwicklung der Bedeutung diverser Inhalationsallergene dargestellt und gezeigt werden, wenn auch einschränkend bemerkt werden muss, dass die Anforderungen an einen wissenschaftlichen Bericht nicht erfüllt werden können.

4.2.4 Rücken- und Kreuzbeschwerden

Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Zusammenfassung

Rund zwölf Prozent der Wiener Bevölkerung leiden an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen. Allerdings zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen (13,4 Prozent) sind häufiger betroffen als Männer (10,5 Prozent). Auch nimmt der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zu: Die 45- bis 60-Jährigen berichten zu 15 Prozent, die über 60-Jährigen zu 19 Prozent von Rücken- bzw. Kreuzschmerzen. Den höchsten Wert weisen die über 60-jährigen Frauen auf (22 Prozent).

Als Risikofaktoren werden in der Fachliteratur v. a. körperliche Belastung im Beruf, andauerndes Sitzen oder Stehen, überdurchschnittliche Körpergröße, fehlende Arbeitszufriedenheit, Stress, niedrige soziale Schicht, passiv-resignative Einstellung, etc. genannt.

Summary: Backaches and lower

Approximately 12 percent of the population suffer from backache or low back pain. Gender specific differences have been noted. Women are more frequently affected than men (13.4 percent and 10.5 percent respectively). The frequency of backaches or lower back pain increases with age. 15 percent of 45- to 60-year olds and 19 percent of people 60 and over are afflicted. More women aged 60 and over than men of this age group are reported.

Main risk factors mentioned in the literature are physical strain at work, prolonged sitting or standing, above average body size, lack of contentment with work, stress, low social standing, a resigned attitude towards life, etc. more.

Internationale Untersuchungen zeigen, dass 70 Prozent der Erwachsenen im Leben schon einmal an Kreuzschmerzen betroffen waren,²⁵ und dass sechs Prozent aller Konsultationen im ambulanten Bereich wegen Rückenschmerzen in Anspruch genommen werden.²⁶

Im Rahmen der österreichischen SERMO-Studie ergab der Vergleich der Punktprävalenz der Rücken- und Kreuzschmerzen über 12 Monate, dass Rücken- und Kreuzschmerzen das Beschwerdebild der österreichischen Bevölkerung dominieren. Lediglich im April und im Mai werden diese Beschwerden – mit geringem Altersunterschied in der Häufigkeit des Auftretens durch Wetterempfindlichkeit vom ersten bis zum Juni durch Schlafstörungen. Die Punktprävalenzen rangieren, übers Jahr verteilt, für Rücken- und Kreuzschmerzen zwischen 8,4 Prozent (Mai) und 11,6 Prozent (Dezember).

4.2.4.1 Ergebnisse der SERMO-Studie in Wien

1995 gaben 12,1 Prozent der WienerInnen an, an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen zu leiden. Der Anteil der momentan an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen Leidenden ist geringer, er beträgt 7,8 Prozent. Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei der Anteil bei Frauen größer ist als jener bei Männern. 1995 litten 13,4 Prozent der Frauen, aber nur 10,5 Prozent der Männer an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen.

²⁵ KEEL, P. et al.: Chronifizierung von Rückenschmerzen. Sz Prävmed 1990, 35(2): 46–52.

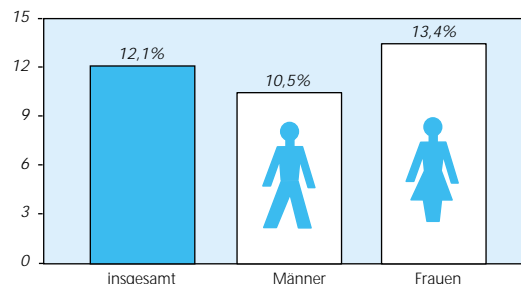
²⁶ LEHMANN, P. et al.: Les dorsalgies en médecine ambulatoire. Medecine et Hygiene. 1986, 1643: 376–381.

²⁷ SCHMEISER-RIEDER et al., 1995.

²⁸ SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N.; SCHWARZ, B.; SCHÖBERBERGER, R.; KUNZE, M.: C (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Rückenschmerzen. Gesundheitswesen 59/3, 1997.

zen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Moment-Angaben: 9,3 Prozent der Frauen, aber nur 6,0 der Männer litten zum Zeitpunkt der Befragung an Rücken- und/oder Kreuzschmerzen.

Grafik 8: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Geschlecht, Wien 1995

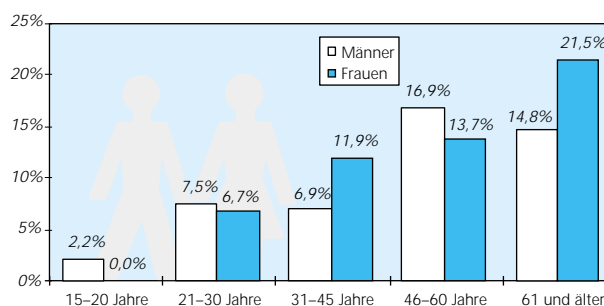


Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996: SERMO-Studie

Wirft man einen Blick auf die verschiedenen **Altersgruppen**, so zeigt sich mit zunehmendem Alter ein stetig wachsender Anteil der an Rücken- und Kreuzschmerzen Leidenden: 1995 betrug dieser bei den 15- bis 20-Jährigen nur 1,2 Prozent, bei den 21- bis 30-Jährigen bereits 7,1 und bei den 31- bis 45-Jährigen 9,4 Prozent. Bei den 46- bis 60-Jährigen steigt der Anteil der Betroffenen auf 15,2 Prozent, bei den über 60-Jährigen beträgt er sogar 19,2 Prozent.

Betrachtet man die Altersgruppen getrennt nach **Geschlecht**, so zeigen sich besonders in den höheren Altersgruppen geschlechtsspezifische Unterschiede: In der Altersgruppe der über 60-Jährigen leiden Frauen zu 21,5 Prozent an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, hingegen sind es bei den Männern nur 14,8 Prozent.

Grafik 9: Rücken- und Kreuzschmerzen nach Altersgruppen, Wien 1995



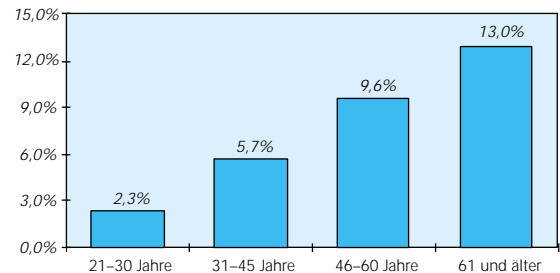
Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996: SERMO-Studie

Die Auswertung der Daten nach **bildungsspezifischen Unterschieden** zeigt eine deutliche Überlappung zwischen der höchsten abgeschlossenen Schulbildung durch die Altersgruppen. Den höchsten Anteil an Rücken- und Kreuzschmerzen findet man im Jahr 1995 bei den PflichtschulabsolventInnen mit 16,6 Prozent. In dieser Gruppe sind besonders ältere Personen stärker vertreten. Weitere relativ hohe Anteile finden sich bei den Uni-/HochschulabsolventInnen mit 14,4 Prozent und Personen mit Abschluss von berufsbildenden Schulen mit 13,4 Prozent. Bereits geringer sind die Anteile bei LehrabschlussabsolventInnen mit 10,1 Prozent. Über den kleinsten Anteil verfügen Personen mit Maturaabschluss (6,9 Prozent).

Einen weiteren interessanten Aspekt stellen **Schäden an der Wirbelsäule** dar. So geben 7,4 Prozent der WienerInnen zum Zeitpunkt der Befragung Schäden an der Wirbelsäule an, wobei der Anteil bei den Frauen (8,8 Prozent) wiederum größer ist als jener der Männer (5,7 Prozent). In den einzelnen Altersgruppen zeigt sich – wie bei der Auftretenshäufigkeit von Rücken- und Kreuzschmerzen – eine steigende Tendenz: So haben 2,3 Prozent der 21- bis 30-Jährigen Schäden an der Wirbelsäule, immerhin 5,7 Prozent der 31- bis 45-Jährigen und 9,6 Prozent der 46- bis 60-Jährigen. Bei den über 60-Jährigen liegt der Anteil sogar bei 13,0 Prozent. Mit steigendem Alter vergrößert sich ebenfalls der geschlechtsspezifische

schied: In der Gruppe der über 60-Jährigen leiden nur 8,7 Prozent der Männer, aber 13,0 Prozent der Frauen an Schäden der Wirbelsäule.

Grafik 10: Schäden an der Wirbelsäule nach Altersgruppen, Wien 1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; KUNZE et al., 1996; SERMO-Studie

4.2.4.2 Risikofaktoren von Rückenschmerzen

Bei den Erwachsenen finden sich multiple, untereinander korrelierende Faktoren, welche die Entstehung von Rückenschmerzen beeinflussen. Übermäßige Belastung durch Schwerarbeit, körperliche Beanspruchung, andauerndes Sitzen oder Stehen, ungünstige Körperhaltung, Vibrationenexposition, psychologische Parameter wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsatmosphäre und Stress spielen eine wichtige Rolle.²⁹ Weitere wichtige Risikopotenziale finden sich in der sozioökonomischen Situation: niedrige soziale Schicht, Gastarbeiterstatus, geringes Bildungsniveau und berufliche Qualifikation, sehr hohe Arbeitsbelastung, im persönlichen Verhaltensmuster mit passiv-resignativer Einstellung und Kompensationsstrategien. In mehreren der oben erwähnten Studien bestätigt werden konnte.³⁰

Andere Faktoren wie überdurchschnittliche Körpergröße und Rauchen, deren ungünstige Wirkung mehrfach nachgewiesen werden konnte, korrelieren ebenfalls mit Kreuzschmerzen.³¹

4.2.4.3 Stellenwert der Prävention

Zusammenfassend ist die volksgesundheitliche Bedeutung der Erkrankungen des Bewegungsapparates als enorm anzusehen. Auch in Wien gehört diese Gruppe zu den häufigsten Erkrankungen. Sie sind mitverantwortlich für die große Zahl von Krankenständen und Frühberentungen. Die Kosten der Therapien sind zu den kostenintensivsten.

Die steigende Prävalenz der Erkrankung mit zunehmendem Alter und der chronische Charakter dieser Krankheiten ergibt auch einen entsprechenden gesundheitspolitischen Stellenwert. Die Prävention dieser Erkrankungen ist die dauernde Behinderung und letztendlich Pflegebedürftigkeit älterer Menschen zu vermeiden. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung mit einem steigenden Prozentsatz älterer Menschen

²⁹ KEEL, P. et al.: Multizenterstudie. Rückenrehabilitation im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26a (Chronifizierung von Rückenschmerzen). In: KEEL, P. et al., eds.: Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege (Schlußbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26b). Basel, 1996.

³⁰ KEEL, P. et al., 1996; THALI et al., 1996.

KOPP, H.G. et al.: Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und Österreichern. In: KEEL, P. et al., eds.: Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege (Schlußbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26b). Basel, 1996.

³¹ BATTIE, M.C.; BIGOS, S.J.; FISHER, L.D.: A prospective study of the role of cardiovascular risk factors and psychosocial factors in low back pain complaints. Spine 1989; 14: 141-147.

DEYO, R.A.; TSUI WU, Y.J.: Functional disability due to back pain. A population-based study indicating socioeconomic factors. Arthritis rheum 1987; 30: 1247-1253.

LANIER, D.C.; STOCKTON, P.: Clinical predictors of outcome of acute episodes of low back pain, J Fam Pract 1987; 24: 100-104.

SVENSSON, H.O. et al.: Low back pain in relation to other diseases and cardiovascular risk factors. Spine 1987; 12: 100-104.

weist auf die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen hin. Allgemein ist die Bevölkerung zu weiterer Bewegung zu motivieren. Auch sollten die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Prävention berücksichtigt werden.

4.2.5 Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Barbara LEITNER, Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Zusammenfassung

1999 starben in Wien 10.092 Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, davon waren 37,5 Prozent Männer und 62,5 Prozent Frauen. Nach wie vor sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die – mit Abstand – häufigste Todesursache (durch sie sind 56 Prozent aller Todesfälle bedingt).

Insgesamt waren Frauen von Herz- und Hirngefäßkrankheiten häufiger betroffen, von akutem Myokardinfarkt Männer und Frauen in etwa gleich oft.

Bei Männern tritt die Todesursache Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems schon in mittleren Jahren oft auf, bei Frauen jedoch erst im Rentenalter.

Seit 1980 zeigt sich ein abfallender Trend dieser Todesursache, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Auch ist das Alter, in dem der Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen eintritt, in diesem Zeitraum gestiegen.

Summary: Epidemiology of cardiovascular diseases

In 1999, 10,092 people in Vienna died from cardiovascular diseases, 37.5 percent of whom were men and 62.5 percent were women. Cardiovascular diseases continue to be by far the most frequent cause of death. 56 percent of all deaths are due to cardiovascular diseases.

Overall, women were more frequently afflicted with cardiac or brain diseases than men, while women and men are equally afflicted with acute myocardial infarction.

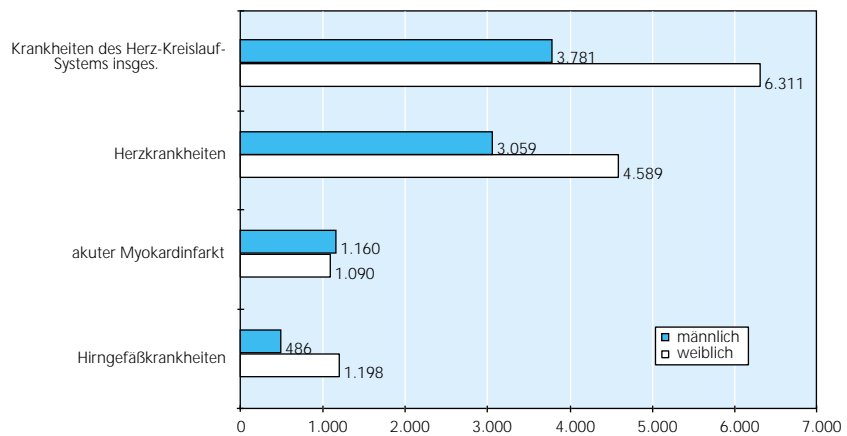
Cardiovascular diseases are frequently detected as a cause of death for middle-aged men, while women are generally afflicted later on in life, i.e. as pensioners.

Since 1980, the occurrence of cardiovascular diseases as a cause of death has dropped. By the same token, the average age of people who died from any of these diseases has risen.

1999 starben in Wien 10.092 Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, davon waren 37,5 Prozent Männer und 62,5 Prozent Frauen. Mengenmäßig waren von Herzkrankheiten und Hirngefäßkrankheiten Frauen häufiger betroffen, von akutem Myokardinfarkt Männer und Frauen etwa gleich oft (Grafik 11; ÖSTAT, 1999).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern die – mit Abstand – häufigste Todesursache: 56 Prozent der 1999 verstorbenen WienerInnen starben daran.

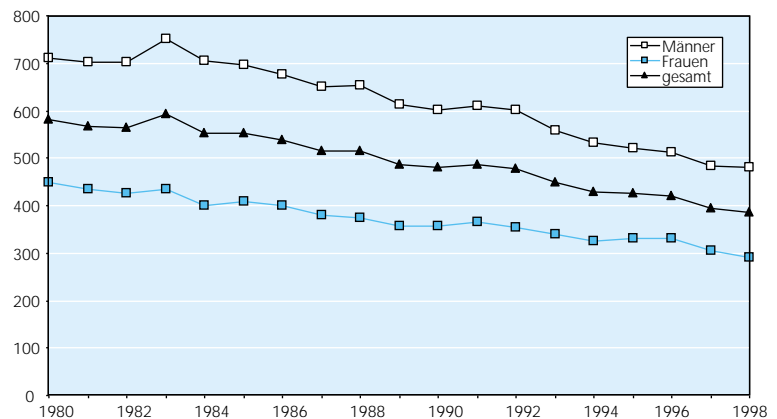
Grafik 11: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen Gestorbene nach Todesursache und Geschlecht (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

Bei Betrachtung der altersstandardisierten Sterbeziffern für die Wiener Bevölkerung zeigt ein abfallender Trend der Sterblichkeit auf Grund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies gilt gleichermaßen wie für Frauen (Grafik 12).

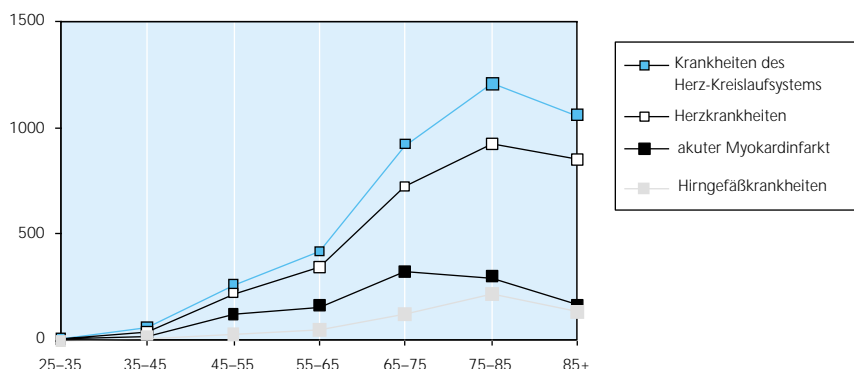
Grafik 12: Alterstandardisierte Sterbeziffern von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien (außer Wohnbevölkerung) 1980–1998



Quelle: MA 66, 2000

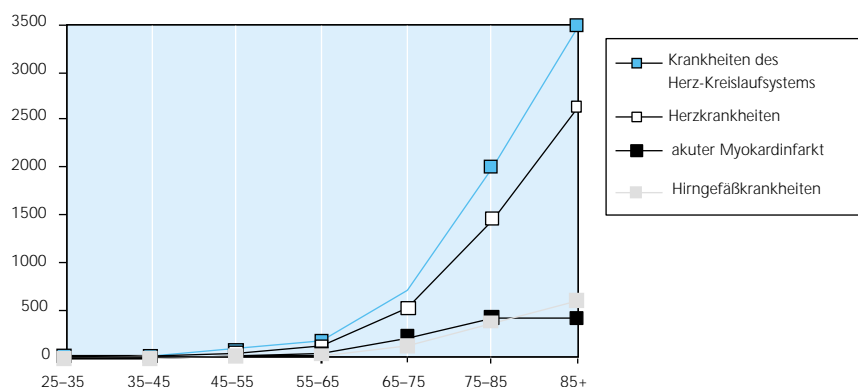
Vergleicht man Wiener Männer und Frauen nach dem Alter, in welchem der Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen eintritt, so zeigt sich erwartungsgemäß, dass diese Todesursache bei Männern im jüngeren Alter häufig auftritt, bei Frauen jedoch erst im Rentenalter. Dies trifft auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, akuten Myokardinfarkt und Hirngefäßkrankheiten zu (Grafik 13 und 14).

Grafik 13: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Männer nach Todesursache und Alter 1997 (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

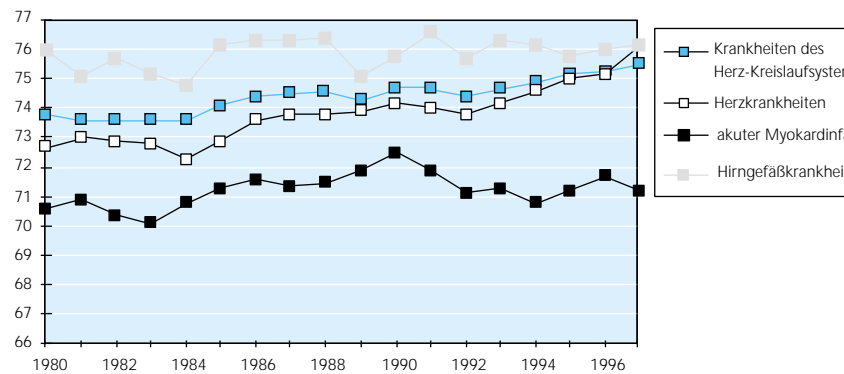
Grafik 14: An Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbene Wiener Frauen nach Todesursache und Alter 1997 (Absolutzahlen)



Quelle: ÖSTAT, 1999

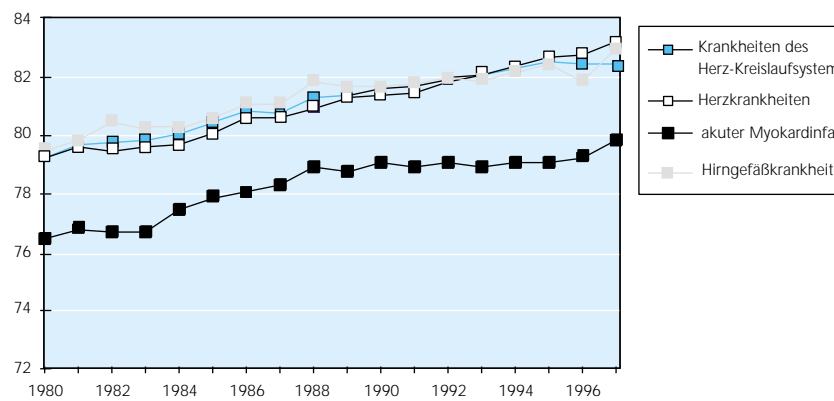
Das mittlere Sterbealter an Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt ist für Wiener Männer und Frauen von 1980 kontinuierlich angestiegen. Allerdings hat es für Frauen bei den Herzkrankheiten um 3,5 Jahre (Männer: 3,5 Jahre), bei akutem Myokardinfarkt um 3,4 Jahre (Männer: 0,4 Jahre) und bei Hirngefäßkrankheiten um 3,5 Jahre (Männer: 0,3 Jahre) zugenommen. So lag 1997 für Frauen das mittlere Sterbealter bei Herzkrankheiten bei 83,2 Jahren (Männer: 76,2 Jahren), bei akutem Myokardinfarkt bei 71,2 Jahren (Männer: 71,2 Jahren) und bei Hirngefäßkrankheiten bei 83 Jahren (Männer: 76,2 Jahren) (Frauen: 15 und 16).

Grafik 15: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Männern
Todesursache und Jahr



Quelle: ÖSTAT, 1981 bis 1999; eigene Berechnungen

Grafik 16: Mittleres Sterbealter von an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Frauen
Todesursache und Jahr



Quelle: ÖSTAT, 1981 bis 1999; eigene Berechnungen

4.3 Infektionskrankheiten

4.3.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

1999 konnte ein leichter Rückgang um fünf Prozent der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festgestellt werden. Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden in Wien 2.839 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (das sind 177 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen).

Den weitaus größten Teil (76 Prozent) nahmen wie immer die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ein, allerdings wurden erstmals die Salmonellen-Infektionen durch die Campylobacter-Infektionen vom ersten Platz verdrängt.

Die Zahl der Scharlach-Erkrankungen lag 1999 mit 361 Fällen wieder auf deutlich niedrigerem Niveau als in den beiden Jahren davor.

Bei den Hepatitis-Infektionen gab es gegenüber dem Vorjahr keine relevanten Veränderungen.

Summary: Notifiable infectious diseases not including tuberculosis, venereal diseases or AIDS

In 1999, a slight decrease of 5 percent was noted in the number of reported notifiable infectious diseases. 2,839 cases of infectious diseases were registered in Vienna, not including tuberculosis, venereal diseases or AIDS. This corresponds to a ratio of 177 persons per 100,000 inhabitants.

Most of the above cases (76 percent) were caused by bacterial food poisoning, with campylobacter infections on top of the list, ahead of salmonella infections for the first time.

Scarlet fever cases were down to 361 in 1999, following two years of higher levels.

There were no relevant changes with hepatitis infections compared to the previous year.

Nachdem zu Beginn der 90er Jahre die Zahl der gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) kurzfristig angestiegen ist, wurde während der darauf folgenden Jahre ein Abwärtstrend beobachtet. Ab 1996 war jedoch erneut eine Zunahme festzustellen, die 1999 durchbrochen wurde (1999: fünf Prozent weniger als 1998).

Im Berichtsjahr **1999** erkrankten in Wien auf 100.000 EinwohnerInnen 177 Personen (1998: 186 Personen; 1997: 179 Personen; 1996: 153 Personen) an einer der unten aufgelisteten meldepflichtigen Infektionskrankheiten.

Von den 2.839 im Jahr 1999 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** bei weitem den größten Teil ein (2.145 Fälle = 76 Prozent aller Infektionen). In diesen Jahren stand in Wien im Berichtsjahr die **Campylobacteriose** erstmals an erster Stelle (1.030 Fälle = 36 Prozent aller Lebensmittelinfektionen), gefolgt von den **Salmonellosen** (949 Fälle = 44 Prozent). Wenn ein einzelnes Ergebnis ein einmaliges Ereignis darstellt oder einen Trend einleitet, wird die Entwicklung der letzten Jahre zeigen. Da die Campylobacteriose erst im Sommer 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz als meldepflichtige Erkrankung nach dem Epidemiegesetz³² definiert wurde, bestehen kaum Vergleichsmöglichkeiten zu den Jahren davor. Auch ist zu berücksichtigen, dass

³² Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Offizielles Organ für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich, 101. Jahrgang, Nr. 4, April 2000, S. 17–20.

Umsetzung der Meldepflicht auf Grund der Umstellungsphase in den mikrobiologischen Laboren der letzten Jahre langsamer angelaufen sein könnte. Innerhalb der letzten vier Jahre nehmen die Meldungen von **Campylobacter**-Erkrankungen generell zu, es lässt sich allerdings zurzeit schwer feststellen,³³ ob ein tatsächliches Ansteigen der Campylobacteriose oder eine Zunahme der Meldungen besteht.

Eine starke Steigerung gegenüber dem Vorjahr (um 75 Prozent) ist auch bei den Erkrankungen durch die bakterielle **Ruhr** zu verzeichnen (1999: 117 Fälle; 1998: 67 Fälle). Eine Fortsetzung des Rückwärtstrends wurde bei **Scharlach**, einer vor allem Kinder betreffenden bakteriellen Infektionskrankheit (Maximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr), beobachtet werden. 1999 wurden in Wien 10 Fälle von Scharlach registriert (29 Prozent weniger als im Vorjahr).

Bei den **viralen Infektionen** wurden mit 250 **Hepatitis**-Erkrankungen (davon endete ein Drittel tödlich) Veränderungen gegenüber dem Vorjahr verzeichnet.

Bei der übertragbaren **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) ist seit 1962 keine einzige in Wien registrierte Erkrankung mehr aufgetreten, was wohl einen Erfolg der konsequent durchgeführten Impfkampagne darstellt. Im Berichtsjahr wurden drei Fälle von **Encephalitiden**, darunter eine Diagnose von **FSME** (Frühsommermeningoenzephalitis) registriert.

Weiters wurden 1999 26 Fälle von **Meningitis** (und damit um sechs Fälle weniger als im Vorjahr) registriert (davon drei mit tödlichem Ausgang). Gestiegen ist dagegen die Zahl der **Malaria**-Erkrankungen (1999: 10 Fälle; 1998: 26 Fälle). **Amöbenruhr** wurde 1999 in keinem einzigen Fall nachgewiesen.

Infolge einer **Jakob-Creutzfeld-Erkrankung** verstarben im Berichtsjahr drei Personen. Todesfälle durch diese Prionen-Infektion sind seit 1. April 1996 meldepflichtig; bisher gibt es insgesamt acht registrierte Todesfälle.

³³ Mündliche Mitteilung von Dr. Gebhard FEIERL, Nationale Referenzzentrale für Campylobacter, Institut für Hygiene, Medizinische Universität Graz, Juni 2000.

Tabelle 15: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999

Infektionskrankheiten	Erkrankungen		Sterbefälle	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
bakterielle Infektionen				
Scharlach	433	361	0	
Diphtherie	0	0	0	
bakterielle Lebensmittelvergiftungen	1.958	2.145	1	
davon: Salmonella-Infektionen	1.077	949	1	
Campylobacter-Infektionen	770	1.030	0	
Yersinia-Infektionen	41	42	0	
Shigellen-Infektionen ¹⁾ (bakt.Ruhr)	68	117	0	
andere Infektionen	2	7	0	
Lepra	0	0	0	
Typhus abdominalis	4	5	0	
Paratyphus	3	0	0	
Cholera	0	0	0	
Tularaemie (Hasenpest)	2	0	0	
Keuchhusten	14	9	0	
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	1	0	0	
Leptospiren-Erkrankungen	0	0	0	
virale Infektionen				
Encephalitiden ²⁾	2	3	0	
Poliomyelitis (übertragb. Kinderlähmung)	0	0	0	
Hepatitis infectiosa ³⁾	304	250	4	
übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁴⁾	29	26	4	
Chlamydien				
Psittakose (Papageienkrankheit)	1	0	0	
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	0	0	0	
Protozoenerkrankungen				
Malaria	30	37	0	
Amöbenruhr	2	0	0	
Wurmerkrankungen				
Trichinose (importiert)	0	3	0	
Prionen-Infektion				
Jakob-Creutzfeld-Erkrankung ⁵⁾	0	0	2 ⁶⁾	
insgesamt	2.784	2.839	11	

1) 34 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

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

3) Davon 146 Hepatitis A, 54 Hepatitis B, 49 Hepatitis C, eine Hepatitis D.

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

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

6) 1996: Zwei Sterbefälle infolge einer Jakob-Creutzfeld-Erkrankung; 1997: kein Sterbefall, 1998: drei Sterbefälle.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2

4.3.2 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von diesen litten 672 an aktiver Tuberkulose, knapp die Hälfte davon an offener Tuberkulose.

1999 wurden 403 Neuerkrankungen (25,1 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen) registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Rückgang bedeutet. Die größten Risikogruppen stellen sozial schwache Menschen wie AusländerInnen, AlkoholikerInnen und Obdachlose dar.

Bei den Todesfällen ist zwar seit Anfang der 80er Jahre ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, doch kann in den Jahren 1996 und 1997 ein leichter Anstieg, seither wieder ein leichter Rückgang beobachtet werden. 1999 starben 23 Personen infolge einer Tuberkulose-Erkrankung.

Summary: Tuberculosis

Approximately 1,500 persons are suffering from tuberculosis in Vienna, the majority being men. Of these 672 are afflicted with active tuberculosis, half of these are cases of open tuberculosis.

In 1999, 403 new cases were registered (25.1 cases per 100,000 inhabitants), decidedly fewer than in the years before. Major risk groups are socially weak persons such as foreigners, alcoholics and homeless people.

The number of deaths caused by tuberculosis has been on the decrease since the early 1980s, with the exception of 1996 and 1997, where a slight increase was noted. In 1999, 23 persons died of tuberculosis.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung den Tuberkulose-Erreger in sich trägt, dass pro Jahr weltweit acht Millionen Menschen an Tuberkulose erkranken und mehr als zwei Millionen Menschen daran sterben. Zwar hat die Tuberkulose durch potente Mehrfachtherapien ihren ursprünglich lebensbedrohlichen Charakter verloren, doch kommt es nun erneut – durch verstärkte Migrationsbewegungen auf Grund von Kriegen und politischen Zusammenbrüchen, vor allem aus Ost- und Südeuropa – zu einer vermehrten Ausbreitung der Tuberkulose in den Ländern der EU.

Vor allem für die weibliche Bevölkerung der ärmeren Länder stellt die Tuberkulose die höchste Gefahr dar: Über 900 Millionen Frauen und Mädchen sind derzeit weltweit mit Tuberkulose infiziert, 1 Million wird voraussichtlich daran sterben und 2,5 Millionen werden in diesem Jahr an der Tuberkulose erkranken. Neun Prozent aller Todesfälle von Frauen zwischen 15 und 44 Jahren sind auf die Tuberkulose als Infektionskrankheit zurückzuführen (zum Vergleich: Todesfälle auf Grund von Kriegen betragen 1,5 Prozent, auf Grund von HIV-Infektionen rund drei Prozent und auf Grund von Herzkrankheiten 1,5 Prozent). Vor allem Frauen im Reproduktionsalter sind besonders infektionsgefährdet, nicht nur hinsichtlich Tuberkulose als auch hinsichtlich der HIV-Infektion.

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

In Anbetracht der dramatischen Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in den Entwicklungsländern der ärmere Länder des Ostens sowie der Resistenzentwicklung des Mycobacterium tuberculosis spricht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits von einer „globalen Tuberkulose-situation.“

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

Derzeit leben in **Wien** rund **1.500 an Tuberkulose erkrankte Personen** (davon 672 Personen mit Latenter Tuberkulose), die einer besonderen Betreuung sowie der Behandlung und Überwachung bei Latenter Tuberkulose durch FachärztInnen und der Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen noch immer die an Tuberkulose erkrankten AlkoholikerInnen, die InsassInnen von Obdachlosenheimen, Obdachlose im Allgemeinen und Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, sowie die GastarbeiterInnen und ZuwandererInnen dar.

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

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte mit Ausnahme der Jahre 1981 und 1990 (38,3 bzw. 38,5 Fälle auf 100.000 EW) relativ konstant. Die rohe Inzidenzrate im Jahr 1990 wird auf HIV-assoziierte TBC-Fälle sowie Migrations-TBC zurückgeführt. Die **rohe Inzidenzrate im Jahr 1999** betrug die rohe, nicht altersstandardisierte, jährliche Neuerkrankungsrate in Wien 25,1 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen, was einen deutlichen Rückgang gegenüber dem Vorjahr bzw. sogar den bisherigen Tiefststand bedeutet (Tabelle 16).

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia + Ib), der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 1999 gegenüber 1998 um 5,1 Prozent gesunken. Ebenso sank der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) um 15,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Der Anteil der AusländerInnen ist seit 1987 bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen wechselnd: 1987 betrug der AusländerInnenanteil an allen Tuberkuloseerkrankungen rund 18 Prozent und schwankte in den darauf folgenden Jahren bis 1993 zwischen 15 und 35 Prozent und erreichte 1999 fast 39 Prozent den absoluten Höhepunkt. 1999 betrug der AusländerInnenanteil 33,5 Prozent bei den aktiven Tuberkuloseformen, wobei die Erkrankungen an extrapulmonalen Formen mit 36,4 Prozent (Lymphknoten-TBC mit 50 Prozent) auffallend hoch waren.

Diese Zahlen weisen auf die **sozialen Ursachen** der Tuberkulose-Erkrankung hin: AusländerInnen sind im Vergleich zu ÖsterreicherInnen öfters in sozial schwachen Milieus und sind dadurch ein höheres Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Weiter verstärkt wird dieses Risiko noch, wenn sie aus Gebieten mit höherer TBC-Prävalenz einwandern (z. B. Osttürkei oder Kosovo). Der entscheidende Faktor ist nicht eine bestimmte geografische Region, sondern der zumeist sehr niedrige Lebensstandard im Herkunftsland.

Der erfreuliche Wandel in der Auftretenshäufigkeit der **Kindertuberkulose**, die bis 1988 stark rückläufig war, änderte sich 1989 und wies bis 1995 wieder steigende Tendenzen auf. Danach folgte erneut eine Periode des Rückgangs. **1999** ist jedoch wieder ein Anstieg der Kindertuberkulose zu verzeichnen: 20 Kinder (davon neun österreichische) an Tuberkulose (1998: zwölf Kinder).

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr **Männer** als Frauen betroffen (derzeit leiden mehr als 50 Prozent so viele Männer als Frauen an dieser Krankheit). Trotz einer in etwa gleich bleibenden Inzidenzrate im Verlauf der letzten Jahre insbesondere bei Männern zur Stabilisierung der Zahl von Erkrankungen an aktiver Tuberkulose, bei den Frauen von 1998 auf 1999 zu einem gravierenden Rückgang. Eine Erklärung dafür sind die immer effektiveren Behandlungsmethoden, die zur Verkürzung der Krankheitsdauer und so die Prävalenz (den Bestand) verkleinern. Am Ende des Jahres 1999 litten in Wien 672 Personen an aktiver Tuberkulose (d. s. 41,8 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen), zwei Drittel davon waren Männer (Grafik 18).

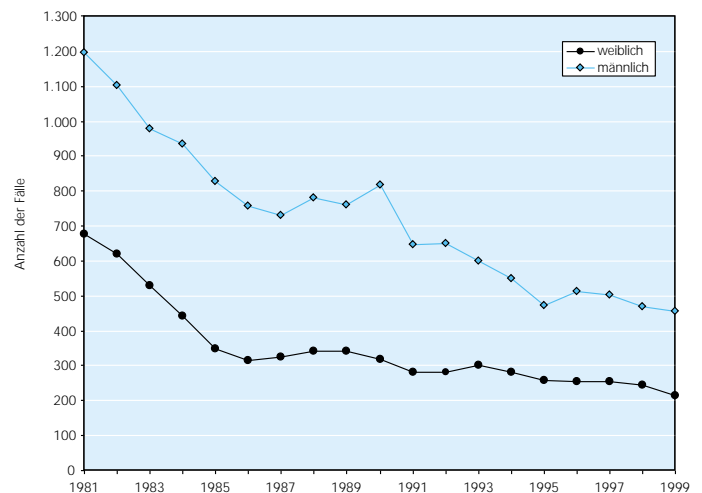
Von den 672 an aktiver Tuberkulose Erkrankten litten Ende 1999 (wie in den Jahren zuvor) knapp die Hälfte (330 Personen bzw. 49,1 Prozent) an offener Tuberkulose (davon wiederum mehr als zwei Drittel Männer).

Tabelle 16: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–1999

Jahr	Kategorie ¹⁾			insgesamt	
	la + lb	lc	ld	absolut	auf 100.000
1981	278	232	90	600	10,2
1982	280	216	67	563	9,2
1983	246	186	79	511	8,3
1984	250	166	37	453	7,4
1985	233	167	52	452	7,4
1986	216	165	53	434	7,1
1987	254	156	40	450	7,3
1988	288	169	58	515	8,4
1989	282	197	49	528	8,6
1990	313	238	51	602	9,8
1991	283	186	67	536	8,8
1992	300	223	60	583	9,5
1993	293	204	62	559	9,1
1994	299	209	79	587	9,6
1995	239	186	79	504	8,2
1996	308	160	58	526	8,6
1997	266	124	63	453	7,4
1998	275	81	78	434	7,1
1999	261	76	66	403	6,6

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

Grafik 18: Prävalenz der aktiven Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

Die Anzahl der an Tuberkulose **verstorbenen Personen** in Wien ist zwar seit Anfang der 80er Jahre deutlich rückläufig, doch musste in den Jahren 1996 und 1997 wieder ein leichter Anstieg infolge dieser Infektionskrankheit verzeichnet werden. Verstarben Anfang der 80er Jahre noch 5–6 Personen an Tuberkulose, war es 1995 erstmals nur eine Person. In den Jahren 1996 und 1997 war jedoch mit 17 und 25 Todesfällen ein leichter Anstieg zu verzeichnen. 1998 setzte erneut ein dezenter Rückwärtstrend ein, wobei 25 Personen an den Folgen der Tuberkulose, wobei im Gegensatz zu den Frauen bei den Männern die Todesrate etwas höher lag als im Durchschnitt der Jahre 1993–1997.

Tabelle 17: Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–1999

Jahr	aktive Tuberkulose			davon: offene Tuberkulose ¹⁾		
	Geschlecht		insgesamt	Geschlecht		insgesamt
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	
1981	678	1.196	1.874	149	420	569
1982	621	1.102	1.723	149	399	548
1983	531	979	1.510	133	354	487
1984	443	935	1.378	122	377	499
1985	350	828	1.178	98	343	441
1986	316	757	1.073	85	309	394
1987	324	732	1.056	97	312	409
1988	341	781	1.122	109	310	419
1989	342	759	1.101	106	315	421
1990	318	816	1.134	103	332	435
1991	280	647	927	114	300	414
1992	281	651	932	103	311	414
1993	300	600	900	112	273	385
1994	281	549	830	111	250	361
1995	258	471	729	98	210	308
1996	254	512	766	113	248	361
1997	255	501	756	109	249	358
1998	245	469	714	112	213	325
1999	215	457	672	96	234	336

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3

1999 konnte der Rückgang der Todesursache Tuberkulose in Wien mit 23 Todesfällen fortgesetzt (vgl. Tabelle 18). Für Wien bedeutet dies, dass derzeit etwa 1,4 Personen je 100.000 EinwohnerInnen dieser Krankheit sterben. Als Gefahr für einen Anstieg der Mortalität wird die Zunahme antibiotikaresistenter Bakterienstämme gesehen.

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

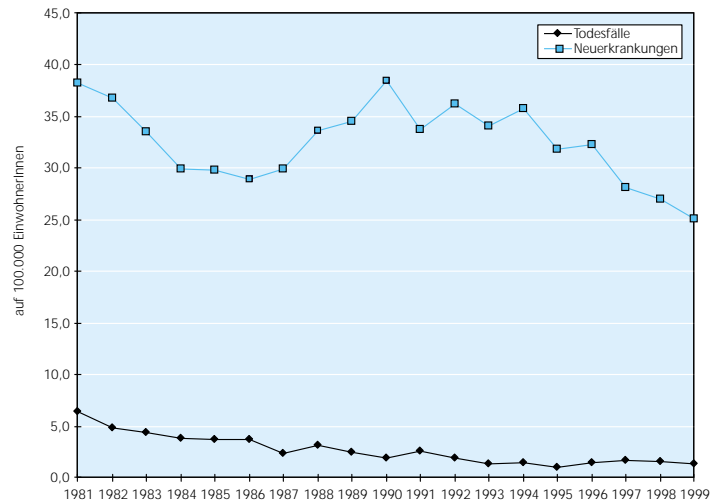
Im Jahre 1900 starben 1.399 Kinder an Tuberkulose, 1930 waren es immerhin noch 168 Kinder. Bereits 1970 und 1998 starb in Wien kein einziges Kind an Tuberkulose. 1999 war mit einem 13-jährigen Kind, das an Miliartuberkulose verstarb, ein Todesfall zu verzeichnen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tuberkulose in Wien im Jahr 1999 statistisch zurückgegangen ist. Die Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten dürfte aber weiterhin verhältnismäßig hoch liegen. Diese Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten ist ein Umstand, der auch in Zukunft verstärkt beachtet werden muss.

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien erfassen die Tuberkulosekranken in medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung. Die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach Tuberkuloseerkrankungen in den Gesundheitsfürsorgestellen bzw. bei den niedergelassenen FachärztInnen für Lungenerkrankungen zeigen eine steigende Anzahl von Rezidiverkrankungen an Lungentuberkulose. Diese Zahlen werden aber in den Statistiken im Allgemeinen nicht erwähnt.

AlkoholikerInnen und obdachlose Personen – im Jahr 1999 wurden 5.354 Obdachlose von den MitarbeiterInnen des Tuberkulosereferates untersucht – sowie MigrantInnen und die in Österreich lebenden Flüchtlinge aus dem Südosten (ehemalige UdSSR, Osttürkei, ehemaliges Jugoslawien, v. a. Kosovo) stellen nach wie vor die größte Risikogruppe für eine Tuberkulose-Erkrankung dar.

Grafik 19: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–1999



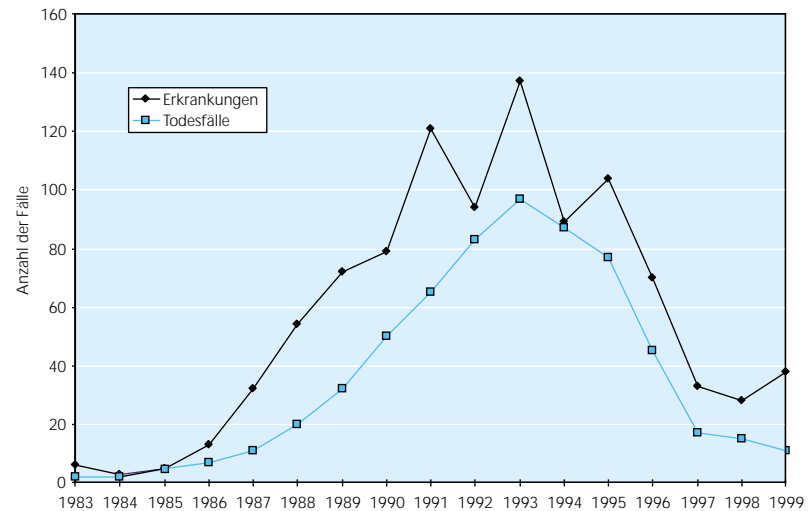
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3; eigene Berechnungen

Tabelle 18: Todesfälle an Tuberkulose¹⁾ 1981–1999

Jahr	Frauen		Männer		insgesamt
	absolut	auf 100.000 weibl. EW	absolut	auf 100.000 männl. EW	
1981	46	5,1	58	8,1	104
1982	28	3,1	50	7,0	78
1983	22	2,6	46	6,7	68
1984	24	2,8	35	5,1	59
1985	16	1,9	40	5,9	56
1986	28	1,9	28	4,1	56
1987	11	1,3	25	3,7	36
1988	19	2,3	28	4,0	47
1989	18	2,1	20	2,9	38
1990	11	1,3	19	2,6	30
1991	9	1,1	32	4,5	41
1992	7	0,8	23	3,0	30
1993	9	1,0	15	1,9	24
1994	13	1,5	11	1,4	24
1995	3	0,4	14	1,8	17
1996	11	1,3	13	1,7	24
1997	13	1,5	14	1,8	27
1998	7	0,8	18	2,4	25
1999	7	0,8	16	2,1	23

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

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

Grafik 20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–1999

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

Tabelle 20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–1999

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	2	10	4
1984	3	2	9	4
1985	5	5	28	11
1986	13	7	25	17
1987	32	11	89	46
1988	54	20	107	43
1989	72	32	144	71
1990	79	50	164	81
1991	121	65	199	118
1992	94	83	191	159
1993	137	97	233	155
1994	89	87	165	161
1995	104	77	204	152
1996	70	45	137	81
1997	33	17	93	36
1998	28	15	94	45
1999	38	11	87	32
insgesamt	978	615	1.979	1.216

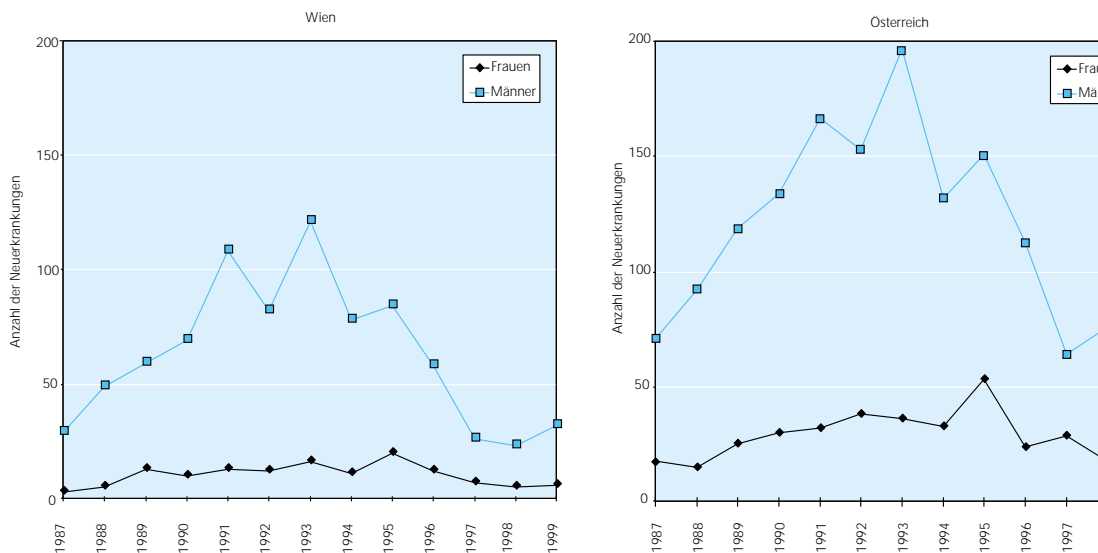
Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2. (Stand: 31.12.1999)

4.3.3.1 Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen

Für **Österreich** zeigt sich 1999 bei den Männern (nach den vorangegangenen Spitzenwerten 1991 und 1993) – wie in den Jahren davor – eine Abnahme der AIDS-Erkrankungsrate. Hinzu kommt die Zunahme der Neuerkrankungen bei den Frauen zu. Nach wie vor liegen aber die Werte der Frauen deutlich unter denen der Männer (Frauen: 25 Fälle, Männer: 62 Fälle). Der Anstieg bei den Frauen liegt – wie schon im Jahr 1999 – in der vermehrten Infektion durch heterosexuelle Kontakte begründet.

In **Wien** nahmen die Neuerkrankungen an AIDS bei beiden Geschlechtern zu, jedoch ist dieser Anstieg bei Männern bedeutend stärker ausgeprägt als bei Frauen. Wie im gesamten Bundesgebiet ist auch in Wien die Neuerkrankungsrate bei Männern viel höher als bei Frauen (Frauen: sechs Fälle; Männer: 32 Fälle).

Grafik 21: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–1999 (Österreich und Wien)



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

Tabelle 21: Neuerkrankungen an AIDS in Wien nach Geschlecht, 1987–1999

Jahr	Anzahl der Neuerkrankungen an AIDS	davon	
		Frauen	Männer
1987	32	3	29
1988	54	5	49
1989	72	13	59
1990	79	10	69
1991	121	13	108
1992	94	12	82
1993	137	16	121
1994	89	11	78
1995	104	20	84
1996	70	12	58
1997	33	7	26
1998	28	5	23
1999	38	6	32

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2. (Stand: 31.12.1999)

4.3.3.2 Vergleich Wiens mit den Bundesländern und deutschen Städten

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien bei den **absoluten Fällen** mit Abstand an der Spitze der AIDS-Erkrankungen (sowohl Neuerkrankungen als auch kumulative Fälle seit 1983) steht. Wenn man aber die Neuerkrankungsraten **pro 100.000 EinwohnerInnen** berechnet, lässt sich erkennen, dass Wien im Jahr 1999 erstmals von Tirol überholt wurde (Wien: 2,38 Fälle/100.000 EW.; Tirol: 2,5 Fälle/100.000 EW.). Die Vergleichswerte der anderen Bundesländer liegen weit unter diesen Werten (Niederösterreich: 1,0), die geringste Rate wies 1999 Niederösterreich auf (0,13).

Tabelle 22: Neuerkrankungen an AIDS in Österreich nach Geschlecht, 1987–1999

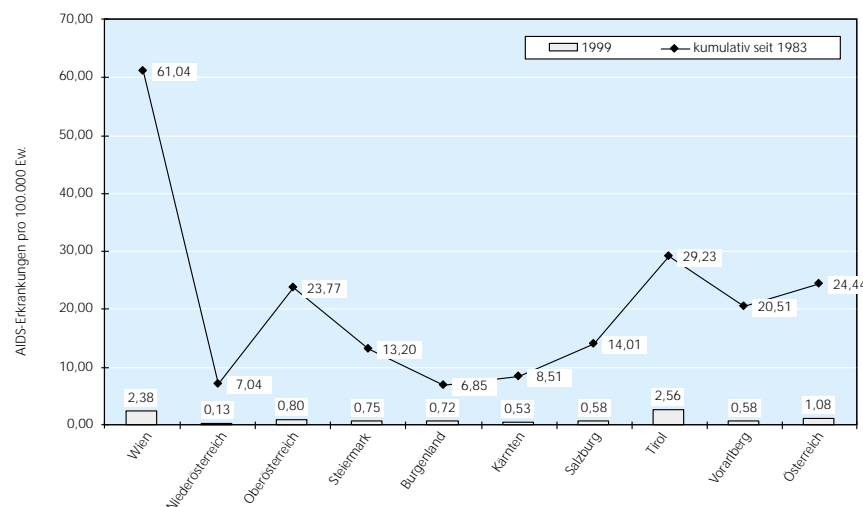
Jahr	AIDS-Erkrankungen		davon		
	neu	gesamt ¹⁾	Frauen		Männer
			neu	insgesamt ¹⁾	neu
1987	89	161	18	25	71
1988	107	268	15	40	92
1989	144	412	25	65	119
1990	164	576	30	95	134
1991	199	775	32	127	167
1992	191	966	38	165	153
1993	233	1.199	36	201	197
1994	165	1.364	33	234	132
1995	204	1.568	53	287	151
1996	137	1.705	24	311	113
1997	93	1.798	29	340	64
1998	94	1.892	18	358	76
1999	87	1.979	25	383	62

1) Seit 1983 kumulativ.

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

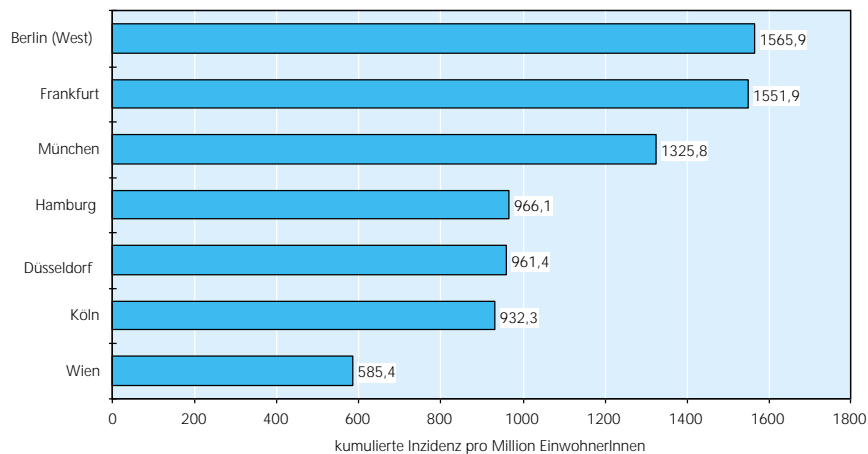
Bei der kumulativen Erkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen (seit 1983) weisen neben Wien noch die Bundesländer Tirol (29,2) Oberösterreich (23,8) und Vorarlberg (20,5) relativ viele AIDS-Erkrankungen auf. Die Ursache für die hohen Erkrankungsraten in diesen Bundesländern dürfte im i. v.-Drogenkonsum zu liegen. In Linz (Oberösterreich), Innsbruck (Tirol) und das 3-Länder-Eck (Vorarlberg) gelten als „Drogenhotspots“.

Wien schneidet im Vergleich mit den anderen Bundesländern bei der AIDS-Erkrankungsrate deutlich ab (Ausnahme: die Neuerkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen ist in Tirol mit 14,01 höher als in Wien), für eine Standortbestimmung Wiens muss aber der „Großstadteffekt“ berücksichtigt werden. Aussagekräftiger als der Bundesländervergleich, bei welchem eine Großstadt gegenüber ländlichen Gebieten gegenübergestellt wird, ist der Vergleich Wiens mit anderen Großstädten: Gegenüber anderen Ballungszentren liegt der Wiener Wert (kumulierte Inzidenz pro Million EinwohnerInnen) unter jenem von Köln, Düsseldorf und Hamburg, und ist weitaus niedriger als die Vergleichswerte von London, Frankfurt und (West)Berlin.

Grafik 22: AIDS-Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen in den einzelnen Bundesländern Österreichs kumulativ seit 1983

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999); Neuerkrankungszahlen von 1998, ÖSTAT; Statistisches Amt der Stadt Wien (EinwohnerInnenzahlen); eigene Berechnungen

Grafik 23: AIDS-Inzidenz: Vergleich Wiens mit deutschen Großstädten, 1998



Quelle: AIDS/HIV-Quartalsbericht IV/1998, Robert Koch Institut, Deutschland. In: Österreichische Ärztezeitung 9/99, Wien

Tabelle 23: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 1999 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Erkrankungen absolut						
Bundesland	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen 1999		
	Jänner 1999 – Dezember 1999			kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	6	32	38	135	843	978
Niederösterreich	0	2	2	14	95	109
Oberösterreich	4	7	11	108	219	327
Steiermark	4	5	9	29	130	159
Burgenland	1	1	2	4	15	19
Kärnten	1	2	3	6	42	48
Salzburg	0	3	3	12	60	72
Tirol	8	9	17	55	139	194
Vorarlberg	1	1	2	20	53	73
Österreich	25	62	87	383	1.596	1.979
Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen ¹⁾						
Bundesland	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen 1999		
	Jänner 1999 – Dezember 1999			kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	0,71	4,24	2,38	15,89	111,44	127,33
Niederösterreich	0,00	0,27	0,13	1,66	12,64	14,30
Oberösterreich	0,57	1,04	0,80	15,42	32,45	47,87
Steiermark	0,65	0,85	0,75	4,69	22,19	26,88
Burgenland	0,70	0,74	0,72	2,82	11,08	13,90
Kärnten	0,34	0,73	0,53	2,06	15,38	17,44
Salzburg	0,00	1,21	0,58	4,52	24,15	28,67
Tirol	2,35	2,78	2,56	16,19	42,91	59,10
Vorarlberg	0,57	0,58	0,58	11,45	29,75	41,20
Österreich	0,60	1,58	1,08	9,16	40,64	49,80

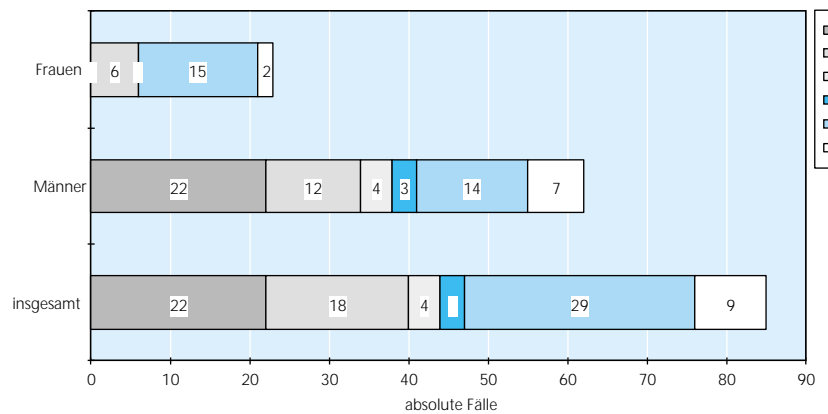
1) Berechnungen beziehen sich auf die EinwohnerInnenzahl 1998 im Jahresdurchschnitt; Daten für 1999 sind noch nicht verfügbar.

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999); Erkrankungszahlen von 1998, ÖSTAT; Statistisches Amt der Stadt Wien (EinwohnerInnenzahlen); eigene Berechnungen

4.3.3.3 Hauptbetroffenengruppen

Wenngleich nach wie vor homo- bzw. bisexuelle Männer sowie Personen mit intravenösum in den westlichen Industriestaaten die Hauptrisikogruppen – bzw. dem neuen Präventionsmaßnahmen zufolge die Hauptbetroffenengruppen oder Hauptzielgruppen – für eine HIV-Infektion bilden (von allen AIDS-Neuerkrankungen 1999 entfallen auf diese Gruppen), so lässt sich in den letzten Jahren ein neuer Trend feststellen: Bei DrogengebraucherInnen gehen (nicht zuletzt durch Spritzenaustausch- und Munddolprogramm) die Neuinfektionen zurück. Bei bi- und homosexuellen Männern die Werte seit ca. vier Jahren – nach deutlichen Rückgängen in den Jahren davor – wieder ansteigen. Bei Heterosexuellen und Nicht-Drogenabhängigen – und hier insbesondere bei Frauen – verzeichnen die letzten Jahre jedoch ein massiver Anstieg. Bei einem Drittel aller AIDS-Neuerkrankungen werden die Infektion durch heterosexuelle Kontakte, bei Frauen werden sogar 60 Prozent der Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Die Präventionsarbeit im Bereich HIV muss daher – neben den i. v.-Drogenkonsumenten sowie Homo- und Bisexuellen – die Zielgruppe der heterosexuellen Frauen, vermehrt ins Auge fassen.

Grafik 24: AIDS-Risikogruppen, Österreich 1999



Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

Tabelle 24: AIDS-Risikogruppen in Österreich, 1999

Risikogruppen	Anzahl der Neuerkrankungen				
	insgesamt		Männer		Frauen
	absolut	in %	absolut	in %	
homo-/bisexuell	22	25,3	22	35,5	0
i. v.-Drogen	18	20,7	12	19,4	6
homo-/bisexuell + IVDU	4	4,6	4	6,5	0
hämophil	3	3,4	3	4,8	0
Transfusionsempfänger	2	2,3	0	0,0	2
heterosexueller Kontakt	29	33,3	14	22,6	15
Mutter zu Kind	0	0,0	0	0,0	0
anderes/unbekannt	9	10,3	7	11,3	2
insgesamt	87	100,0	62	100,0	25

Quelle: Österr. AIDS-Statistik, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 (Stand: 31.12.1999)

4.3.3 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

In Österreich beläuft sich die Anzahl der HIV-Infizierten auf ca. 12.000–15.000, etwa die Hälfte davon (ca. 7.000 Personen) lebt in Wien. Bei den HIV-Neuinfektionen ist ein – durch die Zunahme der Neuinfektionen bei Heterosexuellen (v. a. bei Frauen) bedingter – leichter Anstieg zu verzeichnen.

Bei den AIDS-Neuerkrankungen (1999: 87 Fälle), ebenso bei den Todesfällen, ist in **Österreich** ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Dieser ist durch Abnahmen der AIDS-Neuerkrankungen bei Männern bedingt. Bei Frauen kam es zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Hauptinfektionsursache: heterosexuelle Kontakte). Dennoch entfallen mehr als zwei Drittel der AIDS-(Neu-)Erkrankungen auf Männer. Mittlerweile wird ein Drittel aller AIDS-Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen (bei Frauen: fast zwei Drittel), rund ein Viertel durch homo- oder bisexuelle Kontakte und rund ein Fünftel durch intravenösen Drogengebrauch.

In **Wien** wurden bis Ende 1999 insgesamt 978 AIDS-Erkrankte registriert (seit 1983), von diesen sind 615 verstorben (63 Prozent). Im Jahr 1999 erkrankten 38 Personen an AIDS, elf Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung kam es – gegenüber 1997 und 1998 – erstmals wieder zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Zunahme gegenüber 1998: + 36 Prozent). Dieser Anstieg zeigt sich bei beiden Geschlechtern, ist aber bei Männern stärker ausgeprägt.

Wien wurde 1999 bei der Neuerkrankungsrate pro 100.000 EinwohnerInnen erstmals von Tirol (geringfügig) überholt, die Werte der übrigen Bundesländer liegen aber weit darunter. Im Vergleich zu deutschen Großstädten (München, Hamburg, Berlin, etc.) ist die Inzidenzrate in Wien als günstig zu beurteilen.

Summary: AIDS and HIV infections

Between 12,000 and 15,000 persons in Austria are HIV infected, approximately half of them (7,000) are living in Vienna. A slight increase has been noted with the number of new infections, caused primarily by an increase in new infections among heterosexuals, women in particular.

The number of new AIDS cases (1999: 87 cases) and deaths caused by AIDS in Austria has decreased compared to previous years. This is due to a decrease in the number of new AIDS cases with men. At the same time, an increase has been noted in the number of women infected, most of them through heterosexual contact. More than two thirds of all new AIDS cases are registered amongst men. One third of all new AIDS cases are contracted through heterosexual contacts, two thirds of the women with AIDS have contracted the disease through heterosexual contacts. One quarter is caused by homosexual or bisexual contacts, one fifth is due to intravenous drug use.

By the end of 1999, a total of 978 cases was registered in Vienna (registration began in 1983), 615 of them died. In 1999, 38 persons contracted AIDS, 11 persons died of the disease. Contrary to developments for all of Austria, Vienna has seen an increase in the number of new cases with both genders but men in particular since 1997 and 1998. Compared to 1998, a plus of 36 percent was registered.

In 1999, for the first time ever, the rate of new cases per 100,000 inhabitants was marginally higher in the Tyrol than in Vienna. Other provinces are still well below comparable figures. Compared to major cities in Germany (Munich, Hamburg, Berlin, etc.) the incidence rate in Vienna is considered favourable.

AIDS ist eine der wenigen sich epidemisch ausbreitenden, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten zum heutigen Zeitpunkt – trotz guter Erfolge der Kombinationstherapie – noch unheilbar. Neben der Isolation (Verlust des Arbeitsplatzes, des Freundeskreises, eventuell sogar des Partners/der Partnerin oder der Familie) sowie die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ächtung des/der Betroffenen sind die Betroffenen oft, drogensüchtig, aber auch als Träger einer ansteckenden Krankheit.

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

Nach Angaben der WHO waren Ende 1999 **weltweit** bereits nahezu 34 Millionen Menschen mit HIV infiziert oder bereits an AIDS erkrankt. Gegenüber 1998 nahmen die HIV-Infektionen bzw. AIDS-Fälle zwar um 200.000 Fälle zu, jedoch ist dieser Anstieg bedeutend geringer als jener zwischen 1985 und 1998: In diesem Zeitraum betrug die Zunahme noch zehn Prozent. Ob damit der Trend der weltweiten Ausbreitung gestoppt wurde, kann erst die Entwicklung in den folgenden Jahren zeigen.

Tabelle 19: HIV/AIDS-Epidemie, weltweite Verbreitung 1999

1999 neu mit HIV Infizierte davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	
Anzahl der Menschen, die mit HIV/AIDS lebt davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	
AIDS-Todesfälle 1999 davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	
AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie davon:	insgesamt Erwachsene Frauen Kinder < 15 J.	

Quelle: UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, AIDS epidemic update: December 1999

Der Großteil der HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten (69 Prozent) lebt in Afrika südlich der Sahara (Prävalenz bei 15- bis 49-Jährigen: acht Prozent; weltweit: 1,1 Prozent), weitere 18 Prozent in Südostasien, großteils Länder mit äußerst geringen sozialen Standards. Zum größten Teil sind dies junge Erwachsene, mitten in ihrer produktiven und reproduktiven Phase. Neben dem persönlichen Leid für die Betroffenen und deren Angehörige hat dies auch zahlreiche soziale und wirtschaftliche Folgen (z. B. Anstieg der Waisen, überlastete Gesundheitssysteme, höhere Sterblichkeitsraten, sinkende Lebenserwartung, etc.).

Laut Schätzungen von UNAIDS/WHO wurden im Jahre 1999 fast sechs Millionen Menschen weltweit mit HIV infiziert, ein Zehntel davon betraf **Kinder** unter 15 Jahren. Die Infektion erfolgt bei den meisten Kindern über die Mutter vor oder während der Geburt bzw. durch Stillen. Insgesamt sind 2,6 Millionen HIV-infizierte Kinder weltweit. Der Anteil der an HIV-infizierten oder bereits an AIDS erkrankten **Frauen** ist im Steigen und betrug 1999 bereits 46 Prozent (1998: 43 Prozent).

Seit dem Beginn der Epidemie in den späten 70er Jahren hat das HI-Virus nahezu 50 Millionen Menschen weltweit infiziert. Wenngleich dieses Virus erst nach langer Zeit zu einer schweren Erkrankung bzw. AIDS führen kann (rund zehn Jahre oder mehr), hat HIV bisher mehr als 16 Millionen Erwachsenen das Leben gekostet. Schätzungsweise 2,6 Millionen dieser Todesfälle erfolgten 1999, mehr als in jedem anderen Jahr.

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

In **Österreich** beläuft sich die Anzahl der **HIV-infizierten** Personen derzeit auf ca. 12.000–15.000, die Hälfte davon (ca. 7.000 Personen) lebt in Wien. Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen in Österreich dazu.

Trotz verstärkter Anstrengungen durch aktive Präventionstätigkeit, Ersatzdrogenprogramme, Saugsaug und dem Einsatz der Kombinationstherapie ist in Österreich bei der Zahl der HIV-Neuinfektionen ein – wenn auch nicht signifikanter – Anstieg zu verzeichnen. Der Trend weist in die Richtung, dass die Neuinfektionen bei Heterosexuellen zunehmen, Frauen aber von dieser Tendenz stärker betroffen sind als Männer (vgl. www.aids.at/daten_fakten).

Bis Ende 1999 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 1.216 Erkrankungen an **AIDS** gemeldet, davon sind bereits 1.216 Personen verstorben (60 Prozent).

Durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist 1999 – wie in den Jahren davor – bei den **AIDS-Erkrankungen**, aber auch bei den Todesfällen ein Rückgang feststellbar. Die Gesamtzunahme der Erkrankungen wird v. a. durch Rückgänge bei Homosexuellen und i. v.-Drogenkonsumenten bedingt. Bei Heterosexuellen – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – lässt sich in den letzten Jahren der Trend einer Zunahme erkennen. Mittlerweile wird ein Drittel der Neuerkrankungen in Österreich durch heterosexuelle Kontakte verursacht (mehr als die Hälfte davon sind Frauen), rund ein Viertel durch homosexuelle Kontakte und rund ein Fünftel durch i. v.-Drogengebrauch. Bei Frauen wurden 1999 schon 60 Prozent der Neuerkrankungen durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Im Gegensatz zu Männern zeigte bei Frauen gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme der Neuerkrankungen.

Im Jahr 1999 sind in Österreich 87 Personen an AIDS erkrankt, 32 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Im Vergleich zum Jahre 1995 bedeutet dies eine Abnahme der Neuerkrankungsrate um 79 Prozent und eine Senkung der Neuerkrankungsrate um mehr als die Hälfte.

Insgesamt ist in der AIDS-Entwicklung eine rückläufige Tendenz zu konstatieren: 1999 wurde wieder der Stand von 1987 erreicht. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern können.

In **Wien** wurden bis Ende 1999 insgesamt 978 AIDS-Erkrankte registriert (seit 1983), von diesen sind 613 verstorben (63 Prozent).

Im Jahr 1999 erkrankten in Wien 38 Personen an AIDS, elf Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung kam es – gegenüber 1997 und 1998 – wieder zu einer Zunahme der Neuerkrankungen (Zunahme gegenüber 1998: + 36 Prozent). Allerdings setzte sich bei den Todesfällen der Rückgang der letzten Jahre fort und dies trotz einer kontinuierlichen Zunahme der Gesamtanzahl der AIDS-Kranken. Als Ursache für die Abnahme der Todesfälle wird der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden.

Tabelle 25: Geschlechtskrankheiten in Wien, 1999

angezeigte Neuerkrankungen	insgesamt in Wien		festgestellt in der STD ¹⁾ -Ambulanz	
	Ø 1996–1998	1999	Ø 1996–1998	1999
Gonorrhoe	339	311	46	46
Männer	227	222	15	13
Frauen	112	89	31	33
Lues	176	130	21	20
Männer	102	67	16	11
Frauen	74	63	21	9
insgesamt ²⁾	516	441	67	66

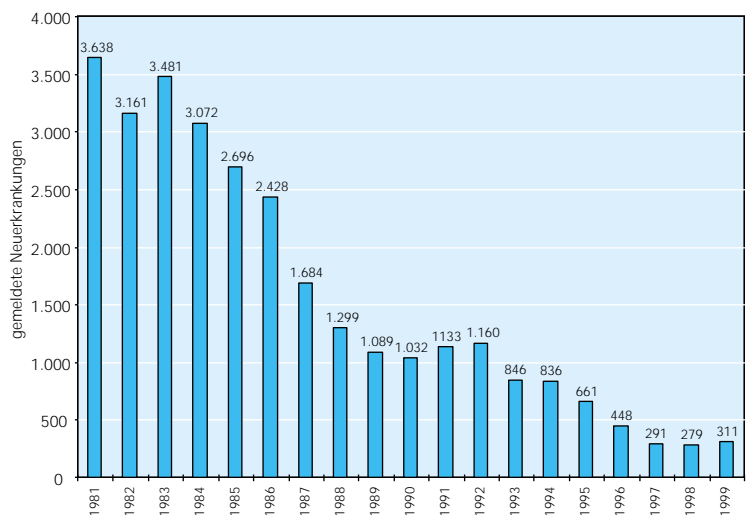
1) STD = Sexually Transmitted Diseases.

2) Im Jahre 1999 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle festgestellt.

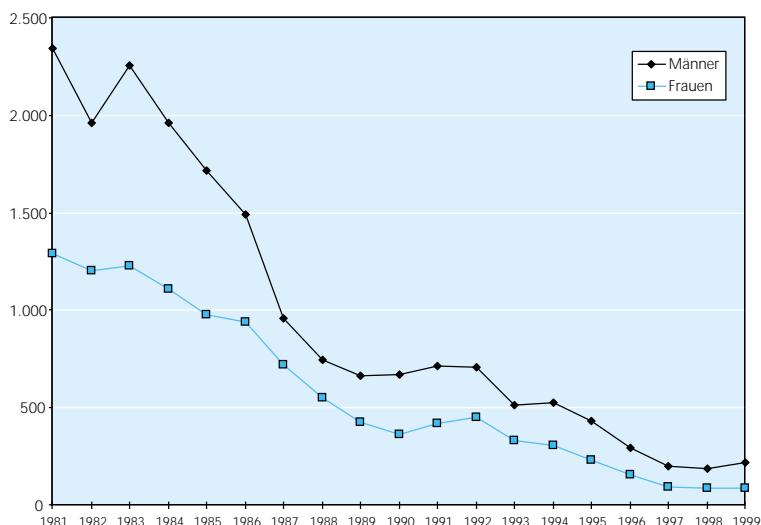
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

4.3.4.1 Gonorrhoe

Die Gonokokkeninfektion Gonorrhoe (der so genannte „Tripper“) ist noch immer die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten. Das Verhältnis von Gonorrhoe zur zweithäufigsten Geschlechtskrankheit, der Lues, hat sich allerdings seit 1981 von etwa 9:1 auf 2:1 geändert. Während in den 80er Jahren noch ca. 3.500 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festgestellt wurden, sind im Jahr 1999 nur noch 311 gemeldete Fälle in ganz Wien zu verzeichnen (gegenüber 1998 kam es jedoch zu einem Anstieg von 279 Fälle auf 311 Fälle).

Grafik 26: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

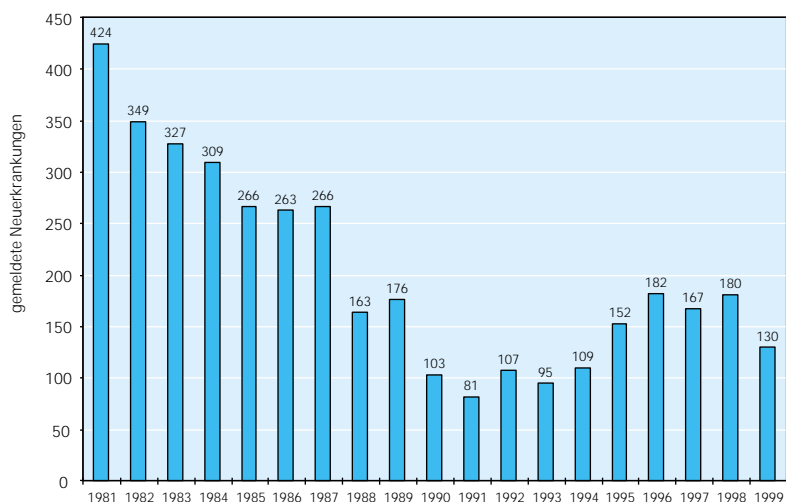
Grafik 27: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

4.3.4.2 Lues (Syphilis)

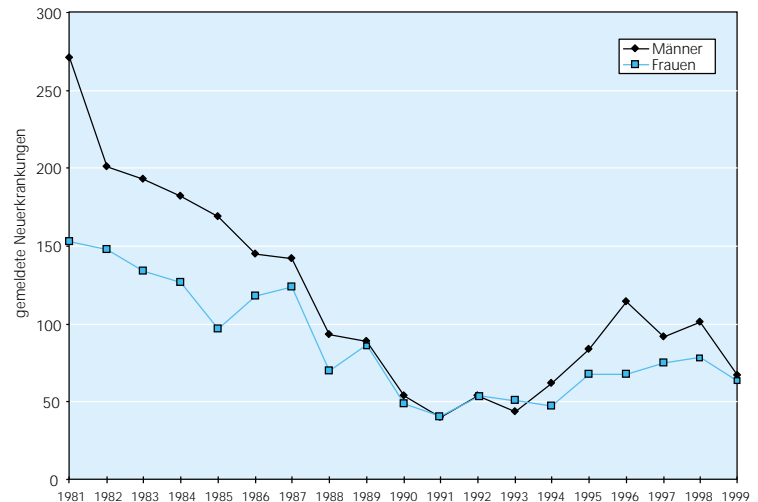
Die Lues (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe zeichnet sich seit Anfang der 90er Jahre (nach dem AIDS-Höhepunkt) ein kräftiger Anstieg der Geschlechtskrankheit – insbesondere bei Frauen – ab.³⁴

Bei den aus ganz Wien gemeldeten Zahlen ergab sich 1999 ein Rückgang um 28 Prozent von 180 Fällen (67 Männer, 63 Frauen).

Grafik 28: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/4)

³⁴ Auf Grund des österreichischen Meldesystems sind in den Zahlen auch serologisch nachgewiesene Infektionen ohne Anzeichen enthalten. Insgesamt ist jedoch seit 1994 auch ein Anstieg der aktiven Infektionen festzustellen.

Grafik 29: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/4)

4.3.4.3 Andere Geschlechtskrankheiten

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

In den Jahren 1997–1999 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (eine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

4.3.4.4 Das Wiener STD-Ambulatorium

Prim. Dr. Silvia MAYERHOFER

MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 – Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten

Im **Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten** (Ambulatorium) der Stadt Wien werden neben den Untersuchungen auf die im Geschlechtskrankheits- und AIDS-Gesetz angegebenen Erkrankungen auch Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien, Trichomonaden, Soormykosen und Hepatitis B durchgeführt.

Eine wesentliche Aufgabe des STD-Ambulatoriums besteht in der gesundheitlichen Kontrolle und der Ausstellung der – für die Ausübung zur Prostitution erforderlichen – Kontrollzettel. Weiters werden bei diesen Risikopersonen unter anderem auch Untersuchungen zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung (PAP) durchgeführt. Epidemiologisch bedeutsam sind vor allem auch Blutuntersuchungen auf HIV und Hepatitis B, die regelmäßig vorgenommen werden. Über die medizinische Begleitung führen Sozialarbeiterinnen neben Beratungsgesprächen auch Hausbesuche und die Betreuung von Prostituierten durch. So können auch Kontaktpersonen zur Untersuchung und Behandlung veranlasst werden. 1999 waren zehn Prozent der Kontaktpersonen mit einer Geschlechtskrankheit und 28 Prozent mit einer anderen sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert.

³⁵ STD = Sexually Transmitted Diseases

Bei den 1999 insgesamt 1.482 untersuchten Personen wurde bei 66 Personen (4,5 Prozent) eine verpflichtende Geschlechtskrankheit festgestellt – davon bei 46 Personen Gonorrhoe und bei 20 Personen Lues. Im Gegensatz zum Rückgang der aus ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten (um vier Prozent), nahm die Anzahl der im STD-Ambulatorium diagnostizierten Geschlechtskrankheiten im Vergleich zum Vorjahr um acht Prozent zu (Gonorrhoe: + 12 Prozent, Lues: gleich bleibende Fallzahl).

Tabelle 26: Festgestellte Gonorrhoe- und Lues-Erkrankungen am STD-Ambulatorium, 1997–1999

erkrankte Personen	Gonorrhoe			Lues		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Männer	19	15	13	7	4	3
Frauen	24	26	33	22	16	20
davon: registrierte Prostituierte	12	16	11	5	3	3
Geheimprostituierte	5	4	3	10	6	6
Bardamen	2	4	9	3	1	1
andere Frauen	5	2	10	4	6	6
insgesamt	43	41	46	29	20	20

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Bezogen auf den Prozentsatz positiver Untersuchungsergebnisse in der jeweiligen Gruppe waren Geheimprostituierte (2,4 Prozent) und nicht-sexuell Erwerbstätige (Frauen: 2,5 Prozent; Männer: 3,1 Prozent) am häufigsten von Geschlechtskrankheiten betroffen. Auch bei den genitalen Entzündungen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wiesen die Geheimprostituierten einen weitaus höheren Prozentsatz positiver Untersuchungsergebnisse auf als die anderen Personengruppen. Auffällig ist weiterhin die Abnahme der Untersuchungszahlen bei den Bardamen um 31 Prozent. Auch bei Geheimprostituierten wurde ein Rückgang der Untersuchungszahlen um 16 Prozent hingenommen. Dieser Rückgang war die Folge der Abnahme der von der Polizei angezeigten Geheimprostituierten um 319 Fälle bedingt durch die Untersuchung von 214 Personen auf Grund einer Anzeige wegen Geheimprostitution untersucht werden.

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

Gonorrhoe

Bei den im STD-Ambulatorium diagnostizierten Fällen von Gonorrhoe war ein Anstieg von 41 auf 46 Fällen (zwölf Prozent) zu verzeichnen. Während sich bei Männern ein leichter Rückgang der Gonorrhoe um vier Prozent zeigte, kam es – wie schon im Vorjahr – zu einem weiteren Anstieg der Gonorrhoe bei Frauen um vier Prozent (von 26 auf 33 Fälle).

Dem geringen Rückgang von Gonokokkeninfektionen bei Geheimprostituierten um einen Fall stand ein deutlicher Anstieg dieser Infektion bei den Bardamen von vier auf neun Fälle gegenüber. Bei den von der Exekutive angezeigten Geheimprostituierten sank die Anzahl der untersuchten Personen gegenüber dem Vorjahr von 253 auf 214 ab; bei Bardamen, die freiwillig zur Untersuchung kommen, stieg diese Zahl von 53 Personen leicht an.

Auffallend war ein massiver Anstieg der Gonorrhoe in der Gruppe der „anderen Frauen“ von zehn auf 17 Fälle, wobei hier eingeschränkt werden muss, dass aus administrativen Gründen in dieser Gruppe sieben Kontaktpersonen zu einem Mann mit Gonorrhoe erfasst wurden, die als Bardamen in zwei Bars tätig waren.

Lues

Während die aus ganz Wien gemeldeten Fallzahlen rückläufig waren, blieb die Zahl der an der MA 15 diagnostizierten Luesfälle gegenüber dem Vorjahr konstant (20 Personen). Der Anstieg der Fallzahl bei Männern von vier auf elf, während bei Frauen, ungeachtet der Erwerbstätigkeit, die Zahl der Lues sank.

In 60 Prozent der Fällen handelte es sich um frühe Erkrankungsstadien (zwei Fälle Lues I, zwei Fälle Lues II und zwei Fälle mit frühlatenter Lues). In einem Fall der frühlatenten Lues handelte es sich um ein 17-jähriges, schwangeres Mädchen. Ob das Ungeborene ebenfalls infiziert oder erkrankt ist, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

Die größte Zahl an Lues-Erkrankungen fanden sich in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen sowie der 31- bis 35-Jährigen (n = 5).

Inzidenz von Geschlechtskrankheiten

Die höchste Geschlechtskrankheiten-Inzidenz wiesen 1999 die Bardamen mit 19 Prozent an nicht-sexuell erwerbstätigen Männern mit neun Prozent auf. Andere Frauen wiesen eine Inzidenz von 13 Prozent auf, Geheimplotituierte von drei Prozent. Registrierte Prostituierte waren mit 19 Prozent 1999 wieder die „gesündeste“ Personengruppe.

Tabelle 27: Geschlechtskrankheiten-Inzidenz (Gonorrhoe und Lues), Wien 1998 und 1999

Personengruppen	Anzahl der untersuchten Personen		davon erkrankt		in % d. p
	1998	1999	1998	1999	
Prostituierte	748	718	19	12	3
Geheimplotituierte	253	214	10	7	4
Bardamen	51	53	5	10	10
andere Frauen ¹⁾	188	237	8	13	4
andere Männer ¹⁾	231	260	19	24	8
insgesamt	1.471	1.482	61	66	4

1) Davon 1999: 325 Selbstmelder, 69 Zuweisungen, 58 Kontaktpersonen, 45 Unterbrecher-Erstuntersuchte von anderen Personen.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Infektionsquellen- und Kontaktpersonenausforschung

Eine wichtige Bedeutung hat nach wie vor die Ausforschung von Infektionsquellen sowie von Kontaktpersonen von Infizierten. Hier fanden sich bei zehn Prozent eine Geschlechtskrankheit. Im Vergleich zum Vorjahr konnten mehr als doppelt so viele Kontaktpersonen ausgeforscht, untersucht und gegebenenfalls einer Behandlung zugeführt werden (1998: 24 Personen; 1999: 58 Personen).

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten

Andere, vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten sind gegenüber 1998 von 351 auf 717 Personen zugenommen.

Dieser Anstieg ist vor allem auf die Zunahme der Behandlungszahlen von **Anaerobier-Infektionen** (bakterielle Vaginose, BV) zurückzuführen. Da eine BV das Infektionsrisiko für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten erhöht, ist vor allem bei Frauen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern die Indikation zur Therapie zu stellen.

Die Anzahl der Infektionen mit **Chlamydien** stieg im Vergleich zu 1998 um 27 Fälle auf 100 an. Bei striierten Prostituierten blieb die Fallzahl mit 45 gleich, bei Geheimprostituierten ging die Anzahl von Chlamydieninfektionen von zwölf auf sieben zurück, bei Bardamen (von sieben auf neun) und Männern (von 14 auf 18) stiegen die Fallzahlen leicht, bei nicht-sexuell erwerbstätigen Frauen stark (von fünf auf

Gegenüber dem Vorjahr fanden sich **Trichomonaden** 1999 seltener, **Condylomata acuminata** und **genitaler Herpes simplex** allerdings deutlich häufiger.

Tabelle 28: STD-Inzidenz (Gruppe I und Gruppe II), Wien 1999

Personengruppen	untersuchte Personen	erkrankt an STD			
		Gruppe I ¹⁾		Gruppe II ²⁾	
		Personen	in %	Personen	in %
Prostituierte	718	549	76	503	70
Geheimprostituierte	214	62	29	20	9
Bardamen	53	36	67	20	38
andere Frauen	237	54	23	30	13
andere Männer	260	26	10	25	10
insgesamt	1.482	727	49	598	40

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

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Behandlungen

Tabelle 29: Behandlungen von Geschlechtskrankheiten (inklusive Sicherheitsbehandlungen) am Sektionsambulatorium, 1999

Art der Geschlechtskrankheit	behandelte Personen		
	Frauen	Männer	insgesamt
Gonorrhoe	157	46	203
Lues	14	17	31
Ulcus molle	–	–	–
Lymphogranuloma venereum	–	–	–

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

Tabelle 30: Behandlung anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten am STD-
1999

Art der Krankheit	behandelte Personen				andere weiblich
	insgesamt	Prostituierte	Geheimprost.	Bardamen	
Gruppe I¹⁾	100	45	7	9	21
Chlamydien	40	17	12	6	4
Trichomonaden	530	451	39	20	20
Anaerobier	19	12	2	–	4
Condylomata ac.	36	24	1	1	5
Herpes genitalis	2	–	1	–	–
Ped. pub.					
Gruppe II²⁾	553	476	17	18	23
genit. Soormykose	38	25	2	2	7
unspezif. Entzündung					
Mollusca cont.	7	2	1	–	–
Scabies	–	–	–	–	–
insgesamt	1.325	1.052	82	56	84

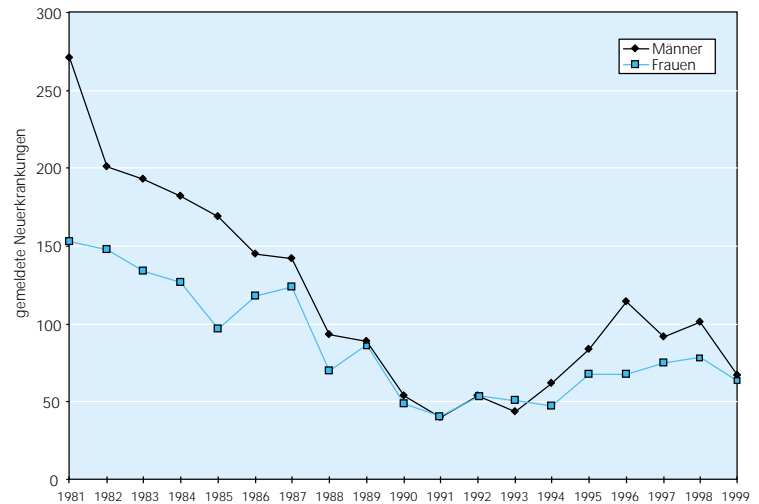
1) Gruppe I: eigentliche und vorwiegend sexuell übertragene Infektionen.

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

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

HIV-Infektionen

1999 wurde bei insgesamt neun Personen, drei Männern und sechs Frauen, eine Infektion mit HIV-1 entdeckt. Bei insgesamt 4.433 durchgeführten HIV-Tests entspricht dies einer Inzidenz von 0,2%. Die größte Anzahl der HIV-Neuinfektionen fand sich bei Geheimprostituierten (n = 5). Diese waren zusätzlich i. v.-drogenabhängig. Die übrigen positiven Testergebnisse fanden sich bei einem homosexuellen Mann, bei je einer Frau und einem Mann mit heterosexuellen Kontakten sowie bei einem Mann aus Westafrika.

Grafik 29: Angezeigte Lues-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–1999

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen (Referat I/4)

4.3.4.3 Andere Geschlechtskrankheiten

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

In den Jahren 1997–1999 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (eine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

4.3.4.4 Das Wiener STD-Ambulatorium

Prim. Dr. Silvia MAYERHOFER

MA 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 – Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten

Im **Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten** (Ambulatorium) der Stadt Wien werden neben den Untersuchungen auf die im Geschlechtskrankheits- und AIDS-Gesetz angegebenen Erkrankungen auch Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien, Trichomonaden, Soormykosen und Hepatitis B durchgeführt.

Eine wesentliche Aufgabe des STD-Ambulatoriums besteht in der gesundheitlichen Kontrolle und der Ausstellung der – für die Ausübung zur Prostitution erforderlichen – Kontrollzettel. Weiters werden bei diesen Risikopersonen unter anderem auch Untersuchungen zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung (PAP) durchgeführt. Epidemiologisch bedeutsam sind vor allem auch Blutuntersuchungen auf HIV und Hepatitis B, die regelmäßig vorgenommen werden. Über die medizinische Begleitung führen Sozialarbeiterinnen neben Beratungsgesprächen auch Hausbesuche und die Betreuung von Prostituierten durch. So können auch Kontaktpersonen zur Untersuchung und Behandlung veranlasst werden. 1999 waren zehn Prozent der Kontaktpersonen mit einer Geschlechtskrankheit und 28 Prozent mit einer anderen sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert.

³⁵ STD = Sexually Transmitted Diseases

4.3.4 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Bei den anzeigepflichtigen Geschlechtskrankheiten (v. a. Gonorrhoe und Lues) ist in den letzten Jahren – wohl auf Grund der vermehrten Prävention wegen AIDS – insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen. Dieser war bis zum Vorjahr hauptsächlich durch eine Abnahme der häufigsten meldepflichtigen Geschlechtskrankheit, nämlich der Gonorrhoe („Tripper“) zurückzuführen, während die Lues (Syphilis) seit 1991 einen deutlichen Anstieg erfuhr. 1999 war der Trend der beiden Geschlechtskrankheiten genau umgekehrt: Die Gonorrhoe stieg gegenüber 1998 um elf Prozent auf 311 gemeldete Fälle an, die Lues ging um 28 Prozent auf 130 Fälle zurück.

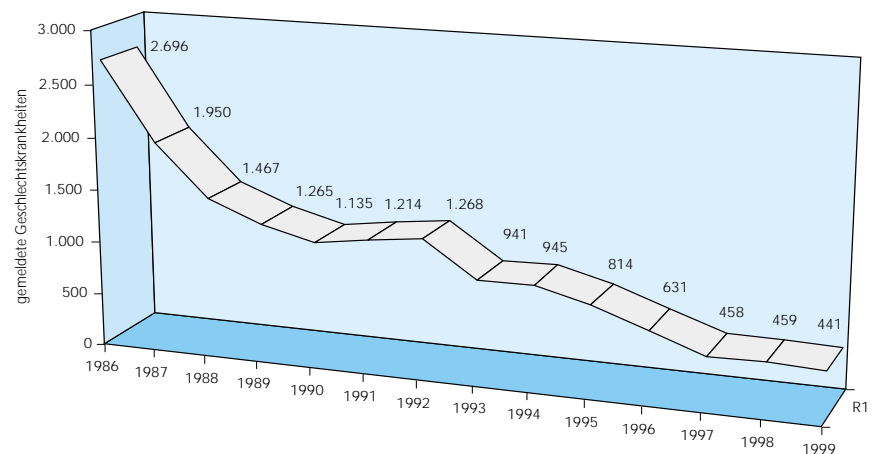
Summary: Venereal diseases

Overall, recent years have seen a decrease in the number of notifiable venereal diseases, gonorrhoea and lues in particular. The most likely cause for which is proved AIDS prevention. Up until last year this decrease was particularly pronounced with the most common notifiable venereal disease gonorrhoea, aka. tripper, while the number of lues or syphilis cases has been on the rise since 1991. In 1999, the reverse trend was noted for these venereal diseases: compared to 1998, the number of gonorrhoea cases went up to 311 notified cases (11 percent increase) while the number of lues cases went down to 130, a drop of 28 percent.

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

1999 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 441. Dies entspricht einem Rückgang von 84 Prozent gegenüber 1986 sowie von vier Prozent gegenüber 1998.

Grafik 25: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–1999



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4

4.3.5 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der sechs Wochen dauernden Influenza-Epidemie des Winters 1999/2000 erkrankten in Wien etwa 140.000 Menschen an dieser Infektionskrankheit.

Dem Gesundheitsamt wurden vier Influenzatote gemeldet (keine Meldepflicht).

Summary: Influenza and influenza infections

Approximately 140,000 people in Vienna came down with influenza during the six weeks epidemic in 1999/2000.

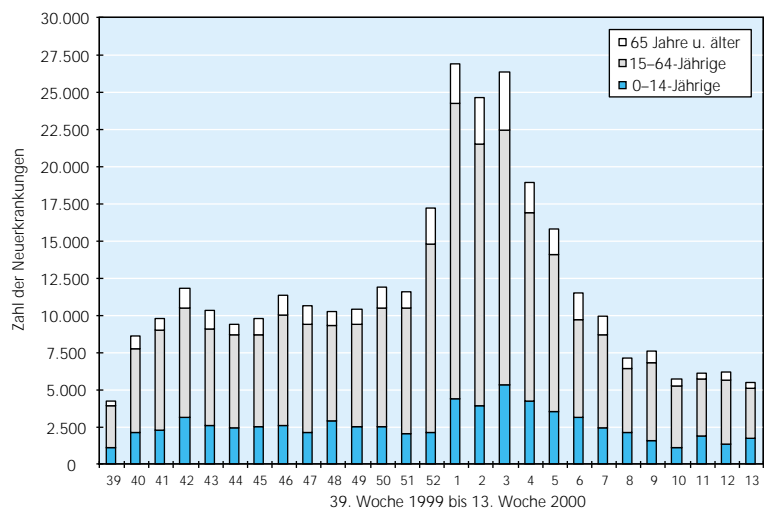
Health authorities were notified of four deaths caused by influenza, for which there is no duty of notification.

Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza und grippalen Infekten sowie die durch Influenza-Viren verursachten Epidemien werden in Wien durch ein Grippeinformationssystem der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen erfasst (Meldepraxen).

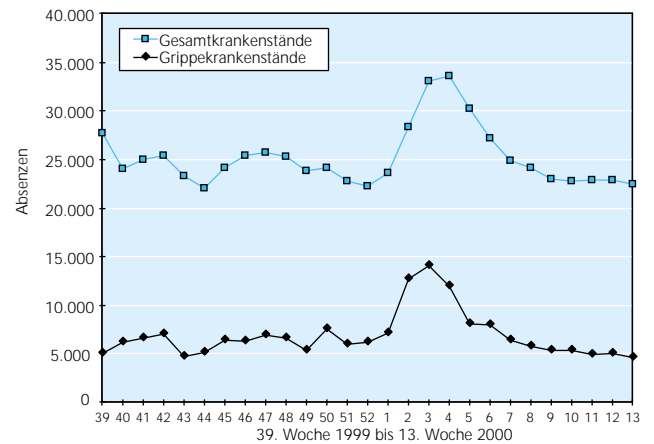
Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 52. Woche des Jahres 1999 der Beginn einer Influenza-Epidemie registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza-A-Virus des Typs H3N2. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 26.900 wöchentlichen Neuerkrankungen in der ersten Woche des Jahres 2000 erreicht. Die Epidemie erstreckte sich über insgesamt sechs Wochen. Die Gesamtzahl der in Wien an Influenza erkrankten Personen während dieser Periode wird auf insgesamt 140.000 Personen geschätzt.

In diesem Winter wurden dem Gesundheitsamt vier Influenzatote gemeldet (Winter 98/99: 24 gemeldete Fälle). Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Es muss jedoch internationaler Gesundheitsberichterstattung zufolge während einer Influenza-Epidemie mit zwei bis 50 Toten pro 100.000 EinwohnerInnen gerechnet werden.

Grafik 30: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 1999/2000



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

Grafik 31: Wöchentliche Absenzen im Winter 1999/2000 (laut Meldungen der WGKK)

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

Tabelle 31: Influenza und grippale Infekte, 1981–1999

Zeitraum: Okt. – März	Erregertyp	höchste Anzahl wöchentlicher Neuerkrankungen	höchster Anteil wöchentlicher Ab-	
			Betriebe	S
1971/72	A2-Hongkong (H3N2)	37.700	5,4	
1972/73	A2-England (H3N2)	29.800	5,6	
1973/74	–	13.200	4,4	
1974/75	A2-Port Chalmers (H3N2)	25.100	5,6	
1975/76	A2-Victoria (H3N2)	44.300	6,4	
1976/77	–	15.600	5,2	
1977/78	A2-Texas (H3N2), A-UdSSR (H1N1)	32.200	5,6	
1978/79	A-UdSSR/90/77 (H1N1)	28.300	5,1	
1979/80	–	15.300	4,8	
1980/81	–	15.600	5,3	
1981/82	–	9.700	4,4	
1982/83	A-Bangkok 1/79	21.100	4,4	
1983/84	B	11.800	3,5	
1984/85	A-Philippines 2/82/ (H3N2)	23.600	4,8	
1985/86	B, A (H3N2)	26.800	5,0	
1986/87	B, A (H3N2)	17.900	3,5	
1987/88	–	9.700	3,6	
1988/89	A (H1N1), B	22.800	4,3	
1989/90	A (H3N2), B	20.000	4,0	
1990/91	–	11.200	4,1	
1991/92	A (H3N2)	33.500	5,4	
1992/93	A (H3N2), B	18.100	4,2	
1993/94	A (H3N2)	22.600	3,7	
1994/95	A (H3N2), B	14.700	4,3	
1995/96	A (H3N2), B	26.200	4,4	
1996/97	A (H3N2), B	22.600	4,4	
1997/98	A (H3N2)	15.000	3,9	
1998/99	A (H3N2) Sydney	28.500	5,6	
1999/00	A (H3N2)	26.900	5,2	

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/1

Ein Teil der Krebserkrankungen (z. B. Darm-, Lungen- und Hautkrebs) könnte durch einen gesunden Lebensstil (Rauchen, Ernährung, Sonnenbäder) sowie durch Früherkennung vermieden bzw. abgemildert werden.

4.4.1 Krebsinzidenz

Krebserkrankungen sind aus medizinisch-epidemiologischer Sicht als ein multifaktorielles Geschehen zu sehen. Der individuelle Lebensstil, biologische, chemische und physikalische Faktoren treten in Wechselwirkung. Bestimmte Risikofaktoren scheinen dabei eine ausschlaggebende Rolle zu spielen (z. B. Tabakkonsum für Lungenkrebs oder Sonnenbrände für Hautkrebs).

1997³⁷ erkrankten 7.228 Personen der Wiener Wohnbevölkerung an Krebs, was einer jährlichen Inzidenzrate von 450 neuen Fällen pro Jahr auf 100.000 EinwohnerInnen entspricht. Steigend war die Inzidenzrate jedoch in der männlichen Wiener Bevölkerung ein leichter, in der weiblichen sogar ein deutlicher Rückgang der Erkrankungsrate festgestellt werden.

Laut **Krebsstatistik** erkranken **Männer** am häufigsten an Prostata-, Lungen-, Dickdarm- und Magenkrebs (diese Lokalisationen machen bereits rund zwei Drittel aller Neuerkrankungen aus).

Bei den Männern ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme des Prostatakrebses festzustellen, wobei bei – v. a. auf Grund der vermehrten Untersuchungen – eine besonders starke Zunahme zu beobachten ist.³⁸ Der Prostatakrebs nimmt bei den Männern bereits den ersten Platz auf der Häufigkeitsskala ein.

Bei **Frauen** war der Brustkrebs mit fast einem Viertel aller Neuerkrankungen die mit Abstand häufigste Lokalisation, gefolgt von Krebserkrankungen des Dickdarms, der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Ovarium, etc.) und der Lunge (diese Lokalisationen machen fast die Hälfte aller Neuerkrankungen aus).

Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts) stellte auch 1997 der Darmkrebs die häufigste Krebserkrankung der Wiener Bevölkerung dar. Mit geringem Abstand folgten die bösartigen Krebserkrankungen im Bereich der Atmungsorgane (v. a. Lunge), wobei vor allem die Erkrankungen der Lunge weitestgehend zu einem hohen Anteil in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum stehen.

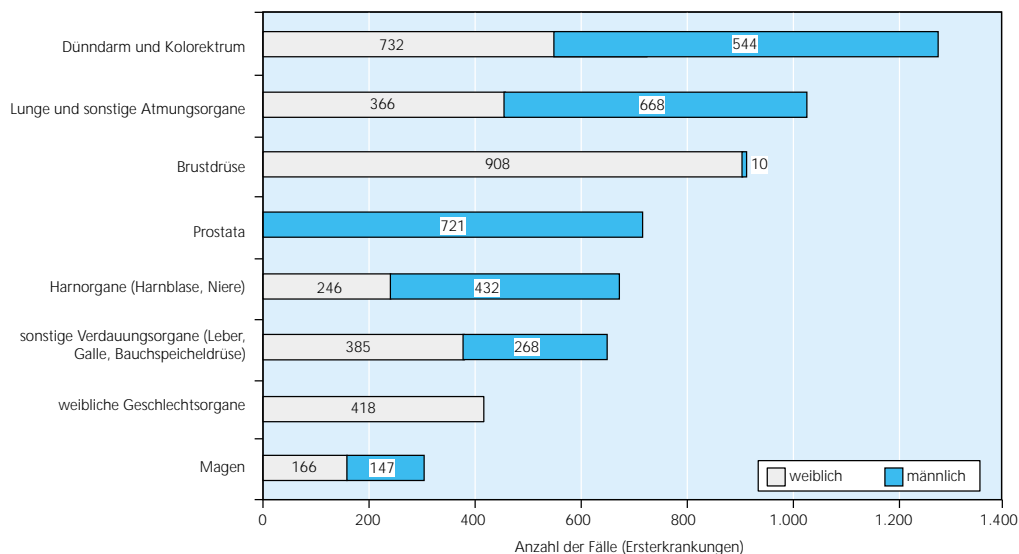
In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei den Männern eine größere Häufigkeit an Leber- und Lungenkrebs, bösartigen Neubildungen im Bereich Lippen, Rachen und Rachen sowie Harnblasenkrebs feststellen (teilweise erklärbar durch Rauchverhalten und Tabakkonsum).

Die Präventionsarbeit sollte daher in Zukunft verstärkt auf die Bereiche Darm-, Lungen-, Prostata- und Brustkrebs konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils zu vermeiden sind, die zuletzt genannten durch Früherkennung mittels Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Verlauf abgemildert werden könnten.

³⁷ Daten für 1998 und 1999 sind noch nicht verfügbar.

³⁸ Die Zunahme der Inzidenz von Prostatakrebs ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einem tatsächlichen Anstieg der männlichen Bevölkerung oder einer höheren Todesrate, sondern vor allem auf vermehrte Untersuchungen zurückzuführen.

Grafik 32: Häufigste bösartige Neubildungen – Ersterkrankung, Wien 1997



Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

Die Entwicklung der **altersstandardisierten Raten** der Krebserkrankungen in Wien zwischen 1983 und 1997 zeigt einen enormen Anstieg des **Prostatakrebses** um 66 Prozent (Hauptgrund: vermehrte diagnostische Untersuchungen). Das Erkrankungsrisiko des weiblichen **Brustkrebses** ist in diesem Zeitraum (mit Ausnahme eines Gipfels zwischen 1987 und 1990) vorerst wieder etwas zurückgegangen, seit 1995 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg dieser Krebserkrankung zu verzeichnen. Sowohl beim **Gebärmutterkrebs** als auch beim **Gebärmutterhalskrebs** konnte hingegen seit 1983 ein starker Rückgang um etwas mehr als ein Drittel verzeichnet werden.

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

Die Rangreihung der Krebserkrankungen (altersstandardisiert), getrennt nach Geschlecht, ergibt sich für Wien für das Jahr 1997 wie folgt:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Brustdrüse	1. Prostata
2. Kolorektrum (Dickdarm und Mastdarm)	2. Lunge
3. weibliche Geschlechtsorgane ¹ (Gebärmutter, Ovarium etc.)	3. Kolorektrum (Dickdarm und Mastdarm)
4. Lunge	4. Harnblase

1) Nach Addition aller Neubildungen im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovarien, sonstige Adnexe, sonstige nicht näher bezeichnete weibliche Geschlechtsorgane) nimmt diese Lokalisation den dritten Platz ein.

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

Tabelle 32: Krebsinzidenz¹⁾ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 1997²⁾³⁾

ICD-9 Code ⁴⁾⁵⁾	Lokalisation	Frauen		Männer		insgesamt absolut
		absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	absolut	auf 100.000 EW ⁶⁾	
140-149	B. N. ⁷⁾ d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Rachens	63	5,6	117	15,8	180
150	B. N. d. Speiseröhre	16	1,2	60	7,8	76
151	B. N. d. Magens	166	11,3	147	18,1	313
152	B. N. d. Dünndarms	4	0,4	3	0,4	7
153, 154	B. N. d. Kolorektums	562	39,0	541	68,6	1.103
155	B. N. d. Leber	81	5,9	118	15,2	199
156	B. N. d. Gallenblase	103	6,8	39	5,0	142
157	B. N. d. Bauchspeicheldrüse	201	13,5	111	14,4	312
160, 163-165	B. N. sonstiger Atmungsorgane	17	1,4	17	2,2	34
161	B. N. d. Kehlkopfes	11	1,2	52	6,8	63
162	B. N. d. Lunge	338	28,6	599	77,3	937
171	B. N. d. Bindegewebes u. sonstiger Weichteile	26	2,3	19	2,6	45
172	Bosartiges Melanom d. Haut ⁸⁾	91	7,9	80	9,7	171
175	B. N. d. Brustdrüse	908	80,7	10	1,2	918
180	B. N. d. Zervix Uteri (Gebärmutterhals)	99	9,9	-	-	99
182	B. N. d. Corpus Uteri (Gebärmutter)	149	12,6	-	-	149
183	B. N. d. Ovars und sonstiger Adnexe	136	12,2	-	-	136
184	B. N. sonstiger weibl. Geschlechtsorgane	34	2,3	-	-	34
185	B. N. d. Prostata	-	-	721	92,1	721
186, 187	B. N. sonstiger männl. Geschlechtsorgane	-	-	57	6,2	57
188	B. N. d. Harnblase	128	9,7	282	36,1	410
189	B. N. d. Niere	118	9,2	150	19,6	268
191, 192	B. N. d. Gehirns	54	5,0	67	8,7	121
193	B. N. d. Schilddrüse	39	3,6	13	1,7	52
201	Morbus Hodgkin	20	2,0	30	3,8	50
200, 202	Lymphosarkom u. Reticulumzellsarkom (Non-Hodgkin-Lymphome)	106	8,3	115	14,4	221
203	Multiples Myelom	47	3,5	25	3,2	72
204-208	Leukämien	85	6,4	77	10,2	162
158, 159, 166-170, 179, 181, 190, 194-199	sonstige Krebslokalisationen	131	9,2	45	5,6	176
insgesamt	alle Lokalisationen	3.733	-	3.495	-	7.228

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

2) Daten für 1998 und 1999 noch nicht verfügbar.

3) Auf Grund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BCB, Nr. 138/1069 und BCB, Nr. 425/1069 sowie der Krebsstatistikverordnung, BCB, Nr. 171/1078

4.4.2.1 Regionale Unterschiede auf Bezirksebene

Dr. Gerhard FÜLÖP
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

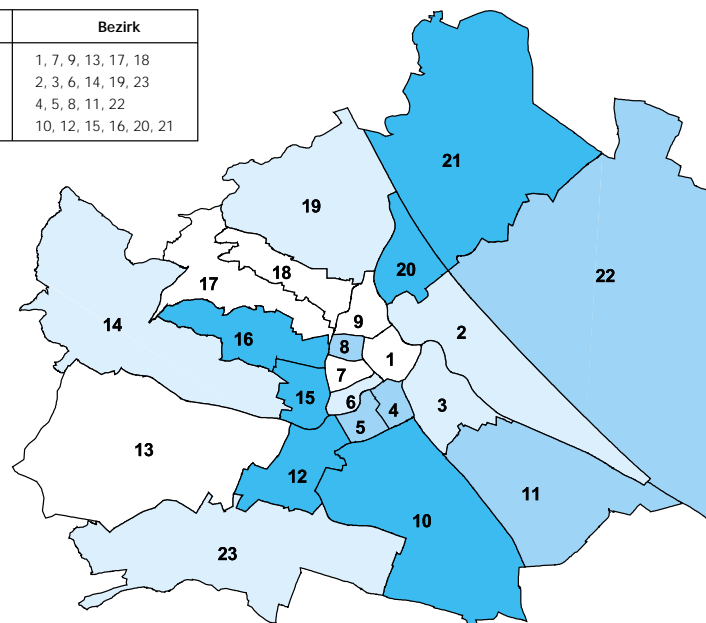
Die Sterblichkeit an Krebs leistet bei beiden Geschlechtern einen erheblichen Beitrag zu den regionalen Unterschieden innerhalb Wiens in Bezug auf Lebenserwartung und Gesamtsterblichkeit.

Sie ist im 10. Bezirk für beide Geschlechter gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöht, bei den Männern außerdem noch im 15. und im 20. Bezirk – also durchwegs in Regionen, in denen eine sehr ungünstige sozioökonomische Struktur festzustellen ist. Außerdem sind der 11. und der 22. Bezirk in Bezug auf beide Geschlechter sowie die Gebiete nördlich der Donau von einer überhöhten Krebssterblichkeit betroffen – also wiederum Regionen mit eher ungünstiger Sozialstruktur. In den Gebieten mit besserer sozioökonomischer Struktur im Zentrum und im Westen Wiens ist die Krebssterblichkeit niedriger – insbesondere im 13. Bezirk, wo die Krebsmortalität bei beiden Geschlechtern signifikant unter dem Wiener Landesdurchschnitt liegt.

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

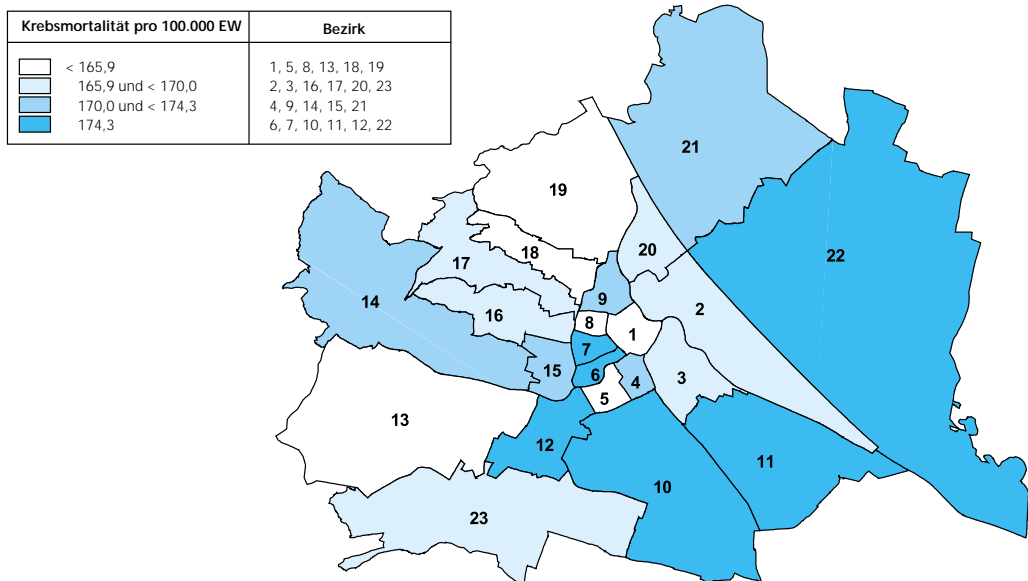
Grafik 34: Krebsmortalität¹ der Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998

Krebsmortalität pro 100.000 EW	Bezirk
< 249,8	1, 7, 9, 13, 17, 18
249,8 und < 268,3	2, 3, 6, 14, 19, 23
268,3 und < 281,5	4, 5, 8, 11, 22
281,5	10, 12, 15, 16, 20, 21



1) An Krebs Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 35: Krebsmortalität¹ der Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998

1) An Krebs Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Die für die Krebssterblichkeit in Wien quantitativ bedeutsamsten Lokalisationen sind bei den Männern Lungenkrebs, der Prostatakrebs sowie gastrointestinale Krebserkrankungen (insbesondere Darmkrebs). Bei den Frauen der Brustkrebs, gefolgt von Lungenkrebs und gastrointestinalen Krebserkrankungen (insbesondere Darmkrebs). In Bezug auf diese Krebserkrankungen wurde für den Zeitraum 1989–1998 festgestellt, dass bei den Männern in folgenden Bereichen eine gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Krebsmortalität auftrat: Lungenkrebs (15. und 20. Bezirk), Darmkrebs (15. Bezirk), Magenkrebs (10. Bezirk). Bei den Frauen konnten auf Grund der geringen regionalen Schwankungen in keiner der untersuchten Erkrankungsgruppen signifikante Abweichungen festgestellt werden.

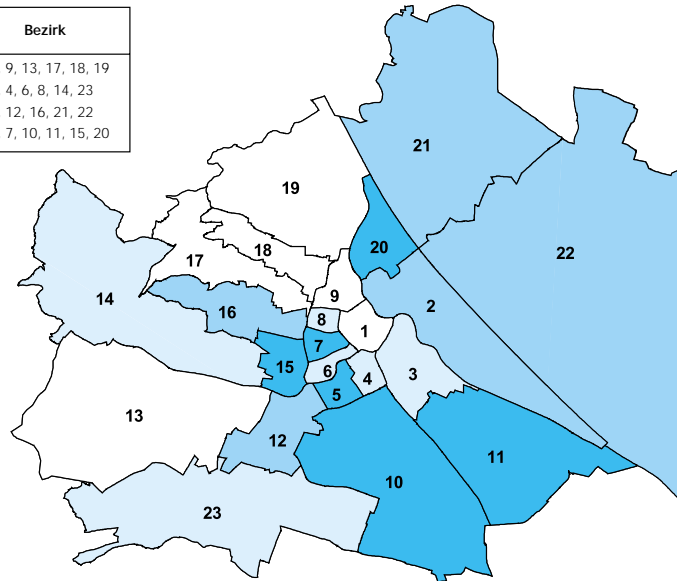
Nachfolgend werden die räumlichen Verteilungsmuster der quantitativ wichtigsten Krebslokalisationen genauer dargestellt.

Lungenkrebs

Die Lungenkrebsmortalität ist im 5., 7., 10., 15. und 20. Bezirk erhöht, im 13. und im 17. Bezirk hingegen signifikant niedriger als im landesweiten Durchschnitt. Es zeigt sich eine beachtliche Übereinstimmung des räumlichen Verteilungsmusters mit jenem zum Anteil der Nie-RaucherInnen. Im 15. Bezirk zeigt sich der Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Rauchverhalten (gemessen in Nie-RaucherInnen-Anteil) am deutlichsten.

Grafik 36: Lungenkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)

Lungenkrebsmortalität pro 100.000 EW	Bezirk
< 41,0	1, 9, 13, 17, 18, 19
41,0 und < 47,4	3, 4, 6, 8, 14, 23
47,4 und < 50,6	2, 12, 16, 21, 22
50,6	5, 7, 10, 11, 15, 20



1) An Lungenkrebs Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr (altersstandardisiert).

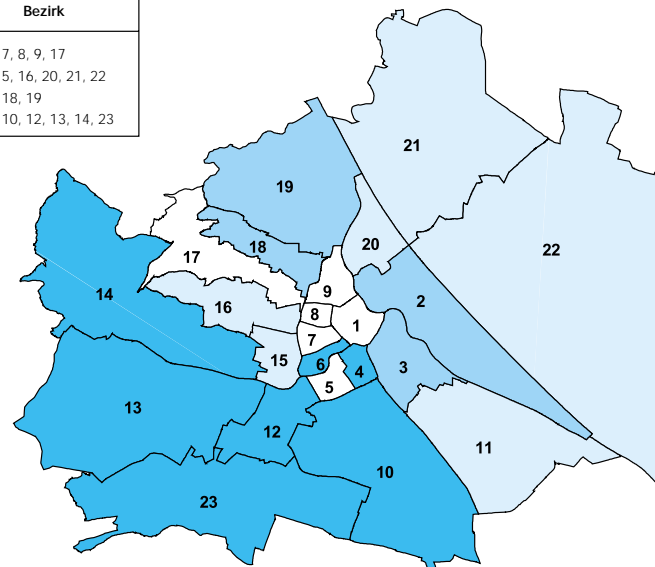
Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Brustkrebs

Die Brustkrebsmortalität ist im Süden und Südwesten Wiens erhöht, im innerstädtischen Nordwesten hingegen vergleichsweise niedrig. Die Schwankungen zwischen den Bezirken sind sehr gering, sodass keine signifikanten Abweichungen vom Wiener Landesdurchschnitt festzustellen können.

Grafik 37: Brustkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (weiblich)

Brustkrebsmortalität pro 100.000 EW	Bezirk
< 33,6	1, 5, 7, 8, 9, 17
33,6 und < 35,1	11, 15, 16, 20, 21, 22
35,1 und < 35,7	2, 3, 18, 19
35,7	4, 6, 10, 12, 13, 14, 23



1) An Brustkrebs Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr (altersstandardisiert).

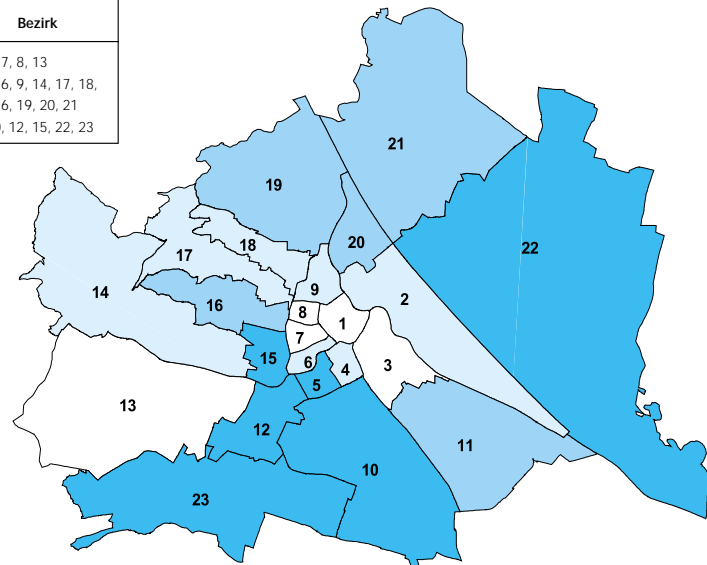
Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Darmkrebs

Die Darmkrebsmortalität ist im 15. Bezirk stark erhöht (statistisch signifikant), in den sozioökonomisch besser gestellten Bezirken hingegen tendenziell niedriger.

Grafik 38: Darmkrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998 (männlich und weiblich)

Darmkrebsmortalität pro 100.000 EW	Bezirk
< 28,8	1, 3, 7, 8, 13
28,8 und < 30,9	2, 4, 6, 9, 14, 17, 18,
30,9 und < 32,7	11, 16, 19, 20, 21
32,7	5, 10, 12, 15, 22, 23



1) An Darmkrebs Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr (altersstandardisiert).

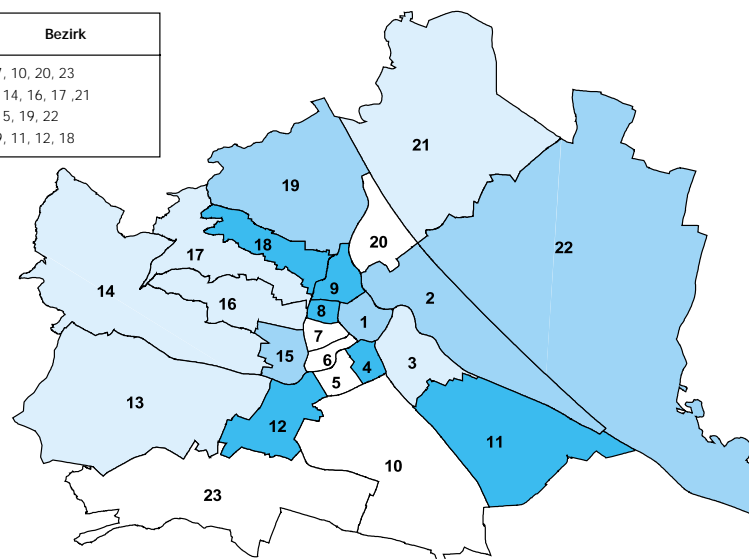
Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Prostatakrebs

Die Prostatakrebsmortalität ist im 4., 8., 9., 11., 12. und 18. Bezirk etwas erhöht, unterliegt jedoch nur geringen Schwankungen zwischen den Bezirken, sodass keine signifikanten Abweichungen vom Landesschnitt feststellbar sind.

Grafik 39: Prostatakrebsmortalität¹ nach Bezirken, Wien 1989–1998

Prostatakrebsmortalität pro 100.000 EW	Bezirk
< 25,9	5, 6, 7, 10, 20, 23
25,9 und < 28,2	3, 13, 14, 16, 17, 21
28,2 und < 29,6	1, 2, 15, 19, 22
29,6	4, 8, 9, 11, 12, 18



1) An Prostatakrebs Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr (altersstandardisiert).

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

4.4.2 Krebsmortalität

In Österreich wurden 1999 insgesamt 18.710 Todesfälle infolge einer Krebserkrankung registriert, davon waren 9.100 Personen weiblichen (48,7 Prozent) und 9.610 Personen männlichen (51,4 Prozent) Geschlechts.

In Wien starben 1999 laut amtlicher Todesursachenstatistik 4.203 Menschen an einer bösartigen Neubildung, und zwar 2.224 Frauen (53 Prozent) und 1.979 Männer (47 Prozent).³⁹

Die häufigsten Todesursachen infolge einer Krebserkrankung waren sowohl für Wiener Frauen als auch für Wiener Männer bösartige Neubildungen im Bereich der **Verdauungsorgane** (v. a. Darmkrebs), diese 33 Prozent der Krebstodesfälle bei Frauen sowie 34 Prozent jener der Männer erklären. Bei den Frauen folgt **Brustkrebs** mit rund 18 Prozent, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (v. a. Lungenkrebs) mit 27 Prozent.

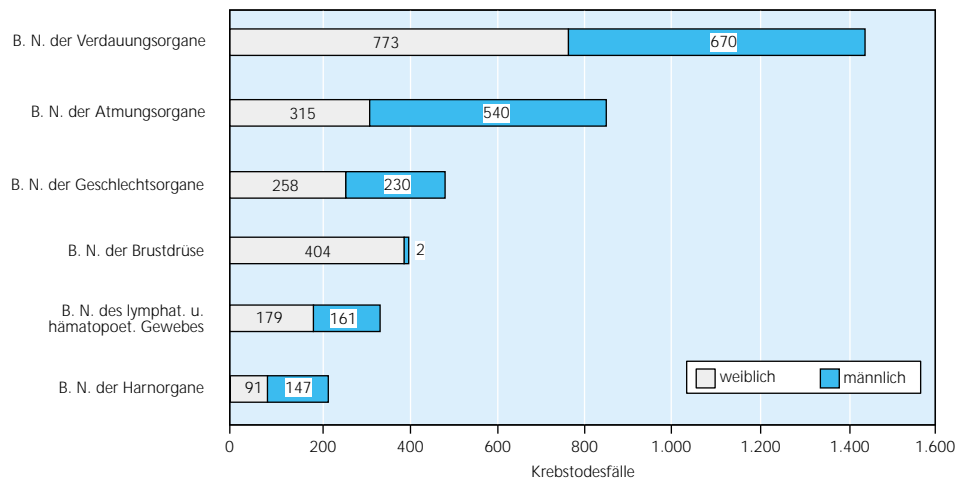
Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den 60er Jahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten stark an. Mittlerweile sind bösartige Neubildungen der Atmungsorgane die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Wiener Frauen (18 Prozent aller Krebstodesfälle).

Bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** erklären 1999 zwölf Prozent der an Krebs gestorbenen Wiener Männer (dritthäufigste Krebstodesursache).

Zusammenfassend stellt sich die Rangfolge der Todesursachen der 1999 in Wien an Krebs Verstorbener nach Geschlecht folgendermaßen dar:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Verdauungsorgane	1. Verdauungsorgane
2. Brustdrüse	2. Atmungsorgane
3. Atmungsorgane	3. Geschlechtsorgane

Grafik 33: Häufigste Krebserkrankungen als Todesursache, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

³⁹ Siehe auch: Kapitel 4.6 Todesursachen.

4.4 Krebs³⁶

Zusammenfassung

Inzidenz (1997): 1997 erkrankten 3.733 Wienerinnen und 3.495 Wiener an Krebs (Inzidenzrate: 450 neue Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr).

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

Mortalität (1999): An Todesfällen infolge einer Neubildung wurden im Jahr 1999 insgesamt 4.203 gemeldet, von diesen Personen waren 2.224 (53 Prozent) weiblichen und 1.979 (47 Prozent) männlichen Geschlechts.

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

Die Krebssterblichkeit ist in den Bezirken 10, 11, 12, 20 und 21 (Männer auch: 15 und 20), also Regionen mit eher ungünstiger Sozialstruktur, gegenüber dem Wiener Durchschnitt erhöht. Diese regionalen Unterschiede zeigen sich v. a. bei den vom Lebensstil beeinflussten Krebserkrankungen wie Lungen-, Darm- und Magenkrebs.

Summary: Cancer

Incidence for 1997: in 1997, 3,733 women and 3,495 men in Vienna became ill with cancer. This relates to an annual incidence rate of 450 new cases per 100,000 inhabitants.

The list of cancer localisations is topped by colon cancer, followed closely by malignant neoformations in the respiratory tract (the lung in particular). Broken up by gender, women are most frequently stricken with breast cancer, men by cancer of the prostate.

Mortality in 1999: a total of 4,203 deaths caused by neoformations were registered in 1999. Of these, 2,224 (53 percent) were women and 1,979 (47 percent) were men.

Main causes for cancer deaths for women and men are malignant neoformations in the digestive organs followed by breast cancer for women and malignant neoformations in the respiratory tract (lung cancer) for men.

Cancer mortality is above average in Vienna's districts 10, 11, 12, 20 and 21 (for men also in the districts 15 and 20). This is largely due to the unfavourable social structure in these districts. Regional differences are most apparent with lung, colorectal or gastric cancer, all of which are considerably influenced by people's lifestyles.

1997 erkrankten fast 35.000 ÖsterreicherInnen an Krebs, etwa 99,6 Prozent davon sind Erwachsene, 0,4 Prozent Kinder bis 14 Jahre. Jährlich sterben rund 19.000 Österreicherinnen und Österreicher an Krebs (1999), davon 51 Prozent Männer und 49 Prozent Frauen.

In **Wien** wurde 1997 bei jeder 226. Einwohnerin und bei jedem 218. Einwohner eine Krebs-Neubildung festgestellt. Insgesamt wurden 7.228 Fälle einer bösartigen Neubildung registriert (davon 48 Prozent Frauen und 52 Prozent Männer).

³⁶ Zur Krebsinzidenz sind derzeit keine neueren Daten verfügbar. *Most recent data on cancer incidence currently available*

4.5.1.1 Depression aus medizinischer Sichtweise

O. Univ.-Prof. Dr. Siegfried KASPER
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie

In den vergangenen 20 Jahren wurde die Diagnostik depressiver Erkrankungen internationalisiert und operationalisiert und dadurch sowohl für die Forschung als auch für die Praxis leichter gemacht. Die Therapie dieser häufigen Erkrankung hat durch die Einführung moderner Therapieverfahren, z. B. der Antidepressiva, die bei gleicher Effektivität ein günstigeres Profil aufweisen, eine höhere Akzeptanz bei den PatientInnen bewirkt. Darüber hinaus spezifische psychotherapeutische Verfahren wie die interpersonelle Psychotherapie und die Verhaltenstherapie eine wertvolle Bereicherung der Therapiemöglichkeiten bewirkt. Diese symptomarmen Therapieformen sind insofern von Bedeutung, als bei der Behandlung depressiver Erkrankungen meist eine Langzeitbehandlung indiziert ist, um das Rückfallsrisiko zu minimieren.

4.5.1.1.1 Ursachen und Häufigkeit depressiver Krankheitsbilder

Das Vorhandensein und Zusammenwirken von biologischen und psychologischen Variablen bilden eine Disposition als Verletzlichkeit (Vulnerabilität) für die Entstehung einer Depression. Neben dem spontanen Auftreten depressiver Verstimmungen können belastende Lebensereignisse (stressful events) sowie chronische Belastungen depressive Episoden auslösen. Im Sinne einer multifaktoriellen Genese münden diese in eine gemeinsame Endstrecke und führen zu einer Veränderung der Neurotransmission wichtiger Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin.

Depressionen (depressive Episoden nach ICD-10⁴¹) gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. In der allgemein-medizinischen Praxis stellen sie wahrscheinlich jene Krankheitsgruppe dar, mit der HausärztInnen am öftesten konfrontiert sind. Etwa 17 Prozent der Gesamtbevölkerung (12 Prozent Prävalenz) weisen im Verlauf ihres Lebens einmal eine depressive Episode auf. Etwa die Hälfte (ca. 8 bis 10 Prozent) leiden an einer depressiven Episode, die zwar gering ausgeprägt, aber klinisch relevant ist.

4.5.1.1.2 Symptome und Diagnostik⁴²

Zurzeit werden international zwei führende und miteinander weitgehend vergleichbare Diagnostiken verwendet: die 10. Revision der Internationalen Klassifikation (ICD-10), sowie das amerikanische DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision). Die früher nach ICD-9 als „endogene Depression“ bezeichnete Erkrankung der Depression wird nun nach ICD-10 als „depressive Episode“ und im DSM-IV als „Major Depression“ bezeichnet (siehe Tabellen 1 und 2). Die Diagnose kann durch das Vorliegen von Haupt- und anderen häufigen Symptomen gestellt werden; sowohl die Ausprägungsgrad als auch die Zeitdauer von zwei Wochen sind in einem Manual standardisiert.

Bei der am häufigsten vorkommenden unipolar verlaufenden Depression leiden die Patienten schließlich unter depressiven Episoden. Bei der bipolaren Depression treten auch manische Krankheitsepisoden auf. Die Dysthymia ist durch eine depressive Grundgestimmtheit, die über eine längere Zeit des Lebens (mindestens zwei Jahre) andauert (mehr schlecht als gut). Nach ICD-10 ist die Ausprägung der Symptome bei der Dysthymia jedoch geringer als bei einer depressiven Episode. Bei der depressiven Anpassungsstörung kommt es zu einer milden depressiven Gestimmtheit im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Ereignissen (z. B. Veränderung der Lebenslage bzw. familiären Gefüge) und bei der schizoaffektiven Psychose liegen sowohl Symptome der Psychose als auch solche der depressiven Episode vor.

⁴¹ ICD-10: Internationale Klassifizierung der Erkrankungen (WHO).

⁴² Weiterführende Literatur: KASPER, S. & MÜLLER-SPAHN, F. (1997): Depression. Diagnose und Pharmakotherapie. Thieme Verlag, Stuttgart.

Tabelle 33: Hauptformen depressiver Erkrankungen nach ICD-10

klinische Einteilung	ICD-10 Klassifizierung	ICD-10
unipolare Depression	depressive Episode ¹⁾	F32
	rezidivierende depressive Episode ¹⁾	F33
bipolare Depression	bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode ¹⁾	F31
Dysthymia (depressive Neurose, anhaltende milde Depression)	Dysthymia	F34.1
depressive Anpassungsstörung	Anpassungsstörung	F43.2
schizoaffektive Psychosen	schizodepressive Störung	F25.1
organisch bedingte Depression (z. B. Morbus Cushing)	organisch depressive Störung	F06.32
Demenz und depressive Symptome	Demenz und vorwiegend depressive Symptome ²⁾	F00–F03.X

1) Ausprägungsgrad: leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F33.2).

2) Ausschluss der Kriterien für eine depressive Episode (F32), ansonsten werden beide klassifiziert.

Tabelle 34: Symptome der depressiven Episode nach ICD-10

Hauptsymptome	andere häufige Symptome
2 oder 3 Hauptsymptome müssen vorhanden sein	2 bis 4 Symptome müssen vorhanden sein
Dauer: mindestens 2 Wochen	
1. gedrückte Stimmung 2. Interessen-/Freudlosigkeit 3. Antriebsstörung	1. Konzentration sinkt 2. Selbstwertgefühl sinkt 3. Schuldgefühl 4. Hemmung/Unruhe 5. Selbstschädigung 6. Schlafstörung 7. Appetitminderung

4.5.1.1.3 Therapie der Depression

Vor der Einleitung einer sowohl medikamentösen als auch psychotherapeutischen Behandlung erfolgt eine Routineuntersuchung, die verschiedene körperliche Parameter beinhaltet. Die medikamentöse Therapie stützt sich auf eine exakte psychiatrische und organmedizinische Diagnostik und sollte symptomorientiert Verwendung finden. Bei der Auswahl einer medikamentösen antidepressiven Therapie sollte für die verschreibenden ÄrztInnen sowohl die Klassifizierung der Antidepressiva, die meist auch durch den Wirkmechanismus charakterisiert, als auch die Halbwertszeit sowie die Toxizität bei Überdosis bzw. potentiell toxische Kombinationen mit anderen Pharmaka bekannt sein. Auf Grund der besseren Verträglichkeit sollte im Sinne der *nebenwirkungsgeleiteten Indikationsstellung* den neueren Medikamenten, wie zum Beispiel der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) der Vorzug gegeben werden.

Von klinischer Relevanz ist, dass die älteren so genannten Trizyklischen Antidepressive (TZA) bei Überdosierung, z. B. im Rahmen eines Suizidversuches gefährlich sind, da bei einer für einen Zeitraum von 24 Stunden verschriebenen Medikamentenmenge bereits die Dosis letalis besteht, mit der sich der/die Patient/die Patientin das Leben nehmen kann. Demgegenüber weisen die neueren Antidepressiva, z. B. SSRIs bzw. SNRIs, keine schwer wiegenden Nebenwirkungen auf und sind bei Überdosierung (z. B. Suizidversuch) nicht gefährlich.

Langzeittherapie

Hinsichtlich der Langzeittherapie wurde von nationalen und internationalen Gremien hervorgehoben, dass für den Zeitraum von 4 bis 6 Monaten nach der akuten Therapie, im Sinne einer Erhaltungstherapie, die antidepressive Medikation in der Dosierung beibehalten werden sollte, mit der die Remission

wurde, und bei Vorliegen spezieller Prädiktoren sollte an eine über mehrere Jahre dauernde Therapie gedacht werden. Empirische Studien haben ergeben, dass eine Dosisreduktion oder frühes Absetzen der antidepressiven Medikation jeweils mit einer Verschlechterung der Symptome bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden war.

Bei einer bipolaren affektiven Störung (früher manisch-depressive Erkrankung genannt) bzw. in der Phase der prophylaktischen Therapie evtl. ausschließlich Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure verordnet werden, da die alleinige antidepressive Medikation der Placebogruppe zugeordnet ist und zum Auftreten einer manischen Verstimmung bzw. zu Mischbildern führt.

Tabelle 35: Wichtigste Mythen bzw. Fallgruben bei der Diagnose und Therapie von Depressionen

- Mythos: Depressionen sind nicht häufig.
Demgegenüber weisen epidemiologische Untersuchungen Lebenszeitprävalenzen bis zu 17 Prozent auf.
- Mythos: Depressionen sind keine Krankheiten, sondern nur Probleme.
Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Depression um eine medizinische Erkrankung vergleichbar mit Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes Mellitus.
- Mythos: Depressionen sind einmalige Ereignisse.
Im Gegensatz dazu beträgt die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens 75 Prozent.
- Mythos: Depressionen sind nur in der Psyche.
Im Gegensatz dazu besteht ein Auftreten von biochemischen Veränderungen im Zentralnervensystem.
- Häufig „präsentieren“ depressive PatientInnen körperliche Beschwerden und die depressive Verstimmung. Die häufigsten Haupt- und andere häufige Symptome werden erst durch exaktes Nachfragen evident.
- Häufig wird eine Depression nicht als solche erkannt, sondern im Zusammenhang mit ubiquitären Lebensereignissen erklärt (z. B. Überarbeitung).
- Bei älteren Menschen wird eine Depression häufig verkannt, da dies sowieso zum Alter gehöre.
- Eine Depression kann durch Vorliegen einer Pseudodemenz verkannt werden. Dies kann sowohl anhand kognitiver Parameter, als auch anhand apparativer Parameter geklärt werden.
- Es können Depression und Angst vorliegen. Dies beinhaltet, dass initial mit einer niedrigen antidepressiven Therapie begonnen werden sollte, da ansonsten die Angstsymptomatik verstärkt wird.
- Häufig drängen PatientInnen in der Phase der Erhaltungstherapie auf Reduktion der Dosierung, was mit einer Symptomprovokation bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden ist.
- Nebenwirkungen von insbesondere älteren Medikamenten, z. B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Gicht etc., führen häufig zum Absetzen der Medikation.

4.5.1.1.4 Gesundheitspolitische Relevanz

Depressionen zählen – gemeinsam mit kardiovaskulären Erkrankungen – zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Auf Grund epidemiologischer Studien weist die WHO darauf hin, dass sie in Zukunft die häufigste gestellte Diagnose sein werden. Depressionen stellen daher ein großes Gesundheitsproblem in der heutigen Gesellschaft dar. Untersuchungen haben z. B. ergeben, dass die häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit weltweit für die Depression gegeben sind. Unter den zehn häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit sind fünf psychiatrische Erkrankungen zu finden. Eine Aufklärung der Bevölkerung über die Depressionen und die damit einhergehende Destigmatisierung erscheint notwendig, um Menschen einer adäquaten Diagnostik und Therapie zuzuführen.

4.5 Mentale Gesundheit/psychische Störungen

4.5.1 Depression

Zusammenfassung

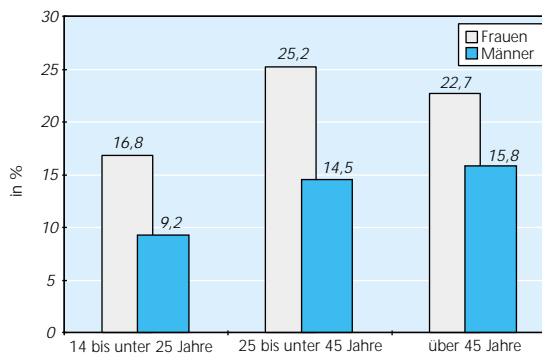
Depressionen gehören mit 17 Prozent Lebenszeitprävalenz zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Von den rein monopolen Depressionen sind Frauen etwa doppelt so oft betroffen wie Männer. Als Ursache für sowohl monopole Depressionen als auch bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankung) werden biologische und psychosoziale Faktoren im Sinne einer Disposition angenommen, die spontan oder in Verbindung mit belastenden Lebensereignissen zu einer Störung im Neurotransmitterhaushalt führen. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten depressiven Phase erneut zu erkranken, ist bei depressiven PatientInnen sehr hoch. Das Suizidrisiko ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stark erhöht. Eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation der Depression kombiniert medikamentöse Therapie mit modernen Antidepressiva und psychotherapeutischen Methoden und berücksichtigt den sozialen Kontext und die Familienbiografie der PatientInnen.

Summary: Depressions

Depressions are among the most common psychiatric diseases with a life-time prevalence of 17 percent. Women are affected twice as often by monopolar depression as men. Biological and psychosocial factors, i.e. dispositions which trigger depression either spontaneously or as a consequence of strenuous events, are considered as causes for both monopolar and bipolar disorders (manic-depressive disorders). The probability of relapse after a first bout of depression is particularly high for both men and women. Patients suffering from depression are more likely to commit suicide than the general population. There is no doubt that treatment and rehabilitation of patients afflicted with depression requires a combination of highly-developed pharmacological and psychotherapeutic approaches, taking into account the social context and the life history of the patients.

Depressionen gehören mit etwa 17 Prozent **Lebenszeitprävalenz** (das ist die Häufigkeit einer Krankheit für die gesamte Lebensspanne) zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Die Hälfte davon gering- bis mäßiggradig ausgeprägt ist, erreichen auch etliche klinische und gesellschaftliche Relevanz. Studien der WHO gehen davon aus, dass in etwa 15 Jahren Depressionen, Krebs und Herz-Kreislauf-Problemen zu den am meisten verbreiteten Erkrankungen weltweit gehören.

Frauen sind etwa doppelt so oft von monopolen Depressionen betroffen wie Männer. Dafür sind neben sozialen Faktoren u. a. auch hormonelle Einflüsse. Eine häufige **Ursache** bei Frauen dürfte in unbefriedigenden Lebensumständen liegen (z. B. ungleiche Verteilung der Arbeitslast, größerer Anteil bei der Kinderversorgung, etc.): Frauen haben oder empfinden eine größere Kontrolle über wichtige Bereiche ihres Lebens, was zu einem chronischen psychischen Druck führt, der sich in Depressionen mündet und diese führen letztlich zu noch höherem Druck. In der Behandlung sind Frauen weiters nicht nur häufiger Psychotherapien in Anspruch, sie schlucken auch mehr Antidepressiva, Beruhigungsmittel, etc.). Die Ergebnisse einer deutschen Studie zeigen diese Zahlen sehr deutlich auf, da die 25- bis 45-jährigen Frauen in dieser Stichprobe die höchste Depressionsprävalenz aufwiesen. Den Ergebnissen dieser Studie zufolge leiden insgesamt 13 Prozent der 14- bis unter 25-Jährigen, 23 Prozent der 25- bis unter 45-Jährigen und 21 Prozent der über 45-Jährigen an Depressionen.

Grafik 40: Depressive Störungen nach Geschlecht (in %)

Quelle: APA-Journal – Gesundheit, 22.3.2000: Nervenheilkunde 1999 (Deutsche Studie)

Univ.-Prof. Dr. Siegfried KASPER⁴⁰ beobachtet **geschlechtsspezifische Symptome** der Depression. Während depressive Frauen „trauern“ und über Freud- und Antriebslosigkeit klagen, sind bei den Männern „Ärger-Attacken“, Aggressivität und Irritabilität charakteristisch. Ein wichtiger Hinweis ist der Alkoholkonsum: Typisch bei depressiven Männern ist das „Entlastungstrinken“. Die unterschiedliche Erscheinungsform der Depression führt oft dazu, dass bei Männern Depressionen nicht erkannt werden. In diesem Gebiet der geschlechtsspezifischen Behandlung (auch auf medikamentöser Ebene) besteht ein erheblicher Forschungsbedarf.

Die **Rückfallsquote** bei Depressionen ist sehr hoch. Rund 75 Prozent aller PatientInnen erleiden in der ersten depressiven Phase irgendwann einen Rückfall.

Höheres **Lebensalter** allein stellt keinen unmittelbaren Risikofaktor für die Ausbildung einer Depression dar, allerdings treten eine Reihe von Auslösefaktoren auf, z. B. körperliche Erkrankungen, soziale Ereignisse wie der Tod des/der LebenspartnerIn oder psychische Konflikte wie das Gefühl des Verlassens durch die Kinder. Etwa 11–18 Prozent der über 60-Jährigen entwickeln Depressionen. Ein häufiges Problem stellt die Überlappung von körperlichen Symptomen einer Depression mit den Symptomen einer vorhandenen körperlichen Erkrankung dar. So wird das Leiden zu selten erkannt und wahrscheinlich viel seltener wirksam behandelt. Depressionen im höheren Lebensalter müssen daher sehr sorgfältig, wenn möglich multiprofessionell – diagnostiziert werden, um diesen PatientInnen in einem ganzheitlichen Sinne sowohl Psychotherapie und andere soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen als auch die geeignete medikamentöse Behandlung zu finden.

Eine erfolgreiche **Behandlung und Rehabilitation** von affektiven Störungen ist nur im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext der PatientInnen möglich. Es müssen daher, neben der medizinischen Behandlung, im engeren Sinn, auch Aspekte der Beschäftigung, des Wohnens, des sozialen Umfeldes überhaupt in Betrachtung miteingebunden und berücksichtigt werden. Biologische, psychologische und soziale Hilfen sind nach Prim. Dr. Marion KAIHLER gleichwertig zu betrachten und müssen durch verschiedene TherapeutInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, etc.) unter Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Angehörigen abgedeckt werden.

⁴⁰ Medical Week, 3/2000: „Depressionen beim Mann: Krawallisieren statt Traurigkeit“.

4.5.2 Suizid und Suizidversuch

Zusammenfassung

Die rückläufige Zahl der Selbstmorde in Wien in den letzten Jahren kehrte sich 1999 wieder um: 295 Menschen – 22 mehr als im Jahr zuvor – nahmen sich das Leben. Von diesen Personen entfielen 65 Prozent auf Männer und 35 Prozent auf Frauen. Während bei den Männern die Zahl der Selbstmorde um drei Prozent leicht zurückgegangen ist, gab es bei den Frauen einen sehr starken Anstieg um knapp 38 Prozent auf 102 Personen. Insgesamt ist allerdings die altersstandardisierte Suizidrate der Männer mit 23,2 beinahe dreimal so hoch wie jene der Frauen (8,6). Das Risiko an Suizid zu versterben steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter.

Das Verhältnis zwischen Suiziden und Suizidversuchen wird zwischen 1 : 10 und 1 : 30 angenommen – für Wien dürfte daher eine Einschätzung von etwa 5.000 Suizidversuchen nicht zu hoch gegriffen sein.

Die Suizidprävention kann auf drei Ebenen ansetzen: generelle Suizidprävention (primäre Prävention), indirekte Suizidprävention und direkte Suizidprävention.

Summary: Suicides and attempted sui

The number of suicides, which had on the decline in recent years, took a sharp upwards turn in 1999: 295 people – 22 more than the year before, committed suicide. Of these, 65 percent were men and 35 percent were women. While the number of suicides went down slightly (3 percent) for men, suicides committed by women went up dramatically by 38 percent. 102 women killed themselves in 1999. Yet the refined suicide rate is three times as high for men as it is for women, with 23.2 and 8.6 respectively. The risk of dying at one's own hand increases with age for both men and women.

The ratio of suicides to attempted suicides is assumed at 1:10 and 1:30 respectively, which implies that there are approximately 5,000 attempted suicides in Vienna every year.

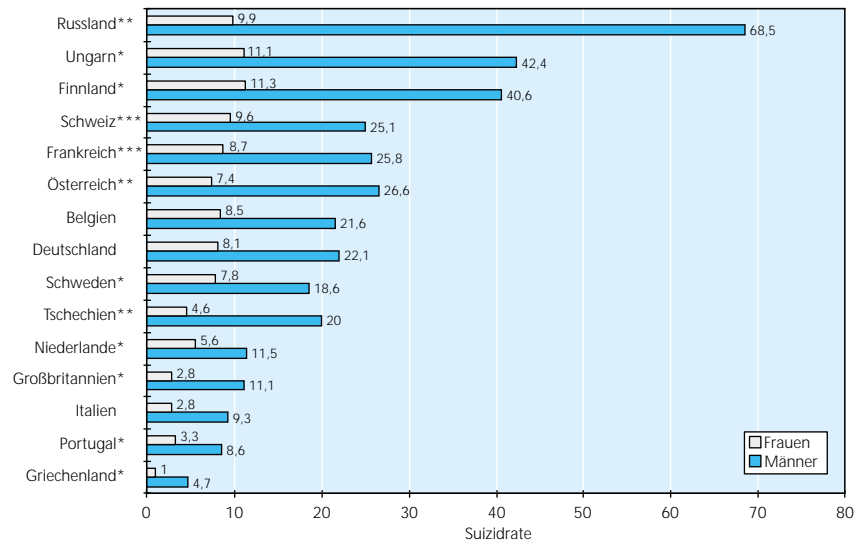
Suicide prevention could begin at three different levels: general suicide prevention (primary prevention), indirect suicide prevention and direct suicide prevention.

4.5.2.1 Suizide

Ein Vergleich mit **europäischen Ländern** zeigt, dass **Österreich** zu der Gruppe von Ländern mit hohen Suizidraten (Anzahl der Suizide pro Jahr und 100.000 EinwohnerInnen) zählt. Eine besonders hohe Rate weist Russland auf, was als Folge des Zusammenbruchs des kommunistischen Systems und der wirtschaftlichen Lage dieses Landes verstanden werden kann. Die niedrigsten Suizidraten finden sich in südeuropäischen Ländern wie Griechenland, Portugal und Italien (vgl. Grafik 41). Durchwegs liegen die Suizidraten der Männer um ein Vielfaches über jener von Frauen.

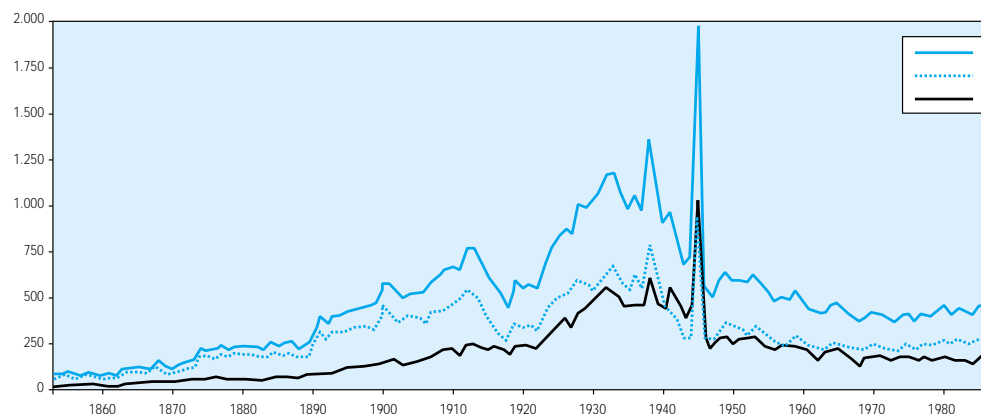
Wien galt lange Zeit als die Hochburg des Suizids in Österreich. Tatsächlich ist dies jedoch nur bis in die 60er Jahre dieses Jahrhunderts richtig. Ab 1970 reiht sich Wien in das Mittelfeld ein und liegt seit den 80er Jahre unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Anzahl der Suizide nimmt in Wien seit dem 2. Weltkrieg – mit Ausnahme eines leichten Anstiegs von 1968–1986 – kontinuierlich ab (siehe Grafik 41), während die meisten anderen Bundesländer insgesamt zulegen. Trotz eines generellen Rückgangs der Suizidraten Mitte der 80er Jahre verzeichnen die Steiermark, Salzburg, Kärnten und zuletzt auch Oberösterreich die höchsten Raten.

In Österreich starben bis 1987 pro Jahr ungefähr 2.000 Personen durch Suizid. Seither ist ein deutlicher Rückgang auf 1.555 Personen im Jahr 1999 festzustellen. Das bedeutet, dass im Jahr 1999 von 100.000 ÖsterreicherInnen 19 durch Suizid verstarben.

Grafik 41: Suizidraten in ausgewählten europäischen Ländern

* 1996; ** 1995; *** 1994; Deutschland: 1997; Italien: 1993

Quelle: WHO – Regional Office for Europe, online statistics.

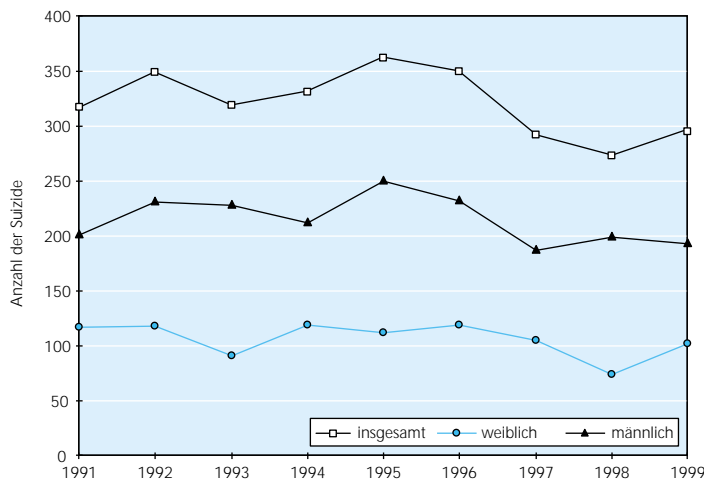
Grafik 42: Suizide in Wien 1853–1998

Grafik: Martin Voracek

Wien unterschritt 1997 erstmals seit 100 Jahren die Marke von 300 Suiziden. Der rückgangshenigen Tiefststand von 273 Suizidopfern im Jahr 1998 ist insbesondere auf den drastischen Anstieg der weiblichen Selbstmorde zurückzuführen.

1999 nahmen sich in Wien 295 Menschen das Leben, das sind 22 mehr als im Jahr zuvor. Davon entfielen 65 Prozent auf Männer und 35 Prozent auf Frauen. Während bei den Männern der Selbstmorde um 3 Prozent leicht zurückgegangen ist, gab es bei den Frauen einen Anstieg um knapp 38 Prozent auf 102 Personen.

Grafik 43: Suizid nach Geschlecht, Wien 1991–1999



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Tabelle 36: Suizid und Suizidversuch (absolute Häufigkeit), Wien 1991–1999

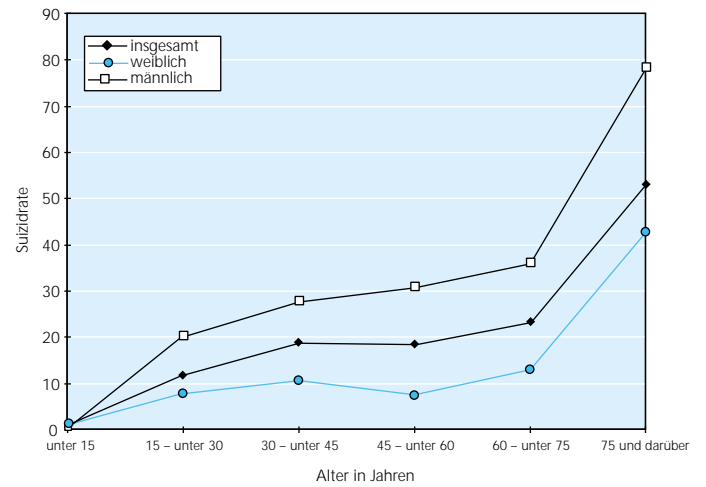
Jahr	Suizide			Suizidversuche		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
1991	117	201	318	190	213	403
1992	118	231	349	203	235	438
1993	91	228	319	232	247	479
1994	119	212	331	203	254	457
1995	112	250	362	263	270	533
1996	119	232	351	318	239	557
1997	105	187	292	270	265	535
1998	74	199	273	212	170	382
1999	102	193	295	221	164	385

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Die altersstandardisierte Suizidrate der **Männer** ist mit 23,2 beinahe dreimal so hoch wie jene der **Frauen** mit 8,6, wobei das Risiko an Suizid zu versterben bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter steigt (mit Ausnahme der 45- bis 60-Jährigen Frauen): Während Männer in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen eine Suizidrate von 23,2 und gleichaltrige Frauen eine Rate von 8,6 haben, Männer im Alter von 75 Jahren und darüber eine Suizidrate von rund 78,1, Frauen derselben Altersgruppe eine Rate von 42,8 auf.

Österreichweit betrachtet ist die höchste Suizidrate mit 122,0 bei Männern über 85 Jahren zu beobachten, bei Frauen der gleichen Altersgruppe beträgt sie 38,4 (vgl. Wien: 115,9 bei den Männern ab 85 Jahren; 68,9 bei den Frauen ab 85 Jahren).

Grafik 44: Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Tabelle 37: Suizidraten nach Alter und Geschlecht pro 100.000 EW, Wien 1999

Alter in Jahren	Suizidraten nach Geschlecht		
	weiblich	männlich	insgesamt
unter 15	0,9	-	0,4
15 – unter 30	7,7	20,1	11,9
30 – unter 45	10,7	27,7	19,3
45 – unter 60	7,6	30,7	18,9
60 – unter 75	12,9	36,0	22,9
75 und darüber	42,8	78,1	52,8

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Tabelle 38: Suizid und Suizidversuch nach Alter (absolute Häufigkeit), Wien 1999

Alter in Jahren	Suizide			Suizidversuche	
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich
unter 15	1	-	1	1	3
15 – unter 20	-	5	5	19	13
20 – unter 25	4	8	12	25	19
25 – unter 30	7	10	17	43	22
30 – unter 35	7	21	28	23	17
35 – unter 40	7	17	24	27	18
40 – unter 45	8	21	29	21	19
45 – unter 50	4	13	17	13	15
50 – unter 55	5	16	21	7	5
55 – unter 60	4	21	25	5	7
60 – unter 65	3	15	18	3	5
65 – unter 70	6	5	11	3	2
70 – unter 75	6	12	18	4	4
75 – unter 80	11	12	23	7	2
80 und darüber	29	17	46	16	12
unbekannt	-	-	-	4	1

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Bezieht man die Suizide auf den **Familienstand** der Opfer und berechnet man die Anzahl der er Selbstmorde auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe, so zeigt sich, dass insgesamt die Verheirateten knapp unter jener der Ledigen – die geringste, die Geschiedenen die höchste Suizidrate haben (Tabelle 39). Der Unterschied zwischen den Verheirateten und den Ledigen wird umso deutlicher, wenn man die Gruppe der Ledigen jene Personen abzieht, die auf Grund ihres Alters noch nicht verheiratet sind (ab 15-Jährige): Im Vergleich zu den Verheirateten ist die Suizidrate der Ledigen dann fast doppelt so hoch, die Rate der Verwitweten dreimal und diejenige der Geschiedenen fast fünfmal so hoch. Die geschiedenen Suizidrate weisen verheiratete Frauen (2,6) auf, die höchste geschiedene oder verwitwete Männer (77,4) bzw. 77,4). Unabhängig vom Familienstand sind die Suizidraten bei den Männern durchwegs höher als bei den Frauen.

Tabelle 39: Suizide bezogen auf den Familienstand pro 100.000 EW, Wien 1999

Familienstand	Suizidraten nach Geschlecht		
	weiblich	männlich	insgesamt
ledig	9,3	17,4	13,6
ledig ab 15 Jahre	14,2	26,9	20,9
verheiratet	2,6	21,6	12,2
verwitwet	35,3	77,4	41,4
geschieden	32,1	94,3	54,5

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; eigene Berechnungen

Die häufigste **Suizidmethode** in **Österreich** ist bei Männern und Frauen das Erhängen. Etwa 36 Prozent aller Suizide der **Frauen** werden durch Erhängen verübt, etwa 18 Prozent durch Vergiften und 17 Prozent durch Sturz aus der Höhe. Bei **Männern** erfolgen 61 Prozent aller Suizide durch Erhängen, 23 Prozent durch Erschießen und etwa 6 Prozent durch Sturz aus der Höhe.

Auch hier verhält es sich jedoch in **Wien** anders: Bei den **Frauen** verstarben 34 Prozent durch Sturz aus der Höhe, 31 Prozent durch Vergiften und 23 Prozent durch Erhängen. Bei den **männlichen** Suizidopfern folgten hingegen nur 15 Prozent durch Sturz aus der Höhe, nur 12 Prozent durch Vergiften, aber 42 Prozent durch Erhängen und 24 Prozent durch Schusswaffen.

Insgesamt waren aber auch in Wien die am häufigsten angewandten Mittel der Todesart Erhängen, Erdrosseln und Ersticken, gefolgt von Sturz aus der Höhe, Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen, Verwendung von Schusswaffen und Explosionsstoffen. Während Männer ihr Leben am häufigsten durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken sowie mit Hilfe von Schusswaffen und Explosionsstoffen beendeten, wählten Frauen am häufigsten den Sturz aus der Höhe und die Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen; erst an dritter Stelle folgten Erhängen, Erdrosseln und Ersticken. Nur ein geringer Teil der Frauen starb durch Schusswaffen oder Explosionsstoffen (Tabelle 40).

Nach **Jahreszeiten** betrachtet finden sich in Wien im Jahre 1999 die meisten Suizide im September (31 Selbstmorde) und im März (30 Selbstmorde). Langjährige Beobachtungen zeigten Gipfel im April/Mai – etwas schwächer ausgeprägt – im September/Oktober.

4.5.2.2 Suizidversuche

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

Tabelle 40: Suizid und Suizidversuch nach dem angewandten Mittel der Todesart, Wien 1999

angewandtes Mittel der Todesart	Suizide			Suizidv	
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.
Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen	31	23	54	116	
Vergiftung mit im Haushalt verwendeten Gasen	–	–	–	–	
Vergiftung mit sonstigen Gasen	2	2	4	–	
Erhängen, Erdrosseln und Ersticken	23	71	94	5	
Ertrinken	2	2	4	–	
Schusswaffen und Explosionsstoffe	2	46	48	–	
Schneidende und stechende Gegenstände	2	7	9	63	
Sturz aus der Höhe	35	28	63	25	
Überfahrenlassen	4	9	13	3	
elektrischer Strom	1	–	1	1	
sonstige und nicht näher bezeichnete Methoden	–	5	5	8	

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 1999

Eine Gesamtzahl von etwa **5.000 Suizidversuchen pro Jahr in Wien** scheint daher – nach den Untersuchungen hochgerechnet – nicht zu weit gegriffen. Wie Wiener Untersuchungen der Jahre⁴³ zeigen, werden in amtlichen Statistiken die niedrigsten Zahlen angegeben, etwas höher erhält man über das Rettungswesen, noch etwas höher sind die Angaben der Krankengeschichten verlässlicher als die Entlassungsdiagnosen sind. Die höchsten Angaben über Psychosoziale Einrichtungen zu bekommen, die gemeinsam mit Angaben über das Rettungswesen etwa die Hälfte aller vermuteten Suizidversuche identifizieren.

Bei den Suizidversuchen handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um Vergiftungen und Medikamentenüberdosierungen.⁴⁴ Vor allem von Frauen wird diese Methode eingelegt. Ebenfalls bei beiden Geschlechtern an zweiter bzw. dritter Stelle stehen schneidende und stechende Gegenstände sowie – mit Abstand – Sturz aus der Höhe.

Laut amtlicher Wiener Statistik versuchten 1999 385 Personen (davon 221 Frauen und 164 Männer) das Leben zu nehmen. Im Vergleich zu 1998 stellt dies keine nennenswerte Veränderung dar, gegenüber 1997 allerdings bedeutet es einen Rückgang um fast 30 Prozent (von 540 auf 385).

Von Suizidversuchen sind mehrheitlich andere Altersgruppen betroffen als von vollzogenen Suiziden. Man dürfte besonders jüngere Menschen höhere Raten aufweisen als ältere. Rechnet man die Selbstmordversuche auf die Wiener Bevölkerung hoch, so ergeben sich die höchsten Raten in der Altersgruppe der 15- bis 30-Jährigen (1999: Frauen: 60,7 Selbstmordversuche pro 100.000 Einwohnerinnen, Männer: 38,1 pro 100.000 Einwohner, zusammen: 23,9 pro 100.000 EinwohnerInnen). Eine Untersuchung⁴⁵ weist darauf hin, dass die Wiederholung eines Suizidversuches meist relativ bald, innerhalb von sechs Monaten – nach dem Erstversuch geschieht.

4.5.2.3 Ursachen

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

⁴³ ETZERSDORFER, E.; WANCATA, J.; SONNECK, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? In: Klinische Wochenschrift 106/3, S. 63–68.

⁴⁴ SONNECK, G. (1994): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? S. 63–68.

⁴⁵ SCHMIDKE, A.; WEINACKER, B.; FRICKE, S. (1996): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In: Nervenheilkunde 55, S. 506.

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

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

4.5.2.4 Suizidprävention

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

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

4.5.3 Psychiatrische Behandlungen

Zusammenfassung

Die beiden Psychiatrischen Krankenanstalten sowie die drei Fachabteilungen zählten 1999 insgesamt rund 24.000 PatientInnen (53 Prozent weiblich). Die häufigsten Hauptdiagnosen waren auch 1999 wieder schizophrene Psychosen (55 Prozent Männer), gefolgt von den affektiven Psychosen (71 Prozent Frauen). Die dritte Stelle nehmen die senilen und präsenilen organischen Psychosen ein. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen, wobei in diesen Fällen Männer mit fast 65 Prozent überwiegen.

Summary: Psychiatric treatment

There are two psychiatric hospitals and three psychiatric departments in Vienna where approximately 24,000 patients, 53 percent of them female, were treated in 1999. Main diagnoses in the years before – schizophrenic psychoses (55 percent men), followed by affective psychoses (71 percent women). Senile and presenile psychoses entered in third place. A large part of the disorders is due to abuse of alcohol, medical and drugs, with the majority (nearly 65 percent) of cases being men.

Zu den Arbeitsgebieten der Psychiatrie (Seelenheilkunde) zählen die Diagnose, Therapie und Betreuung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Es gilt dabei, die Ursachen körperlicher Erkrankungen (z. B. Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Stoffwechselstörungen, hormonelle Störungen, Vergiftungen, etc.) und diese einer geeigneten medizinischen Behandlung zuzuführen. Die psychische Erkrankungen auf der Basis psychopathologischer Syndrome, einer Persönlichkeitsanalyse und der Diagnose der psychosozialen Einflussfaktoren abgeklärt. Die Behandlung erfolgt stationär und/oder ambulant und bezieht neben den Angehörigen auch Vertreter der Berufsgruppen mit ein (v. a. Pflegepersonal, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Ergotherapeuten, SozialarbeiterInnen).⁴⁶

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

Die beiden Psychiatrischen Krankenanstalten sowie die drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen zählten 1999 insgesamt 23.888 PatientInnen, davon war etwas mehr als die Hälfte weiblichen Geschlechts. Insgesamt standen dem Fachbereich Psychiatrie 937 systemisierte Betten zur Verfügung.⁴⁷ Die starke Zunahme bei den stationären PatientInnen beruht auf der Umstellung auf das LKF-Modell,⁴⁸ was zu einer administrativen Umlagerung von früher ambulant auf nunmehr halbstationäre PatientInnen führte (Tabelle 41).

4.5.3.1 Abgangsdagnosen

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

⁴⁶ Nach einer Definition von Dr. Heinrich DONAT, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Leiter der psychiatrischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals der Stadt Wien. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychiatrie.

⁴⁷ Vgl. auch Abschnitt VIII (Gesundheitliche Versorgung).

⁴⁸ Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung.

Tabelle 41: Stationäre PatientInnen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999

Krankenanstalt	systemisierte Betten in psychiatrischen Abteilungen	stationäre PatientInnen				
		Zugang	Abgang			
		insgesamt	entlassen	verstorben	transf.	insgesamt
AKH	140	1.845	1.780	2	39	1.821
Kaiser-Franz-Josef-Spital	50	873	744	4	107	851
PKH Baumgartner Höhe	522	18.768	18.377	29	383	18.789
Donauspital	80	1.473	1.365	4	47	1.412
PTZ ¹⁾ Ybbs/Donau	145	929	906	1	23	904
insgesamt	937	23.888	23.172	40	599	23.711
davon: weiblich		12.532	12.272	22	336	12.570
männlich		11.077	10.900	18	263	11.141

1) PTZ = Pflege- und Therapiezentrum.

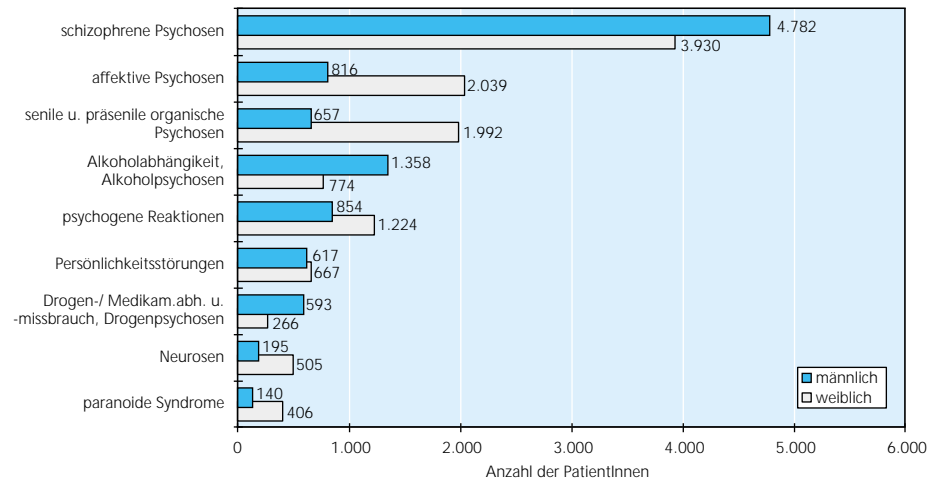
Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, bearbeitet von MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien

Die nach wie vor bei weitem häufigsten Hauptdiagnosen waren auch 1999 **schizophrene Psychose**, wobei 55 Prozent davon auf männliche Patienten entfielen. An zweiter Stellen folgten – anders als im Jahr zuvor – Diagnosen der **affektiven Psychosen**. Von dieser Erkrankung sind mit 71 Prozent fast ausschließlich Frauen betroffen. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei dieser Diagnose bei den Frauen eine Zunahme in der Diagnosehäufigkeit um mehr als vier Prozentpunkte festzustellen. Rang drei bei den Hauptdiagnosen nehmen die **senilen und präsenilen organischen Psychosen** ein. Ein insgesamt sehr großer Teil der psychischen Krankheiten beruht auf dem Missbrauch sowie der Abhängigkeit von **Alkoholdrogen und Drogen** (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit; Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Psychosen sowie Drogen- und Medikamentenmissbrauch auch ohne Abhängigkeit). In all diesen Fällen überwiegen die Männer mit fast 65 Prozent (1.951 von insgesamt 2.991), wobei sich das Geschlechterverhältnis im Vergleich zum Vorjahr zugunsten der Männer verschoben hat (1998 waren fast 75 Prozent der von dieser Krankheitsgruppe Betroffenen Männer). Bezogen auf alle männlichen Patienten im Bereich Psychiatrie sind die Erkrankungen dieser Gruppe aber im Vorjahresvergleich um 5,5 Prozent gesunken.

Männer wurden im Berichtsjahr – neben schizophrenen Psychosen und der Gruppe der Erkrankungen betreffend Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten – häufiger als im Vorjahr mit den Diagnosen leichter Schwachsinn, spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Schädeltraumata, vorübergehende organische Psychosen und anderweitig nichtklassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens entlassen.

Frauen sind hingegen bei den affektiven Psychosen, den paranoiden Syndromen, den Neurosen, organischen Psychosen stärker vertreten. Dies scheint jedoch nicht nur auf rein psycho-biologische Ursachen zurückzuführen zu sein, sondern vor allem auch auf soziologische Faktoren unserer Gesellschaft. Darüber hinaus ist der höhere Anteil von weiblichen Patienten bei den senilen und präsenilen Psychosen durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt.

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

Grafik 45: Häufigste Abgangsd Diagnosen im Fachbereich Psychiatrie nach Geschlecht, 199

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 42: Abgangsdiaagnosen im Fachbereich Psychiatrie der Wiener Krankenanstalten, 1999

ICD/9-Code (KRAZAF) ¹⁾	Hauptdiagnose	Patient		
		weiblich	männlich	insgesamt
290	senile und präsenile organische Psychosen	1.992	657	2.649
291	Alkoholpsychosen	220	203	423
292	Drogenpsychosen	17	71	88
293	vorübergehende organische Psychosen	70	114	184
294	andere (chronische) organische Psychosen	51	45	96
295	schizophrene Psychosen	3.930	4.782	8.712
296	affektive Psychosen	2.039	816	2.855
297	paranoide Syndrome	406	140	546
298	andere nichtorganische Psychosen	354	178	532
299	typische Psychosen des Kindesalters	1	3	4
300	Neurosen	505	195	700
301	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)	667	617	1.284
302	sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	–	1	1
303	Alkoholabhängigkeit	554	1.155	1.709
304	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	218	480	698
305	Drogen- u. Medikamentenmissbrauch auch ohne Abhängigkeit	31	42	73
306	körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	11	6	17
307	spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome und Syndrome	64	14	78
308	psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	506	315	821
309	psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	718	539	1.257
310	spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen	27	223	250
311	anderweitige, nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	35	19	54
312	anderweitige, nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens	69	102	171
313	spezifische emotionale Störungen d. Kindes- u. Jugendalters	7	1	8
314	hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	–	–	–
315	umschriebene Entwicklungsrückstände	1	1	2
316	anderweitig klassifizierbare Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne)	–	–	–
317	leichter Schwachsinn	19	345	364
318	andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	15	31	46
319	nicht näher bezeichneter Schwachsinn	1	–	1
345	Epilepsie	5	9	14
XXX	nur Nebendiagnose psychische Störungen	59	53	112
000	frei von psychischen Störungen	38	24	62
insgesamt		12.630	11.181	23.811

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

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund, Statistisches Amt der Stadt Wien

verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch im Sinne eines fixen, systematischen Programmes aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankungskrisen, Beziehungproblemen) von Nutzen.

4.5.4.1 Indikation

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

- Partnerschaftsprobleme (Trennung, sexuelle Störungen, Lebenskrisen ...),
- Stress und Konzentrationsstörungen,
- Familienprobleme (Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, etc.),
- Ängste, die die Lebensqualität einschränken,
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen,
- funktionelle Störungen, die keine organische Ursache haben (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, sexuelle Störungen, Herzbeschwerden, Schlafstörungen),
- psychosomatische Erkrankungen,
- Depressionen,
- Süchte (Abhängigkeiten),
- alle Erkrankungen, die im ICD-10 aufgelistet sind.

4.5.4.2 Methoden

Die Methoden der Psychotherapie sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Methoden und Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt.⁵¹

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

Auffallend ist, dass von etwa 285.800 genehmigten Behandlungen im Berichtsjahr 1999 nur 176.600 (62 Prozent) tatsächlich konsumiert wurden. Neben dem finanziellen Aspekt (nur ein Teil der Ausgaben wird von der Krankenkasse vergütet) dürften dafür psychologische Hemmschwellen, Scheu vor Ängsten und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Psychotherapien (häufig gleichgesetzt mit psychischen Behandlungen) mit ausschlaggebend sein. Auch persönliche Verleugnungstendenzen bzw. Nicht-Wahrhaben-Wollen von „Problemen“ dürfte eine nicht geringe Rolle spielen.

Im Vergleich zu 1998 stieg im Berichtsjahr die Anzahl der von den Krankenkassen genehmigten Behandlungen um 14 Prozent, die Anzahl der tatsächlich konsumierten Behandlungen um 13 Prozent.

Einzeltherapie – Gruppentherapie

Zum weit überwiegenden Teil (96 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**, wovon vier Prozent aller Sitzungen wurden im Rahmen einer Gruppentherapie abgehalten. Sowohl Gruppentherapien als auch Einzeltherapien werden zum überwiegenden Teil von **Frauen** in Anspruch genommen. Eine gleich eine genauere Aufschlüsselung nach Geschlecht zurzeit leider noch nicht möglich ist.

⁵¹ Vgl. Kapitel 8.2.7 – Psychosoziale Betreuung.

Bei den **Gruppentherapien** dominieren vor allem Gestalttherapie und integrative Gestalttherapie (zusammen 11 Prozent), zum Teil auch die analytisch orientierte Therapieform (11 Prozent).

Bei den **Einzeltherapien** beanspruchen Psychoanalyse und analytisch orientierte Therapie den größten Anteil aller Sitzungen (34 Prozent) für sich. Mit Abstand folgen die klientenzentrierte Gesprächstherapie (13 Prozent) sowie die integrative Gestalttherapie (13 Prozent).

Tabelle 43: Psychotherapien: bewilligte Anträge (WGKK) und konsumierte Behandlungen

Therapiemethode	neue Anträge		genehmigte Behandlungen ²⁾		konsumierte Behandlungen		Gesamt
	Sitzungsart						
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	
analytisch orientierte Therapie	42	1.325	1.812	53.852	795	34.363	40.175
Psychoanalyse	4	597	170	25.840	43	22.476	23.646
analytische Psychologie	–	2	–	85	–	44	44
Gruppenpsychoanalyse	1	26	30	1.175	–	128	158
Individualpsychologie	5	269	175	11.259	98	7.925	9.282
integrative Gestalttherapie	84	969	3.470	37.117	2.716	21.861	39.654
Gestalttherapie	52	407	2.281	15.338	1.664	9.848	13.793
Logotherapien	–	409	–	14.826	48	7.995	8.473
klientenzentrierte Gesprächstherapie	24	1.115	726	41.447	370	25.529	26.626
Verhaltenstherapie	37	558	947	17.281	288	7.699	8.926
systemische Familientherapie	5	800	232	22.938	177	12.015	13.030
katathymen Bilderlebnis	9	378	198	13.972	194	9.303	10.772
dynamische Gruppentherapie	10	39	256	1.544	128	651	1.014
Hypnose	–	49	–	1.577	–	750	750
Psychodrama	50	302	1.520	11.631	491	6.190	8.202
autogenes Training	3	11	95	323	11	28	337
diverse Therapieformen	3	96	114	3.567	122	2.665	2.905
insgesamt	329	7.352	12.026	273.772	7.145	169.470	176.615

1) Aufstellung nur im Rahmen der nichtärztlichen Psychotherapie.

2) Ein Kontingent von zehn Sitzungen je PatientIn ist bewilligungsfrei. Hier werden Therapiemethoden nicht gelistet.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse

Bei diesen Zahlenangaben handelt es sich um die von der Wiener Gebietskrankenkasse im Jahr 1999 bewilligten und konsumierten Kostenzuschüsse für Psychotherapie bei freiberuflich tätigen PsychotherapeutInnen. Diese sind auch in vergangenen Jahren bewilligte und konsumierte Psychotherapiesitzungen, die zum Zwecke des Kostenzuschusses eingereicht wurden, enthalten. Eine Trennung nach Sitzungsart vom Erfassungssystem her leider nicht vorgesehen.

Ergänzend wäre zu erwähnen, dass drei Vertragseinrichtungen der Wiener Gebietskrankenkasse Psychotherapie auf Kassenkosten durchführen dürfen. Es handelt sich dabei um folgende Zentren:

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

Im Genesungszentrum Kalksburg wurden 1999 3.406 Gruppentherapien (1998: 2.382) und 1.161 Einzeltherapien (1998: 1.161) durchgeführt. Im Ambulatorium ESRA waren es 654 Gruppen- und Einzeltherapien (1998: 41 Gruppen-, 1.339 Einzeltherapien). Das Kriseninterventionszentrum Kalksburg führte die Durchführung von Psychotherapie an Anspruchsberechtigten eine Quartalspauschale vor. Im Jahr 1999 wurde in 381 Fällen die Quartalspauschale ausbezahlt (1998: 236).

verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch im Sinne eines fixen, systematischen Programmes aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankungskrisen, Beziehungproblemen) von Nutzen.

4.5.4.1 Indikation

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

- Partnerschaftsprobleme (Trennung, sexuelle Störungen, Lebenskrisen ...),
- Stress und Konzentrationsstörungen,
- Familienprobleme (Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, etc.),
- Ängste, die die Lebensqualität einschränken,
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen,
- funktionelle Störungen, die keine organische Ursache haben (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, sexuelle Störungen, Herzbeschwerden, Schlafstörungen),
- psychosomatische Erkrankungen,
- Depressionen,
- Süchte (Abhängigkeiten),
- alle Erkrankungen, die im ICD-10 aufgelistet sind.

4.5.4.2 Methoden

Die Methoden der Psychotherapie sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Methoden und Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt.⁵¹

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

Auffallend ist, dass von etwa 285.800 genehmigten Behandlungen im Berichtsjahr 1999 nur 176.600 (62 Prozent) tatsächlich konsumiert wurden. Neben dem finanziellen Aspekt (nur ein Teil der Ausgaben wird von der Krankenkasse vergütet) dürften dafür psychologische Hemmschwellen, Schamgefühle und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Psychotherapien (häufig gleichgesetzt mit psychosomatischen Behandlungen) mit ausschlaggebend sein. Auch persönliche Verleugnungstendenzen bzw. Nicht-Wahrhaben-Wollen von „Problemen“ dürfte eine nicht geringe Rolle spielen.

Im Vergleich zu 1998 stieg im Berichtsjahr die Anzahl der von den Krankenkassen genehmigten Behandlungen um 14 Prozent, die Anzahl der tatsächlich konsumierten Behandlungen um 13 Prozent.

Einzeltherapie – Gruppentherapie

Zum weit überwiegenden Teil (96 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**, wovon vier Prozent aller Sitzungen wurden im Rahmen einer Gruppentherapie abgehalten. Sowohl Gruppentherapien als auch Einzeltherapien werden zum überwiegenden Teil von **Frauen** in Anspruch genommen. Eine gleich eine genauere Aufschlüsselung nach Geschlecht zurzeit leider noch nicht möglich ist.

⁵¹ Vgl. Kapitel 8.2.7 – Psychosoziale Betreuung.

4.5.4.3 Der Beruf der PsychotherapeutInnen

Seit 1.1.1991 ist das Psychotherapiegesetz in Kraft, welches im Parlament mit Zustimmung aller Regierungsparteien beschlossen wurde. Seit damals ist die psychotherapeutische Heilbehandlung den anderen Heilberufen gleichgestellt. Das Gesetz definiert die Ausübung der Psychotherapie – also den Beruf der PsychotherapeutInnen und die entsprechenden Ausbildungskriterien sehr genau, ebenso wie die Behandlung von psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen, Erkrankungen oder Leiden und Zuständen.

Die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit als PsychotherapeutIn und die Finanzierungsmöglichkeit mit der Krankenkasse setzt die Eintragung in die PsychotherapeutInnenrolle beim Bundesministerium für Gesundheit voraus. Und nicht zuletzt ist im Psychotherapiegesetz die Einhaltung einer absoluten Verschwiegenheitspflicht vorgeschrieben. PsychotherapeutInnen dürfen keine Auskünfte über den Inhalt und den Verlauf einer Psychotherapie geben, auch nicht bei Gericht.

Die Krankenkassen zahlen für Einzel- und Gruppentherapie derzeit Zuschüsse⁵² bei krankheitsbedingten Störungen, sofern die entsprechende Psychotherapie von TherapeutInnen durchgeführt wird, die auf der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen sind und somit die entsprechenden Kriterien für diesen Beruf erfüllen.⁵³

⁵² Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sieht die von der Bundesregierung beabsichtigte Novellierung des ASVG im Falle eines Selbstbehaltvertrages einen 20%igen Selbstbehalt für Psychotherapie vor.

⁵³ Wiener Landesverband für Psychotherapie.

4.5.4 Psychotherapien

Zusammenfassung

Psychotherapie beschäftigt sich mit der Behandlung von seelischen Problemen. Sie bietet Hilfe bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns sowie bei Ängsten, Depressionen, Essstörungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Süchten, Zwängen, körperlicher Symptomatik und Erkrankung in Folge seelischer Konflikte und familiären oder Beziehungskonflikten. Zunehmend häufig wird Psychotherapie auch in Kombination mit psychopharmakologischen Behandlungen bei seelischen Erkrankungen (schwere Depressionen, Psychosen, etc.) sowie auch begleitend zu körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Frauen nehmen weitaus häufiger Psychotherapie in Anspruch als Männer, zudem hat die Bildungsschicht einen bedeutenden Einfluss auf die Inanspruchnahme.

Summary: Psychotherapy

Psychotherapy has been developed to help people with their mental problems. It is used in cases of dysfunctional thinking, emotional distress, fears, depressions, eating disorders, behavioural disorders of children and adolescents, addictions, compulsive disorders, physical symptoms and diseases, psychological conflicts, family and relationship conflicts. Psychotherapy is increasingly offered in combination with psychopharmacological treatment, particularly with mental illnesses such as serious depressions, psychosis, etc. It is also employed as a supporting treatment for physical illnesses. Women resort to psychotherapy more frequently than men. The level of education also has a bearing on whether patients seek help or not.

Eine immer häufigere, jedoch nach wie vor sehr von der Bildungsschicht der Betroffenen genutzte Hilfe bei der Bewältigung psychischer Störungen bzw. bestimmter Probleme im Leben stellt die Inanspruchnahme von Psychotherapien dar. Die Krankenkassen gewähren hier Unterstützung, dennoch werden nicht alle Therapien über die Krankenkasse abgewickelt. Neben den Datenschutz bzw. eventuelle Schwierigkeiten im Berufsleben sind dafür ebenso wie die eigenen Vorurteile, mit der Öffentlichmachung als „psychisch krank“ oder als „abgestempelt“ zu werden. Nach wie vor wird in breiten Bevölkerungskreisen das Berufsbild von Frauen bzw. PsychotherapeutInnen mit dem der Psychiater gleichgesetzt.⁴⁹

Die Psychotherapie ist eine praktisch-wissenschaftliche Tätigkeit, die in der konkreten Beziehung zwischen KlientIn bzw. PatientIn und PsychotherapeutIn psychisches (seelisches) und psychosomatische Beschwerden lindert. Sie hilft, innere sowie zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen und verschaffen zur Entfaltung seines Potenzials und einer angstfreien Existenz. Die Anwendung reicht von der Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten über die Hilfe bei der Bewältigung körperlicher Erkrankungen und Lebenskrisen bis zur Supervision in Arbeitszusammenhängen.

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

Wesentlich für die **psychotherapeutische Beziehung** ist das Gespräch zwischen KlientIn und PsychotherapeutIn. Gezielte Übungen können unterstützend verwendet werden, die je nach Methode der Psychotherapie

⁴⁹ Die Psychologie beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Erforschung des Verhaltens und der psychischen Störungen. Die Psychiatrie ist eine Fachdisziplin der Medizin und hat die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Aufgabe. (Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.)

⁵⁰ Nach einer Definition von Dr. Alfred PRITZ, Psychotherapeut und Präsident des österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie. In: Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.

Tabelle 45: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾ nach Geschlecht und Alter (Österreich 1999²⁾)

Altersgruppen	Patienten				
	weiblich		männlich		insgesamt
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾	
unter 1 Jahr	119	100,0	0	0,0	119
1– 4 Jahre	2.137	48,1	2.308	51,9	4.445
5–11 Jahre	5.198	36,2	9.172	63,8	14.370
12–19 Jahre	19.254	46,3	22.354	53,7	41.608
20–29 Jahre	120.752	50,5	118.341	49,5	239.093
30–39 Jahre	375.567	54,5	314.061	45,5	689.628
40–54 Jahre	930.946	62,6	556.418	37,4	1.487.364
55–64 Jahre	860.554	68,2	401.486	31,8	1.262.040
65 Jahre und älter	2.124.689	74,0	747.774	26,0	2.872.463
Alter unbekannt	14.083	52,4	12.807	47,6	26.890
insgesamt	4.453.299	67,1	2.184.721	32,9	6.638.020

1) Exklusive Antiadiposita.

2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

3) Verteilung nach Geschlecht.

3) Marktanteil nach Alter.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

4.5.5.1 Diagnose: Schlafstörungen

Bei der Diagnose „Schlafstörungen“ wurden auch 1999 im niedergelassenen Bereich viele Medikamente (Hypnotika und Sedativa, Tranquillizer, Antipsychotika) und Psychoanaleptika verordnet. Die folgende Tabelle verdeutlicht, werden all diese Medikamente zu fast 70 Prozent Frauen verordnet. In der Altersstruktur dominieren (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) die Hypnotika und Sedativa, Tranquillizern.

Tabelle 46: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen, Österreich 1999¹⁾

Medikament	Patienten				insgesamt
	weiblich		männlich		
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾	
Hypnotika und Sedativa	553.795	57,8	281.209	63,3	835.004
Tranquillizer	238.256	24,9	87.673	19,7	325.929
Antipsychotika	59.961	6,3	38.979	8,8	98.940
Antidepressiva	28.137	2,9	7.829	1,8	35.966
Psychoanaleptika-Komb.	8.159	0,9	3.469	0,8	11.628
sonst. therap. Präparate	9.109	1,0	7.161	1,6	16.270
weitere Therapiegruppen	60.746	6,3	18.082	4,1	78.828
insgesamt	958.163	100,0	444.402	100,0	1.402.565

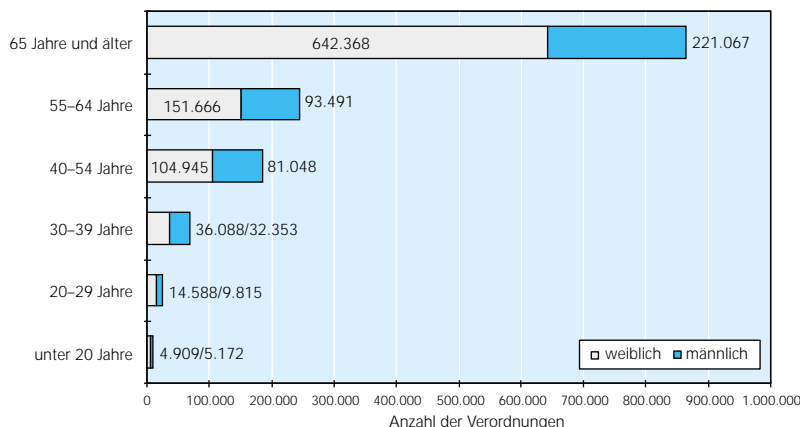
1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

2) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Eine Analyse nach **Altersgruppen** zeigt bei der älteren Personengruppe eine noch ausgeprägtere Steigerung als bei den Verordnungen von Psychopharmaka allgemein: 62 Prozent aller Medikamente gegen Schlafstörungen werden – insbesondere weiblichen – Personen verordnet, welche 65 Jahre und älter sind. Auch hier ist ab etwa dem 40. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg in der Verordnungshäufigkeit zu beobachten. Der größte Sprung ist jedoch um das 65. Lebensjahr festzustellen.

Grafik 48: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen, Österreich



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 47: Diagnose Schlafstörungen: Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter, Österreich 1999¹⁾

Altersgruppen	Patienten					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾
unter 1 Jahr	178	0,0	133	0,0	311	0,0
1- 4 Jahre	1.177	0,1	2.244	0,5	3.421	0,2
5-11 Jahre	2.833	0,3	2.452	0,6	5.285	0,3
12-19 Jahre	721	0,1	343	0,1	1.064	0,0
20-29 Jahre	14.588	1,5	9.815	2,2	24.403	1,5
30-39 Jahre	36.088	3,8	32.353	7,3	68.441	4,2
40-54 Jahre	104.995	11,0	81.048	18,2	186.043	11,5
55-64 Jahre	151.666	15,8	93.491	21,0	245.157	15,0
65 Jahre und älter	642.368	67,0	221.067	49,7	863.435	66,0
Alter unbekannt	3.549	0,4	1.456	0,3	5.005	0,3
insgesamt	958.163	100,0	444.402	100,0	1.402.565	100,0

1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.
 2) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

4.5.5 Medikamentenkonsument

Zusammenfassung

Der Anteil von Psychopharmaka und Psycholeptika an der Gesamtzahl aller Verordnungen im niedergelassenen Bereich in Österreich beträgt rund acht Prozent. Etwa ein Drittel dieser Verordnungen entfällt auf Antidepressiva, ein Viertel auf Tranquillizer und ein Fünftel auf Hypnotika und Sedativa.

Zwei Drittel der Psychopharmaka wurden 1999 weiblichen Patienten verordnet. Der Psychopharmakakonsum steigt mit dem Alter besonders ab dem 40. Lebensjahr ist ein sprunghafter Anstieg zu beobachten. In der Altersgruppe der unter 12-Jährigen überwiegen die Verordnungen bei den Buben.

Summary: Consumption of me

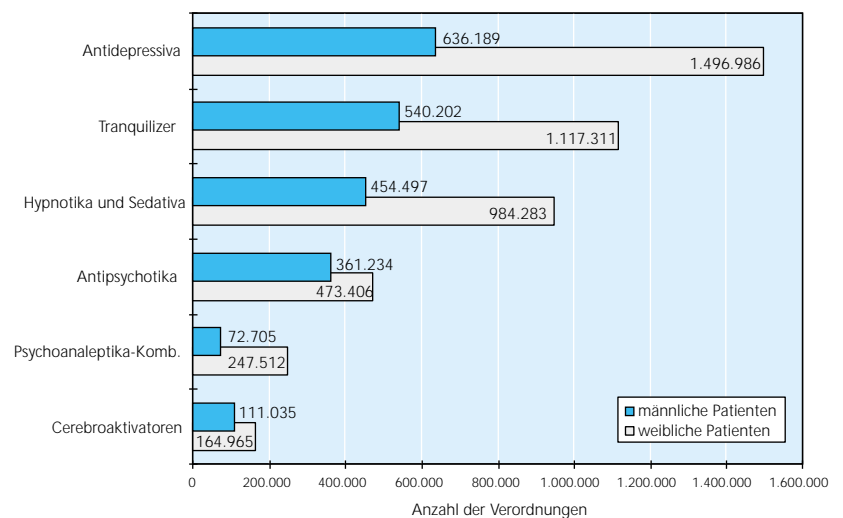
Approximately 8 percent of a scribed in Austria are psychia psycholeptics. One third of the depressants, one quarter are t and one fifth are hypnotics an

In 1999, two thirds of all psyc were prescribed to women. C of psychiatric drugs increase particularly noticeably from wards. In the age group belo psychiatric drugs are prescribe

Vom Institut für Medizinische Statistik wurden im Jahr 1999 für ganz Österreich rund 6,6 Millionen Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exklusive Antiadiposita) im niedergelassenen Bereich registriert. Dies ist ein Anteil von acht Prozent an der Gesamtzahl aller Verordnungen im niedergelassenen Bereich.

Etwa zwei Drittel der Psychopharmaka wurden weiblichen Patienten verordnet. Am häufigsten sind Antidepressiva verschrieben (etwa ein Drittel der Verordnungen), gefolgt von Tranquillizern und der Gruppe der Hypnotika und Sedativa (etwa ein Fünftel). 21 Prozent entfallen auf Grund von Schlafstörungen (v. a. Hypnotika und Sedativa).

Grafik 46: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Geschlecht, Österreich 1999



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Tabelle 44: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika¹⁾, Österreich 1999²⁾

Medikament	Patienten				insgesamt	
	weiblich		männlich		absolut	in % ³⁾
	absolut	in % ³⁾	absolut	in % ³⁾		
Antidepressiva	1.496.986	70,2	636.189	29,8	2.133.175	70,2
Tranquilizer	1.117.311	67,4	540.202	32,6	1.657.513	67,4
Hypnotika und Sedativa	948.283	67,6	454.497	32,4	1.402.780	67,6
Antipsychotika	473.406	56,7	361.234	43,3	834.640	56,7
Psychoanaleptika-Komb.	247.512	77,3	72.705	22,7	320.217	77,3
Cerebroaktivatoren	164.965	59,8	111.035	40,2	276.000	59,8
Neurotonika	4.255	39,1	6.616	60,9	10.871	39,1
Psychostimulantia	581	20,6	2.243	79,4	2.824	20,6
insgesamt	4.453.299	67,1	2.184.721	32,9	6.638.020	67,1

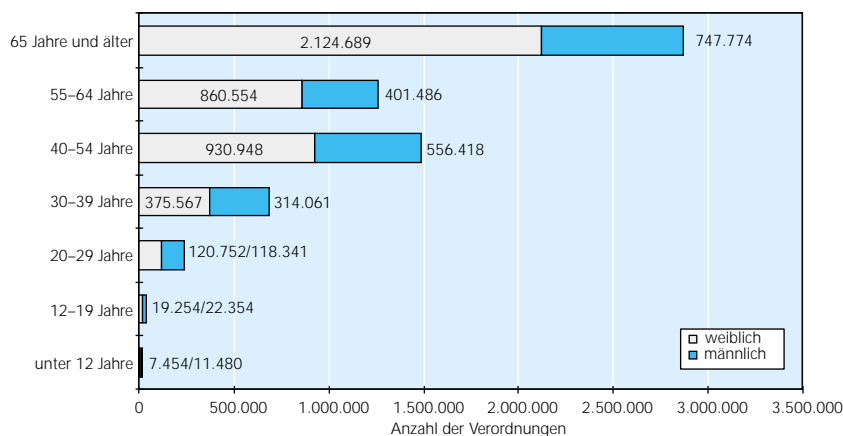
- 1) Exklusive Antiadiposita.
- 2) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1999, Verordnungen im niedergelassenen Bereich.
- 3) Marktanteil in Prozent.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Eine Aufschlüsselung der Verordnungen von Psychopharmaka nach Altersgruppen zeigt deutliche Altersabhängigkeit des Medikamentenkonsums: Wenngleich eine mehr oder weniger kontinuierliche Zunahme in der Verordnungshäufigkeit mit steigendem Alter festzustellen ist, so lässt sich doch ab dem 40. Lebensjahr ein sprunghafter Anstieg ausmachen. Besonders drastisch ist der Anteil jedoch bei den älteren PatientInnen ab 65 Jahren: 43 Prozent aller Verordnungen entfallen auf diese Altersgruppe.

Interessant erscheint, dass – wenngleich gemessen an den Prozentwerten des Marktanteiles sehr gering – bereits unter 12-Jährige Psychopharmaka verordnet bekommen, und zwar beginnend im Säuglingsalter (insgesamt rund 18.900 Verordnungen an Kinder unter 12 Jahren in Österreich). Und hier überwiegend als einzige Ausnahme – die Buben mit 60,6 Prozent vor den Mädchen mit 39,4 Prozent (11.480 Verordnungen an Buben, 7.454 an Mädchen). Im Vergleich zu 1998 sind die Verordnungen von Psychopharmaka an unter 12-Jährige insgesamt um etwa 7 Prozent zurückgegangen: Dies ist auf einen Rückgang der Verordnungen an Buben um etwa 15 Prozent zurückzuführen, der Anteil der Verordnungen an Mädchen ist jedoch um 9 Prozent gestiegen.

Grafik 47: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Altersgruppen, Österreich



Quelle: Institut für Medizinische Statistik (IMS-Health)

Bei den Frauen hingegen kam es erstmals seit 1991 zu einem Anstieg der altersstandardisierten Sterblichkeit, v. a. verursacht durch Zunahmen bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Verletzungen/Vergiftungen sowie Krankheiten der Atmungsorgane.

Die regionale Differenzierung der Mortalität lässt erkennen, dass unter 75-jährige Wiener Männer in den Bezirken 10, 15, 16 und 20, Wiener Frauen in den Bezirken 10, 11 und 12 (alle: Bezirke mit relativ hohem Anteil an sozial Schwachen) eine signifikant höhere Mortalität aufweisen als der Wiener Landesdurchschnitt.

However, the refined mortality rate for women went up for the first time during that period, mainly caused by an increase of the number of cardiovascular diseases, injuries/poisonings, as well as diseases of the respiratory organs.

Regional differences have also been noted in mortality rates for men below 75 years of age, and for women, respectively above average in the districts 10, 11 and 12 (districts 10, 11 and 12 for women), all of which are characterized by a high proportion of socially weak persons.

4.6.1 Todesursachenstatistik

In Wien verstarben im Jahr 1999 etwas weniger als 18.000 Personen der Wiener Wohnbevölkerung. Den Verstorbenen wurden insgesamt rund 6.400 obduziert. Die im Vergleich zu anderen Ländern sehr hohe Obduktionsrate (1999: 36 Prozent) ist die Grundlage für die relativ hohe Aussagekraft der Todesursachenstatistik.

Tabelle 48: Sterbefälle und Obduktionen, Wien 1999

Gestorbene ¹⁾	in Krankenanstalten verstorben		nicht in Krankenanstalten verstorben		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
obduziert	4.624	36,6	1.763	33,0	6.387	36,6
nicht obduziert	8.021	63,4	3.575	67,0	11.596	63,4
insgesamt	12.645	100,0	5.338	100,0	17.983	100,0

1) Personen der Wiener Wohnbevölkerung.

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

1. Nach wie vor stellen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit rund 10.200 Verstorbenen (56 Prozent) mit Abstand – häufigste Todesursache dar. Bei näherer Betrachtung der Daten zeigt sich, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den verstorbenen Wiener Frauen eine größere Bedeutung einnehmen (63 Prozent) als bei den verstorbenen Wiener Männern (50 Prozent). Der höhere Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen kommt vor allem durch deren höhere Lebenserwartung zustande.

Rund drei Viertel der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen entfallen auf Herzkrankheiten, von welchen je knapp 30 Prozent auf akuten Myocardinfarkt sowie auf sonstige ischämische Herzkrankheiten entfallen. Der höchste Stellenwert bei an Herzkrankheiten verstorbenen Frauen entfällt auf sonstige ischämische Herzerkrankungen (29 Prozent), bei Männern hingegen dem akuten Myocardinfarkt (38 Prozent) zu. Umfangreiche Präventionsmaßnahmen auf diesem Sektor verlieren daher weiterhin nicht an Aktualität.

2. Als zweithäufigste Todesursache weist die Mortalitätsstatistik **Neubildungen** aus. Nahezu jeder Todesfall (23 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Krebserkrankungen spielen eine Haupttodesursache bei den Wiener Männern (26 Prozent) eine etwas größere Rolle als bei den Wiener Frauen (22 Prozent).

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

An zweiter Stelle der Todesursachen auf Grund einer Krebserkrankung stehen beim v schlecht die bösartigen Neubildungen der **Brustdrüse** (18 Prozent), gefolgt von den b bildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (14 Prozent).

In der **männlichen** Bevölkerungsgruppe hingegen stellen die bösartigen Neubildungen **organe** (v. a. der Lunge) nach wie vor die zweithäufigste Ursache der Krebssterblichk zent). Die dritthäufigste Ursache entfällt auf die bösartigen Neubildungen der **Gesc** (zwölf Prozent).

Präventions- bzw. Früherkennungsmaßnahmen wie das EU-Programm „Europa geg können die Sterblichkeit an Krebserkrankungen reduzieren. Vor allem die hohe Sterblich tigen Neubildungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane könnte durch ein bensweise (gesunde Ernährung, Nicht-Rauchen) reduziert werden.

- Wie auch in den letzten Jahren befinden sich **Verletzungen** und **Vergiftungen** mit 970 Toten an dritter Stelle der Todesursachenstatistik (fünf Prozent aller Todesfälle). Vo sich nahezu je ein Drittel auf Selbstmord (31 Prozent) und auf Stürze (28 Prozent) zurü 14 Prozent entfallen auf Verkehrsunfälle und neun Prozent auf Vergiftungen. Innerhall gen nehmen Drogenunfälle mit 90 Prozent den größten Teil ein.

Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung stellen auch in der **männlichen** Wiener Bevö zungen und Vergiftungen die dritthäufigste Todesursache dar. Allerdings sind ach männlichen Todesfälle auf diese Ursache zurückzuführen, womit dieser Wert klar über ner Frauen (vier Prozent) liegt. Die größte Bedeutung innerhalb der Todesursache Ve Vergiftungen kommt bei den Wiener Männern den Todesursachen Selbstmord (33 Pro (22 Prozent) zu. Der gegenüber Frauen bedeutend höhere Anteil der Todesursache Ve Vergiftungen an allen Todesursachen bei Männern kann als Folge der risikoreicheren L Männern interpretiert werden.

Bei den Wiener **Frauen** hingegen sind Krankheiten der Atmungsorgane die dritthäufig che; Verletzungen und Vergiftungen folgen knapp dahinter an vierter Stelle. Nahezu an Verletzungen und Vergiftungen verstorbenen Wiener Frauen erlagen den Folgen e Prozent). Dem Tod durch Selbstmord kommt bei Frauen mit einem Anteil von 27 Pro geringerer Stellenwert zu als bei Männern. Werden aber hinsichtlich des Selbstmordes Zahlen betrachtet, lässt sich ersehen, dass 1999 fast doppelt so viele Männer als Fr durch Selbstmord beendet haben (193 Fälle : 102 Fälle; siehe auch Kap. 4.5.2).

- Krankheiten der Atmungsorgane** befinden sich im Berichtsjahr mit insgesamt 793 der vierten Stelle der allgemeinen Todesursachenstatistik. Diese verweisen die Krank dauungsorgane auf den fünften Rang. Als Ursache für diese Entwicklung kann die s der Krankheiten der Atmungsorgane als Todesursache bei Frauen angesehen werden Todesursache bei Frauen), die – erstmals – den absoluten Wert der Männer klar über Fälle : 345 Fälle). Das veränderte Rauchverhalten der Frauen in den letzten Jahrzehnt Zunahmen der rauchenden weiblichen Wiener Bevölkerung, z. T. schon in jungen Jahr in diesen Ergebnissen widerspiegeln.

Hingegen sind bei Wiener **Männern Krankheiten der Verdauungsorgane** die vierth ursache, davon entfallen nahezu zwei Drittel auf Leberzirrhose. Der z. T. hohe und ge erhöhte Alkoholkonsum der Männer ist dafür sicherlich als einer der Gründe in Betr Auch sind bei den **psychiatrischen Krankheiten** zwei Drittel der Todesfälle auf Alkoh zurückzuführen (vgl. Tabelle 50).

Sowohl bei der Todesursache Erkrankungen der Atmungsorgane (starke Zunahme k auch bei Krankheiten der Verdauungsorgane, die bei Männern einen höheren Stellenw en einnehmen, lässt sich ein eindeutiger Einfluss des ungünstigen Lebensstils (Rauche

holkonsum, ungesunde Ernährung) erkennen. Mit einer gesünderen Lebensweise könnte zudem ein Teil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenso wie ein Teil der – am häufigsten auftretenden – Krebserkrankungen (ebenfalls: bösartige Neubildungen der Verdauungs- und der Atmungsorgane) vermieden werden.

Tabelle 49: Häufigste Todesursachen, Wien 1999

Rangfolge der Todesursachen	Frauen	Männer	insgesamt
1.	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2.	Neubildungen	Neubildungen	Neubildungen
3.	Krankheiten der Atmungsorgane	Verletzungen und Vergiftungen	Verletzungen und Vergiftungen
4.	Verletzungen und Vergiftungen	Krankheiten der Verdauungsorgane	Krankheiten der Atmungsorgane
5.	Krankheiten der Verdauungsorgane	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 50: Gestorbene nach Todesursachen(-gruppen) und Geschlecht, Wien 1999

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I – XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
001–139 darunter 010–018, 137 070	I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten Tuberkulose Virushepatitis	32 7 14	52 16 22	84
140–239 darunter 150–159 160–165 174, 175 179–187 188, 189 200–208	II. Neubildungen B. N. der Verdauungsorgane B. N. der Atmungsorgane B. N. der Brustdrüse B. N. der Geschlechtsorgane B. N. der Harnorgane B. N. des lymphatischen u. hämatopoetischen Gewebes (inkl. Leukämien)	2.224 773 315 404 258 91 179	1.979 670 540 2 230 147 161	4.203
240–279 darunter 250 279.5	III. Stoffwechselerkrankungen, Immunsystemerkrankungen Diabetes mellitus AIDS	209 194 7	151 121 23	360
280–289	IV. Blut und Blut bildende Organe (ohne Blutkrebs und Leukämie)	9	3	12
290–319 darunter 303 304 305	V. Psychiatrische Erkrankungen Alkoholabhängigkeit Medikamenten-/Drogenabhängigkeit Drogen- u. Medikamentenmissbrauch (auch ohne Abhängigkeit)	27 16 4 3	48 34 4 4	75
320–389	VI. Krankheiten des Nervensystems inkl. Sinnesorgane	139	113	252

Fortsetzung

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I – XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht	
		weiblich	männlich
390 - 459 darunter 391, 392.0, 393–398, 402, 404, 410–429 darunter 391, 392.0, 393–398 410 411–414 401, 403, 405, 430–459 darunter 401, 403, 405 430–438 440–448 451–459	VII. Krankheiten des Kreislaufsystems Herzkrankheiten rheumatische Herzkrankheiten (Klappenfehler, etc.) akuter Myocardinfarkt sonstige ischämische Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung Gefäßkrankheiten d. Gehirns (Schlaganfall, etc.) sonstige Krankheiten der Arterien Krankheiten d. Venen u. Lymphgefäße, sonst. Krankheiten d. Kreislaufsystems	6.311 4.589 25 1.090 1.324 1.722 37 1.198 372 115	3.7 3.0 1.1 8 7 4 1
460–519 darunter 480–486 466, 490–493 487	VIII. Krankheiten der Atmungsorgane Pneumonie Bronchitis, Emphysem, Asthma bronchiale Grippe	448 165 156 16	3 1
520–579 darunter 531–534 540–543 550–553 571 574–576	IX. Krankheiten der Verdauungsorgane Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür Appendicitis Hernien Leberzirrhose Krankheiten der Gallenwege	371 32 – 9 161 11	3 2
580 - 629 darunter 590 592, 594 600 580–584	X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane Pyelonephritis, Pyelitis, Nierenabszess Steinleiden der Harnorgane Prostatahyperplasie sonstige Nephritis, Nephrose	116 31 1 – 4	
630 - 676	XI. Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	–	–
680 - 709	XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4	
710–739	XIII. Krankheiten des Bewegungsapparates	15	
740–759	XIV. Kongenitale Anomalien	23	
760–779	XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	17	
780–799 darunter 798.0	XVI. Syndrome und schlecht bezeichnete Affektionen SIDS (plötzlicher Tod im Kindesalter)	61 2	

ICD-9 Nr. ¹⁾	Hauptgruppen (I–XVII) und einzelne ausgewählte Todesursachen	Geschlecht		insgesamt
		weiblich	männlich	
E800–E999	XVII. Verletzungen und Vergiftungen	379	587	966
davon				
E800–E807, E820–E848	Verkehrsunfälle ohne PKW (sonst. Straßenfahrzeuge, Fahrrad, etc.)	3	9	12
E810–E819	Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr	45	87	132
E850–E869	Vergiftungen (Unfall)	24	66	90
darunter: E850–E855	Drogenunfälle	21	60	81
E880–E888	Sturz	147	126	273
E950–E959	Selbstmord	102	193	295
E960–E977, E980–E989	vorsätzliche Schädigung durch andere Personen; Verletzung unbestimmt, ob unbeabsichtigt oder vorsätzlich	22	29	51
E870–E879, E890–E949	sonstige Unfälle	36	77	113
insgesamt		10.385	7.598	17.983

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

2) B. N. = bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich auch in den einzelnen **Altersgruppen** der verstorbenen WienerInnen des Jahres 1999: Männer versterben – absolut gesehen – tendenziell häufiger in jüngeren Jahren als Frauen. Als Hauptursache dieser Unterschiede können die beobachtete höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (0–24 Jahre sowie 25–44 Jahre), aber auch verschiedene Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Verdauungsorgane der Männer dieser Altersgruppen angesehen werden.

In der Altersgruppe **0–24 Jahre** waren 1999 bei beiden Geschlechtern „sonstige Todesursachen“ die häufigste Todesursache, gefolgt von Unfällen. Rund ein Drittel der männlichen und rund die Hälfte der weiblichen der an sonstigen Todesursachen Verstorbenen entfielen auf Säuglinge (vgl. Kap. 2.2.1.5.3.1). Den dritten Platz nimmt in dieser Altersgruppe der Suizid ein. Allerdings muss eingeräumt werden, dass der Suizid bei jüngeren Kindern kein Thema darstellt und erst mit dem Einsetzen der Pubertät Bedeutung gewinnt.

Frauen zwischen **25 und 44 Jahren** starben am häufigsten an bösartigen Neubildungen (31 Prozent) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (20 Prozent). Für Männer dieser Altersgruppe stellten bösartige Neubildungen (26 Prozent) die häufigste Todesursache dar, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21 Prozent) und Suizid (16 Prozent).

Die Haupttodesursachen der **45- bis 65-Jährigen** waren bei den Wiener Frauen bösartige Neubildungen (47 Prozent) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (31 Prozent). Bei den Wiener Männern waren bösartige Neubildungen (31 Prozent) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bösartige Neubildungen (beide: rund 35 Prozent).

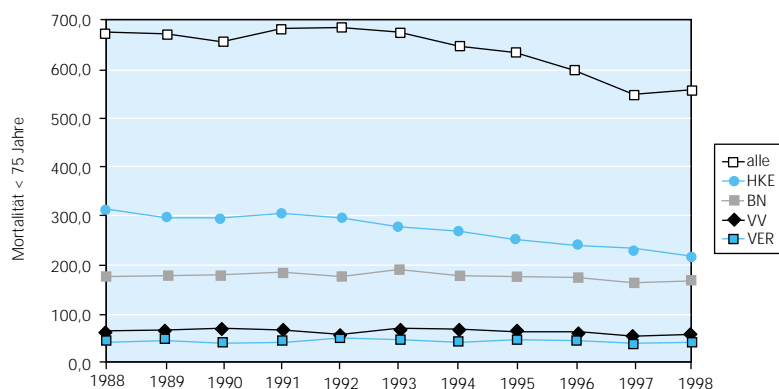
In der Altersgruppe **über 65 Jahre** waren bei beiden Geschlechtern Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache (Frauen: 65 Prozent, Männer: 58 Prozent), bösartige Neubildungen die zweit häufigste (Frauen: 18 Prozent, Männer: 24 Prozent; vgl. Tabelle 51; Grafiken 49 und 50).

4.6.2.1 Todesursachen der unter 75-jährigen WienerInnen (1998)

Bei den **unter 75-jährigen Wiener Männern** kam es 1998⁵⁴ – nach einer kontinuierlichen Abnahme in den Jahren davor – zu einem geringfügigen Anstieg der Mortalität. Dieser ist auf eine leichte Zunahme der Diagnosen bösartige Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen. Bei der Todesursache Herz-Kreislauf-Erkrankungen setzte sich 1998 der positive Trend der letzten Jahre fort.

Trotzdem waren 1998 bei Männern dieser Altersgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen die mit Abstand häufigste Todesursache, gefolgt von Krebserkrankungen. Die dritthäufigste Todesursache stellten Verletzungen und Vergiftungen dar, wobei diesen – verglichen mit den beiden Haupttodesursachen – eine untergeordnete Bedeutung zukommt. Wie auch in den vorhergehenden Jahren waren Erkrankungen der Verdauungsorgane die vierthäufigste Todesursache (vgl. Grafik 51).

Grafik 51: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Männer, 1988–1998 nach Diagnosenobergruppen



HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, BN = bösartige Neubildungen, VV = Verletzungen und Vergiftungen, VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT – Todesursachenstatistik 1988–1998; ÖBIG-Berechnungen

Im Gegensatz zu den Männern kam es bei den **unter 75-jährigen Wiener Frauen** im Jahr 1998 – in den letzten Jahren – zu einer weiteren Abnahme der Gesamtmortalität. Diese kann v. a. durch den eindeutigen Rückgang der Krebserkrankungen erklärt werden, ist aber auch durch positive Entwicklungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen bedingt.

Dennoch waren bei Frauen dieser Altersgruppe auch 1998 Krebserkrankungen die häufigste Todesursache, Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Jahren rückten die Erkrankungen der Verdauungsorgane an dritter Stelle der Haupttodesursachen. Verletzungen und Vergiftungen, die in den Jahren zuvor den dritten Platz innehatten, fielen 1998 an die vierte Stelle (vgl. Grafik 52).

⁵⁴ Neuere Daten waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht verfügbar.

Tabelle 51: Todesursachenhäufigkeit¹⁾ nach Geschlecht und Alter in Wien, 1999

Todesursache(n) nach Alter	1999	
	weiblich	männlich
0 bis unter 25 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	5,5	3,4
bösartige Neubildungen	4,1	6,0
Krankh. d. Atmungsorgane	–	2,6
Krankh. d. Verdauungsorgane	1,4	–
Suizid	6,8	11,2
Unfälle ²⁾	23,3	30,2
sonstige Todesursachen	58,9	46,6
insgesamt	100,0	100,0
absolut	73	116
25 bis unter 45 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	19,9	21,1
bösartige Neubildungen	31,4	14,4
Krankh. d. Atmungsorgane	1,8	1,6
Krankh. d. Verdauungsorgane	4,9	10,2
Suizid	12,8	16,0
Unfälle ²⁾	12,8	25,5
sonstige Todesursachen	16,4	11,1
insgesamt	100,0	100,0
absolut	226	431
45 bis unter 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	30,5	35,4
bösartige Neubildungen	47,3	35,1
Krankh. d. Atmungsorgane	2,3	3,2
Krankh. d. Verdauungsorgane	8,4	10,3
Suizid	1,7	3,7
Unfälle ²⁾	2,5	5,4
sonstige Todesursachen	7,2	7,0
insgesamt	100,0	100,0
absolut	942	1.736
über 65 Jahre		
Herz-Kreislauf-System	65,3	57,8
bösartige Neubildungen	18,2	24,2
Krankh. d. Atmungsorgane	4,6	5,3
Krankh. d. Verdauungsorgane	3,1	3,3
Suizid	0,6	0,9
Unfälle ²⁾	2,0	2,4
sonstige Todesursachen	6,2	6,2
insgesamt	100,0	100,0
absolut	9.144	5.315

1) Anteil der Todesursachen innerhalb der Altersgruppen in Prozent. Nur ausgewählte Krankheitsgruppen.

2) E 800–E949.

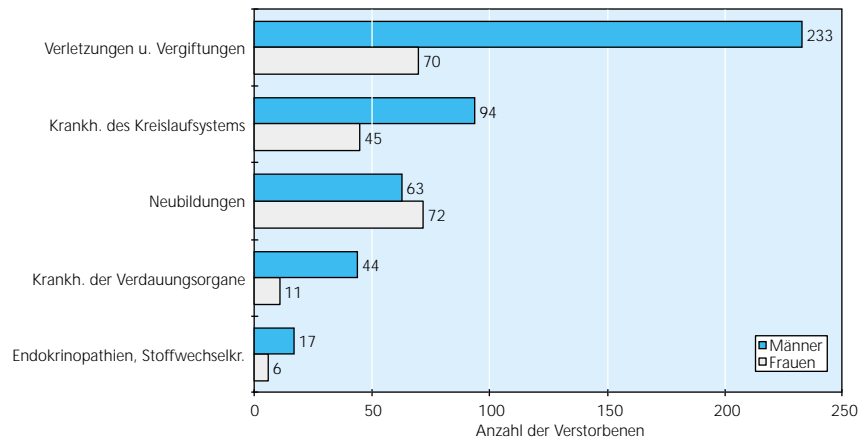
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, Statistik Österreich

4.6.2 Todesursachen im zeitlichen Vergleich

Der deutliche Rückgang (um ein Drittel) der altersstandardisierten Gesamtmortalität – das ist die Mortalität nach Berücksichtigung der Altersstruktureffekte bereinigten Verstorbenen auf je 100.000 der EinwohnerInnen – **zwischen 1980 und 1999** in Wien (siehe auch Kap. 2.2.1.2) findet seinen Ausdruck in der Entwicklung der Haupttodesursachen: Sowohl Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die mit Abstand häufigste Todesursache, als auch bösartige Neuerkrankungen, die zweithäufigste, verzeichneten beträchtliche Abnahmen. Dies trifft beide Geschlechter. Allerdings nimmt der beschriebene Rückgang bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (– 35 Prozent) ein beträchtlich höheres Ausmaß an als bei der Todesursache bösartige Neubildungen (– 24 Prozent).

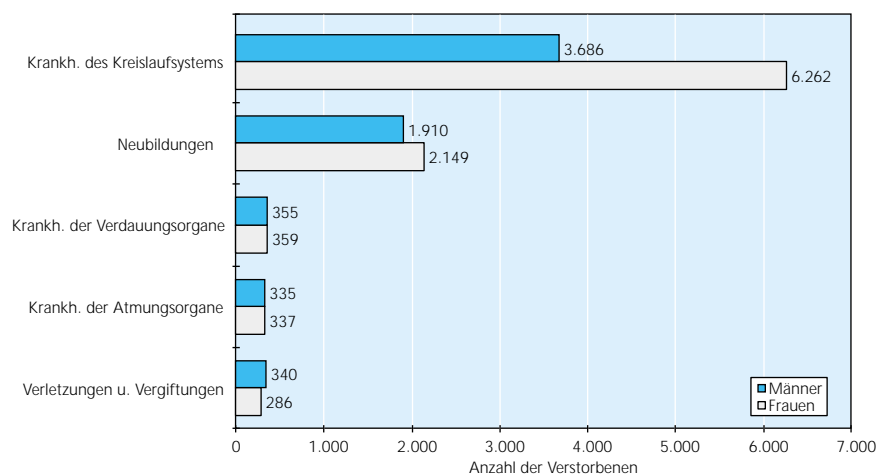
zent). Jedoch nahm die Gesamtsterblichkeit in den letzten Jahren bei den Männern stärker ab als bei den Frauen. So betrug der Rückgang der Mortalität seit 1995 bei den Männern 12,8 Prozent, bei den Frauen hingegen nur 9,9 Prozent. Dies ist auch die Ursache für die Verringerung des Unterschiedes in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in diesem Zeitraum (Differenz: 1995: 6,4 Jahre; 1999: 5,8 Jahre).

Grafik 49: Die fünf häufigsten Todesursachengruppen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 50: Die fünf häufigsten Todesursachengruppen im Alter von über 45 Jahren, Wien 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Insgesamt nahm die Sterblichkeit (alle Todesursachen) auch **seit 1998** ein wenig ab (- 1,3 Prozent). Dieser Rückgang ist auf die positive Entwicklung der Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, aber auch auf Rückgänge der Todesursachen Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie psychiatrische Krankheiten zurückzuführen.

Allerdings lässt die genauere Analyse der Daten erkennen, dass diese Abnahme von - 1,3 Prozent schließlich durch die positive Entwicklung bei **Männern** verursacht wurde: Sowohl bei allen Todesursachen (- 4,1 Prozent) als auch bei den einzelnen Todesursachen – mit Ausnahme der Verletzungen und Vergiftungen – verzeichneten Männer eine Abnahme der Mortalität. Diese betrug bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen - 5 Prozent, bei bösartigen Neubildungen - 4 Prozent, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane - 7 Prozent und bei Erkrankungen der Atmungsorgane - 3 Prozent. Psychiatrische Erkrankungen wurden als Todesursache 1999 um 26 Prozent seltener als 1998 ausgewiesen.

Hingegen kam es bei **Frauen** zwischen 1998 und 1999 zu einer leichten Zunahme der G (+ 3,6 Prozent), wobei diese durch die negative Entwicklung aller wichtigen Todesursachen me der Krankheiten der Verdauungsorgane – bedingt ist. Besonders hoch erscheinen die den Todesursachen psychiatrische Krankheit (+ 44 Prozent), Krankheiten der Atmungsorgane (20 Prozent) sowie Verletzungen und Vergiftungen (+ 20 Prozent). Eine leichte Zunahme der alterten Mortalität weisen auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (+ 2 Prozent) auf. Die Bedeutung der Krebserkrankungen hat sich bei Frauen im letzten Jahr so gut wie nicht verändert. Ob die Zunahme bei Frauen einen Trend einleitet oder als statistischer Ausreißer zu betrachten ist, kann nur mit den Daten der folgenden Jahre beurteilt werden.

Dennoch darf auf Grund dieser seit Jahren erstmals negativen Entwicklung bei Frauen nicht gelassen werden, dass die Mortalität der Männer auch 1999 weit höher als jene der Frauen war. Der Wert betrug für Männer 924,0, für Frauen jedoch nur 572,4. Die Geschlechtsunterschiede zeigen nicht nur in der Gesamtmortalität, sondern auch bei den bedeutendsten Todesursachen: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als auch bei den bösartigen Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie den Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane weisen die Männer tendenziell höhere Werte auf als Frauen (siehe Tabellen 52 und 53).

Tabelle 52: Die altersstandardisierte Mortalitätsentwicklung insgesamt und nach den Haupttodesursachen, ¹⁾ Wien 1980–1999

Jahr	Todesursachen							
	alle Todesursachen			Herz-Kreislauf-System			bösartige Neubildungen	
	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer
1980	844,8	1.388,0	1.116,4	449,7	711,4	580,6	189,3	300,0
1985	770,0	1.285,0	1.027,5	410,0	695,5	552,7	184,1	280,0
1990	671,9	1.130,2	901,1	357,3	601,1	479,2	171,2	280,0
1995	635,0	1.059,3	847,2	329,9	522,2	426,0	171,4	260,0
1996	624,7	1.017,5	821,1	330,8	510,8	420,8	164,2	250,0
1997	593,3	969,2	781,3	304,9	484,8	394,9	167,1	250,0
1998	552,7	963,1	757,9	291,4	481,0	386,2	154,5	250,0
1999	572,4	924,0	748,2	298,0	455,4	376,7	154,7	240,0

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

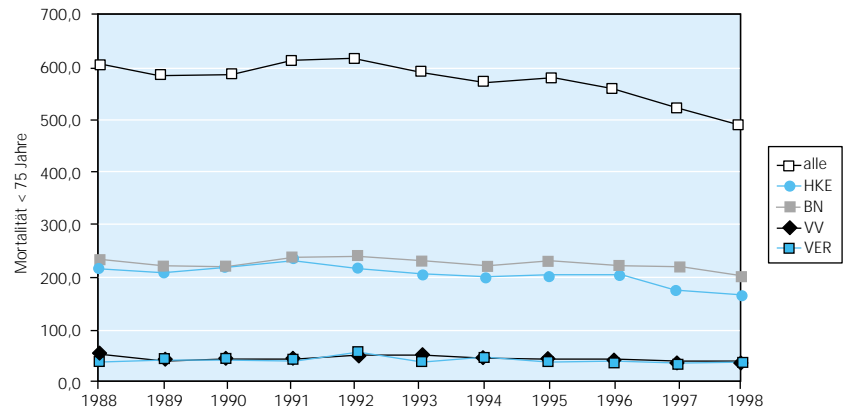
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Tabelle 53: Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Todesursachen, ¹⁾ Veränderungen in Wien 1998 und 1999

Todesursache	1998			1999			Veränderung
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	
Krankheiten des Kreislaufsystems	291,4	481,0	386,2	298,0	455,4	376,7	+2,3 %
bösartige Neubildungen	154,5	253,9	204,2	154,7	243,1	198,9	+0,2 %
Verletzungen und Vergiftungen	23,5	67,6	45,5	28,2	71,5	49,9	+20,0 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	28,4	54,0	41,2	26,3	50,1	38,2	-7,4 %
Krankheiten der Atmungsorgane	17,7	42,8	30,3	22,6	41,4	32,0	+27,7 %
psychiatrische Krankheiten	1,8	8,2	5,0	2,6	6,1	4,3	+44,4 %
Todesursachen insgesamt	552,7	963,1	757,9	572,4	924,0	748,2	+3,6 %

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

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Grafik 52: Mortalität der unter 75-jährigen Wiener Frauen, 1988–1998 nach Diagnoseno

HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, BN = bösartige Neubildungen, VV = Verletzungen und Vergiftungen
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane

Quelle: ÖSTAT – Todesursachenstatistik 1988 – 1998; ÖBIG-Berechnungen

4.6.3 Mortalität in Wien im regionalen Vergleich

Dr. Gerhard FÜLÖP

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

In der regionalen Differenzierung zeigt sich, dass die Mortalität der unter 75-jährigen **Männer** im Durchschnitt der Jahre 1989–1998 in einigen Wiener Gemeindebezirken gegenüber dem Wiener Durchschnitt signifikant erhöht war, und zwar im 10., 15., 16. und vor allem im 20. Bezirk. Dies gilt ebenso wie Krebserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems leisten erhebliche Beiträge zu dieser Situation. Eine sehr niedrige Mortalität der unter 75-jährigen Männer war für den 1. Bezirk und vor allem für den 1. Bezirk festzustellen (vgl. Grafik 53).

Bei den **Frauen** unter 75 Jahren findet sich im 10., 11. und 12. Bezirk eine gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Mortalität, die sich ebenfalls auf eine erhöhte Sterblichkeit der Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen zurückführen lässt. Im 1., 15. und 23. Bezirk hingegen war die Mortalität der unter 75-jährigen Frauen im Zeitraum 1989–1998 geringer als in der weiblichen Gesamtbevölkerung Wiens (vgl. Grafik 54).

Eine Sonderstellung nimmt der 20. Bezirk ein, der in Bezug auf die Sterblichkeit der Männer im Vergleich zum quantitativen bedeutsamen **Todesursachengruppen** (Herz-Kreislauf-, Krebs-, Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen) signifikante Abweichungen gegenüber dem Wiener Landesdurchschnitt nach oben zeigt und außerdem der Bezirk mit der höchsten Gesamtmortalität in ganz Österreich ist. Ähnlich ungünstig ist die Situation bei den Männern im 10. Bezirk, bei dem Herz-Kreislauf-, Krebs-, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen als Haupttodesursache signifikant häufiger auftreten als in Wien insgesamt. Eine signifikant erhöhte Sterblichkeit der Männer lässt sich für den Zeitraum 1989–1998 außerdem im 11. Bezirk in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und im 15. Bezirk in Bezug auf Herz-Kreislauf- sowie auf Krebserkrankungen feststellen.

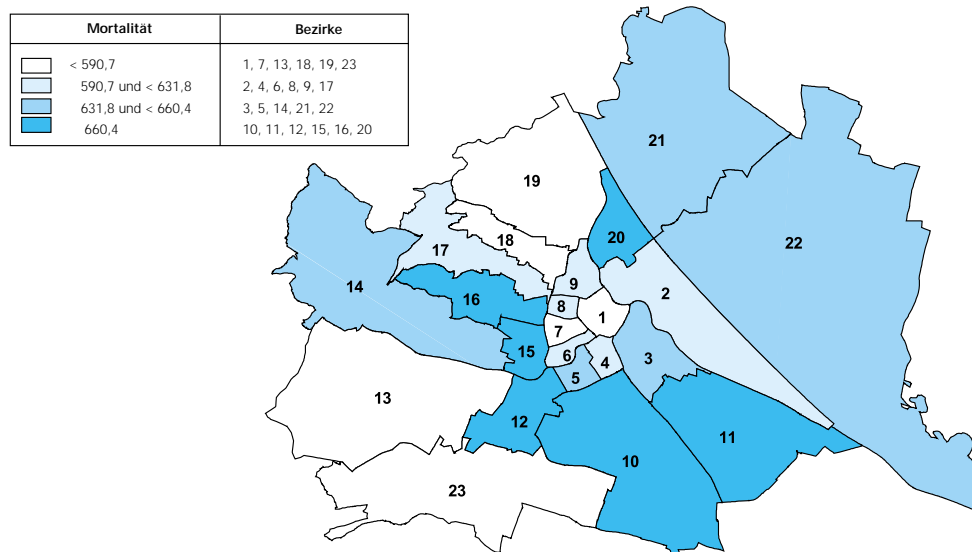
Bei den unter 75-jährigen Frauen zeichnet sich im 10., 11. und 20. Bezirk eine signifikant erhöhte Sterblichkeit in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab. Im 10. Bezirk ist die Mortalität gleich in Bezug auf alle Todesursachengruppen (Herz-Kreislauf-, Krebs- und Verdauungserkrankungen) signifikant erhöht. Im 12. Wiener Gemeindebezirk ist die österreichweit höchste Sterblichkeit der unter 75-jährigen Frauen festzustellen – diese begründet sich vor allem durch die erwähnte stark erhöhte Sterblichkeit der Frauen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Bezug auf die **zeitliche Entwicklung** hat sich die Situation in den erwähnten Problembezirken im Zeitraum der Jahre 1997 und 1998 nur wenig geändert. Während sich die Lage in Bezug auf die Sterblichkeit

ter 75-jährigen Männer im 15. und im 16. Bezirk im Zeitraum 1997/98 tendenziell entspannt hat, Mortalität im 10. und im 20. Bezirk unverändert signifikant erhöht. Bei den Frauen ist in den Jahren 1997 und 1998 in allen drei erwähnten Problembezirken eine leichte Entspannung eingetreten, die Sterblichkeit lag aber dennoch weiterhin deutlich über dem Wiener Landesdurchschnitt.

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

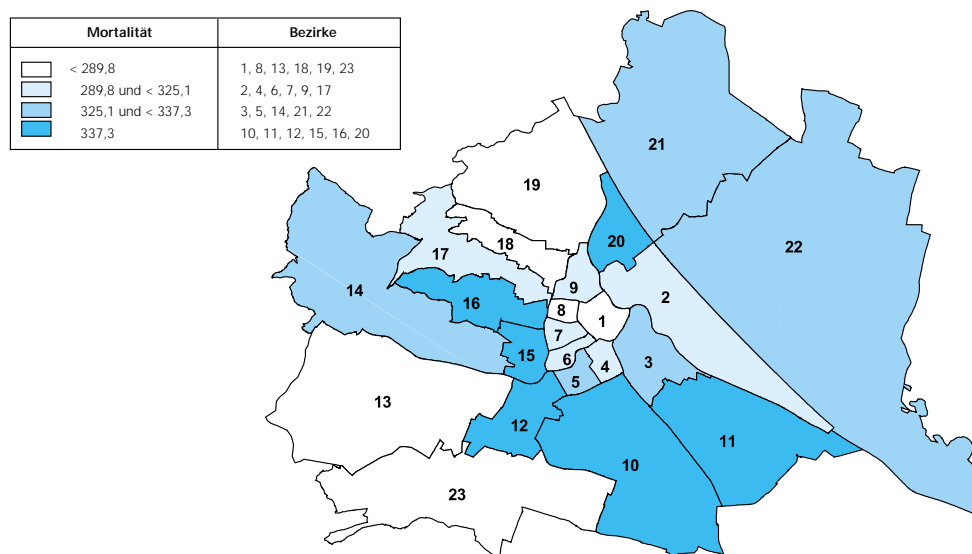
Grafik 53: Mortalität¹⁾ der unter 75-jährigen Wiener Männer nach Bezirken, 1989–1998



1) Verstorbene pro 100.000 Einwohner und Jahr.

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 54: Mortalität¹⁾ der unter 75-jährigen Wiener Frauen nach Bezirken, 1989–1998



1) Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Jahr.

Quelle: Statistik Österreich, ÖBIG-Berechnungen

4.6 Todesursachen

Zusammenfassung

Bei mehr als der Hälfte (56 Prozent) der rund 18.000 im Jahr 1999 verstorbenen Wienerinnen und Wiener wurde als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben. Am zweithäufigsten werden von der Mortalitätsstatistik Krebserkrankungen ausgewiesen – fast jeder vierte Todesfall (23 Prozent) ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen (v. a. bösartige Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane, gefolgt von Brustkrebs bei Frauen und Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane bei Männern). An weiterer Stelle folgen – insgesamt sowie bei der männlichen Bevölkerung – Verletzungen und Vergiftungen, bei der weiblichen Bevölkerung hingegen Krankheiten der Atmungsorgane. Die vierthäufigste Todesursache sind Erkrankungen der Atmungsorgane, deren starke Zunahme gegenüber 1998 ausschließlich durch vermehrte Todesfälle bei Frauen verursacht wurde.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit zeigen sich auch in den einzelnen Altersgruppen der verstorbenen WienerInnen des Jahres 1999: Männer versterben – absolut gesehen – bedeutend häufiger in jüngeren Jahren als Frauen. Als Hauptursache dieser Unterschiede können die bedeutend höhere Unfall- und Suizidrate der jüngeren Männer (bis 24 Jahre sowie 25–44 Jahre), aber auch vermehrte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Verdauungsorgane der Männer dieser Altersgruppen angesehen werden.

Insgesamt nahm die Sterblichkeit – wie in den Jahrzehnten davor – auch zwischen 1998 und 1999 ab (– 1,3 Prozent), wobei die positive Entwicklung bei den Männern (bei nahezu allen Todesursachen) Ursache dieses Rückganges war.

Summary: Causes of death

More than half, i.e. 56 percent of approximately 18,000 Viennese who died in 1999 were diagnosed with cardiovascular diseases. The second main cause of death registered in the mortality statistics is cancer – nearly every fourth death (23 percent) is due to cancer, with the prevalence of neoplasms in the digestive system, followed by breast cancer in women and neoplasms in the respiratory organs for men. Other causes of death are injuries and poisonings. For women in particular, diseases of the respiratory organs were the major causes of death. Diseases of the respiratory organs were registered as the fourth most frequent cause of death, a drastic increase of deaths caused by these diseases compared to 1998 is due to an increase of deaths of women.

Gender-specific differences in mortality are also evident in the different age groups. In absolute figures, men die at a younger age than women, which is best explained by higher accident and suicide rates for men up to 24 years and for men aged 25 to 44, as well as the higher frequency of cardiovascular diseases and diseases of the digestive system with men in the above age groups.

In total, mortality went down between 1998 and 1999 (– 1.3 percent). In the past decades, the main cause of this trend being the positive development in the mortality figures for men for all causes of death.

4.7 Krankenstände

Zusammenfassung

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

Der kontinuierliche Rückgang in den letzten Jahre sowohl bei den Krankenstandsfällen als auch bei den Krankenstandstagen wurde 1999 in Wien durch einen Anstieg um etwa 10 Prozent unterbrochen, dem keine bedeutsame Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Versicherten (bei der WGKK) gegenüberstand. Der massivste Anstieg ist in der Gruppe der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane festzustellen (gegenüber 1998: 19 Prozent mehr Krankenstandsfälle und 23 Prozent mehr Krankenstandstage), wobei diese Häufung nicht auf eine erhöhte Influenza-Rate zurückgeführt werden kann, da es 1999 keine echte Grippewelle gab. Die Entwicklung der nächsten Jahre wird zeigen, ob diese Zahlen auf eine steigende Auftretenshäufigkeit von grippalen Infekten hinweisen oder den Ausgangspunkt für eine Trendumkehr in Richtung mehr Krankenstände darstellen.

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall lag 1999 in Wien bei 12,1 Tagen (Österreich: 12,5 Tage).

Summary: Sick leaves

Most frequent sick leaves and with the longest duration are diseases of the airways and respiratory organs, followed by diseases of the muscles and connective tissues.

The steady downward trend in the number of cases and days of sick leave in Vienna was interrupted in 1999 by a sudden increase of approximately 10 percent which was not matched by significant changes in the average number of persons insured with the Vienna Health Insurance. Most noticeable trends were registered with diseases of the airways and respiratory organs, 19 percent more cases and 23 percent more days of sick leave compared to 1998, which, not having experienced an influenza epidemic in 1999, cannot be explained by an increase in the number of influenza cases. The coming years will show whether these figures are a sign of a rise in the frequency of infectious diseases or whether they mark the beginning of a trend reversal towards fewer sick leaves altogether.

In 1999, the average duration of sick leave in Vienna was 12.1 days compared to the Austrian average of 12.5 days.

4.7.1 Krankenstandsfälle

Der größte Teil aller Krankenstandsfälle (insgesamt rund 45 Prozent) fiel auch im Jahr 1999 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf die Gruppe der **Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane**. An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand, folgen die **Krankheiten der Muskeln und des Bindegewebes** (rund 14 Prozent). Die Kategorien „Infektionskrankheiten und parasitäre Krankheiten“ sowie „Unfälle“ bilden mit acht bis neun Prozent noch einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen (vgl. Tabelle 54).

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine Überrepräsentanz der Krankheitsfälle im Bereich der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, bei den urogenitalen Erkrankungen sowie bei den Krankheiten im Zusammenhang mit dem Nervensystem erkennen. **Männern** hingegen einen doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Ebenfalls höher ist der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (Tabelle 54).

Tabelle 54: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	insgesamt		weiblich		männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	68.019	8,5	34.453	8,5	33.566	8,5
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	8.273	1,0	5.150	1,3	3.123	0,8
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	4.540	0,6	2.075	0,5	2.465	0,6
Krankheiten des Blutes (18)	611	0,1	356	0,1	255	0,1
psychische Krankheiten (19)	10.991	1,4	6.852	1,7	4.139	1,1
Krankheiten des Nervensystems (20)	13.272	1,7	8.234	2,0	5.038	1,4
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	12.458	1,6	6.160	1,5	6.298	1,7
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	22.158	2,8	11.437	2,8	10.721	2,8
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	360.858	45,4	188.440	46,4	172.418	45,4
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	43.104	5,4	21.361	5,3	21.743	5,8
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	23.258	2,9	18.964	4,7	4.294	1,1
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	8.359	1,1	8.359	2,1	0	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	10.653	1,3	5.001	1,2	5.652	1,5
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	111.326	14,0	50.167	12,3	61.159	16,3
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	439	0,1	208	0,1	231	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	29.659	3,7	16.566	4,1	13.093	3,5
Unfälle (47–51)	65.146	8,2	21.880	5,4	43.266	11,3
Vergiftungen (52–53)	576	0,1	199	0,0	377	0,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	809	0,1	248	0,1	561	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	1.217	0,2	497	0,1	720	0,2
insgesamt	795.726	100,0	406.607	100,0	389.119	100,0

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

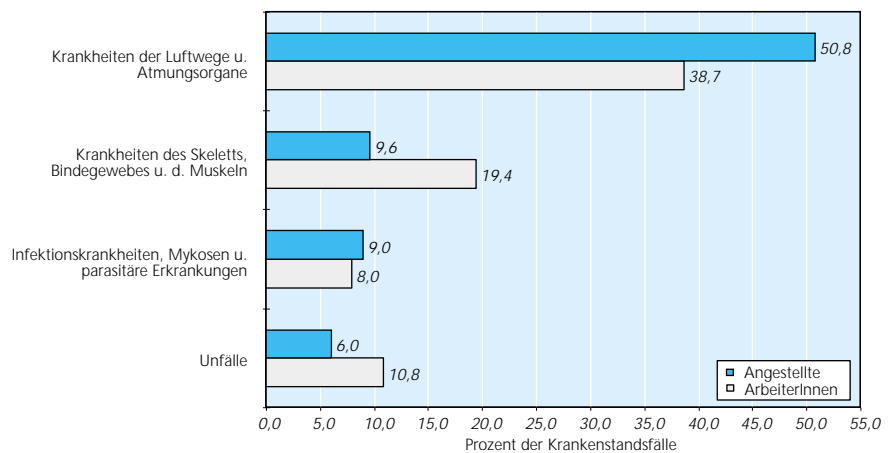
Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und **Angestellten** zeigt eine Überrepräsentanz der Angestellten bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, sowie bei Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitären Erkrankungen. Bei den **ArbeiterInnen** überwiegen hingegen deutlich – im Vergleich zur Gruppe der Angestellten – die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, sowie die Krankenstände auf Grund von Unfällen (vgl. Grafik 55).

Tabelle 55: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle				
	ArbeiterInnen			Anges	
	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	wei
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	28.470	9.374	19.096	39.549	25
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	2.487	1.366	1.121	5.786	3
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	1.961	709	1.252	2.579	1
Krankheiten des Blutes (18)	230	115	115	381	
psychische Krankheiten (19)	4.356	2.299	2.057	6.635	4
Krankheiten des Nervensystems (20)	6.119	2.875	3.244	7.153	5
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	5.113	1.728	3.385	7.345	4
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	10.041	4.454	5.587	12.117	6
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	137.911	49.591	88.320	222.947	138
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	20.150	7.063	13.087	22.954	14
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	8.127	6.028	2.099	15.131	12
Entbindung u. Komplik. d. Gravidität (39–41)	2.416	2.416	0	5.943	5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	5.612	1.930	3.682	5.041	3
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	69.308	24.881	44.427	42.018	25
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	194	67	127	245	
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	14.247	6.091	8.156	15.412	10
Unfälle (47–51)	38.692	8.470	30.222	26.454	13
Vergiftungen (52–53)	370	78	292	206	
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	526	113	413	283	
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	443	120	323	774	
insgesamt	356.773	129.768	227.005	438.953	276

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Grafik 55: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

4.7.2 Krankenstandsdauer

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfielen auch die meisten Krankenstandstage **krankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (29,4 Prozent), gefolgt von den Krankheiten auf Grund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (22,1 Prozent). Nach **Unfällen** wurden im Durchschnitt 21,6 Krankenstandstage in Anspruch genommen, wobei Männer insgesamt fast doppelt so viele Krankenstandstage aufweisen wie Frauen.

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug 1999 insgesamt rund 9.590.000 Tage. Davon entfielen 51 Prozent auf Frauen und 49 Prozent auf Männer, bzw. 52 Prozent auf ArbeiterInnen und 48 Prozent auf Nicht-ArbeiterInnen.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist nach einem Rückgang sowohl bei den Krankenstandstagen (von 1997 auf 1998 um – 8,5 Prozent; von 1997 auf 1998 um – 1,7 Prozent) als auch bei den Krankenstandsfällen (1997: – 5,8 Prozent; 1998: – 0,1 Prozent) im Berichtsjahr 1999 in Wien wieder ein deutlicher Anstieg festzustellen: 1999 fielen um 10,2 Prozent mehr Krankenstandstage und um 9,7 Prozent mehr Krankenstandsfälle an. Dieser Steigerung bei den Krankenständen steht keine bedeutsame Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Versicherten (bei der WGKK) gegenüber. Der massivste Anstieg ist in der Gruppe der Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane festzustellen. 1999 entfielen auf diese Krankheitsgruppe reich um 19 Prozent mehr Krankenstandsfälle als im Jahr zuvor bzw. um 23 Prozent mehr Krankenstandstage. Die Häufung von Krankenständen in dieser Krankheitsgruppe kann nicht auf eine erhöhte Inzidenz zurückgeführt werden, da es 1999 keine echte Grippewelle gab. Es bleibt die Entwicklung der nächsten Jahre abzuwarten, ob diese auf eine erhöhte Auftretungshäufigkeit von grippalen Infektionen weist oder Ausgangspunkt für eine Trendumkehr in Richtung mehr Krankenstände darstellt.

Tabelle 56: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage				
	insgesamt		weiblich		männlich
	absolut	in %	absolut	in %	absolut
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	422.544	4,4	211.041	4,4	211.503
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	257.547	2,7	166.874	3,5	90.673
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	99.755	1,0	51.303	1,1	48.452
Krankheiten des Blutes (18)	11.030	0,1	4.794	0,1	6.236
psychische Krankheiten (19)	332.704	3,5	209.505	4,4	123.199
Krankheiten des Nervensystems (20)	163.926	1,7	92.718	2,0	71.208
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	140.270	1,5	69.679	1,5	70.591
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	495.252	5,2	198.380	4,2	296.872
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	2.819.142	29,4	1.460.447	30,8	1.358.695
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	472.948	4,9	217.527	4,6	255.421
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	290.410	3,0	232.913	4,9	57.497
Entbindung u. Komplikationen d. Gravidität (39–41)	96.991	1,0	96.991	2,0	0
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	128.801	1,3	58.456	1,2	70.345
Krankheiten von Skelett, Muskeln u. Bindegewebe (43)	2.122.333	22,1	1.015.750	21,4	1.106.583
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	9.250	0,1	4.869	0,1	4.381
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	278.803	2,9	149.557	3,2	129.246
Unfälle (47–51)	1.405.290	14,7	483.215	10,2	922.075
Vergiftungen (52–53)	9.852	0,1	4.036	0,1	5.816
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	18.319	0,2	5.199	0,1	13.120
sonstige oder unbekannt exogene Ursachen (56–57)	18.926	0,2	8.555	0,2	10.371
insgesamt	9.594.093	100,0	4.741.809	100,0	4.852.284

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

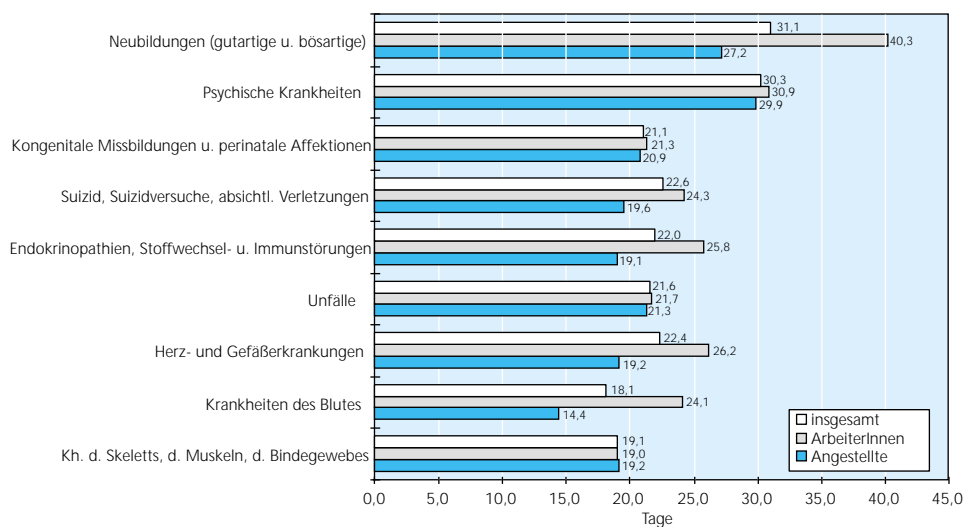
Tabelle 57: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 1999

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage				
	ArbeiterInnen			Anges	
	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	wei
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	199.473	70.685	128.788	223.071	14
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	100.124	60.058	40.066	157.423	10
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	50.509	22.646	27.863	49.246	2
Krankheiten des Blutes (18)	5.552	2.222	3.330	5.478	.
psychische Krankheiten (19)	134.422	75.631	58.791	198.282	13
Krankheiten des Nervensystems (20)	90.039	42.740	47.299	73.887	4
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	63.276	24.547	38.729	76.994	4
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	263.048	92.098	170.950	232.204	10
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.257.201	483.968	773.233	1.561.941	97
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	242.463	86.694	155.769	230.485	13
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	129.314	95.590	33.724	161.096	13
Entbindung u. Komplikation d. Gravidität (39–41)	33.727	33.727	0	63.264	6
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	73.731	26.636	47.095	55.070	3
Krankheiten des Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes (43)	1.314.900	526.681	788.219	807.433	48
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	4.134	1.503	2.631	5.116	.
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	145.788	64.950	80.838	133.015	8
Unfälle (47–51)	841.064	202.669	638.395	564.226	28
Vergiftungen (52–53)	6.833	2.482	4.351	3.019	
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	12.761	2.737	10.024	5.558	.
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	8.250	2.508	5.742	10.676	
insgesamt	4.976.609	1.920.772	3.055.837	4.617.484	2.82

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Die **durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall** ist – abhängig von der Ursache des Krankenstandes – sowohl innerhalb der Gruppen ArbeiterInnen und Angestellte als auch zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmern zum Teil sehr unterschiedlich. Auffällig sind bei **ArbeiterInnen** vergleichsweise längere Krankenstände infolge von Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, Krankheiten des Blutes sowie Herz- und Gefäßerkrankungen. ArbeiterInnen weisen fast gleich lange Zeiten pro Fall wie Angestellte auf (z. B. bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie nach Unfällen (56)).

Grafik 56: Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall (ArbeiterInnen und Angestellte) Wien 1999



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Bei den **ArbeiterInnen** weisen die **Frauen** vor allem bei den Neubildungen, bei den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie nach Vergiftungen längere Krankenstände auf als die **Männer**. Diese wiederum haben längere Krankenstände auf Grund von Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Folge von Krankheiten des Blutes.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die **Männer**. Die größten Geschlechtsunterschiede finden sich ebenfalls bei den ArbeiterInnen – im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Krankheiten des Blutes. Aber auch bei den Krankheiten des Nervensystems, den Erkrankungen des Verdauungstraktes und bei den Vergiftungen weisen Männer im Durchschnitt längere Krankenstände auf als Frauen. **Frauen** hingegen lassen sich durchschnittlich längere Krankenstände infolge von Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie bei kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen feststellen.

Getrennt nach **Geschlecht** weisen bei den **Frauen** die Arbeiterinnen in fast allen Fällen (Ausnahme kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen) längere Krankenstände auf als ihre Kolleginnen im Angestelltenverhältnis. Besonders deutlich sind die Unterschiede bei den Neubildungen, den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, bei den Krankheiten des Blutes sowie bei den Vergiftungen. Aber auch bei den **Männern** weisen die Arbeiter in fast allen Bereichen längere Krankenstände auf als die Angestellten, insbesondere aber bei den Neubildungen und Blutkrankheiten.

Die durchschnittliche **Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall** der letzten Jahre wies (österr.weit) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte im Jahr 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Krankenstandsfall einen Tiefststand (siehe Grafik 57). Nach einem minimalen Anstieg um 0,2 Tage im Jahr 1998 ist im Berichtsjahr wieder ein leichter Rückgang der durchschnittlichen Krankenstandsdauer auf durchschnittlich 12,5 Tage pro Krankenstandsfall zu beobachten.

1999 weist die Statistik für Wien durchschnittlich 12,1 Krankenstandstage pro Krankenstandsfall auf (Österreich insgesamt: 12,5 Tage). Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – sowohl bei den Frauen eine geringere Krankenstandsdauer aufweisen als Männer. 1999 meldeten sich die Frauen im Schnitt 0,8 Tage weniger krank als Männer. Aktuell dürfte die Abnahme der Krankenstandsdauer bei den Frauen zum einen auf den fortgesetzten Rückgang der Geburten, zum anderen wohl auch auf die bei den Frauen deutlich spürbaren Auswirkungen der verschärften Wirtschafts- und Arbeitslage zurückzuführen sein.

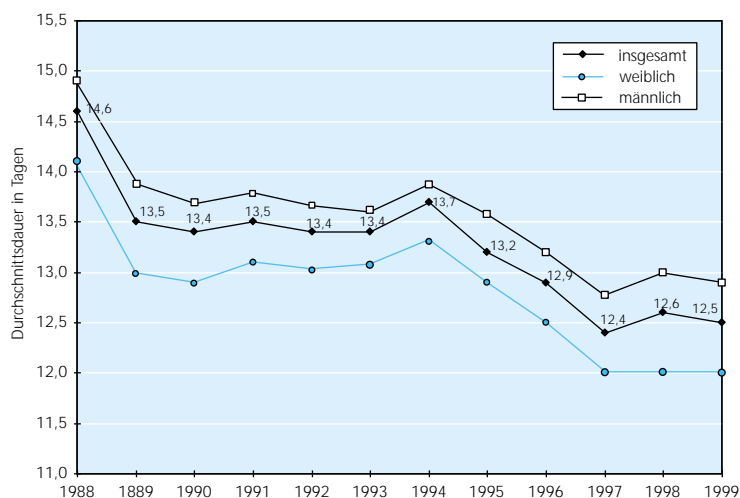
Die Ursachen für den relativ starken Rückgang der Krankenstandsdauer der Jahre 1994-1998 sind vielfältig. Als wichtigste Gründe werden angeführt:

- Altersabhängigkeit der Krankenstände (frühe Pensionen, Alters-Arbeitslosigkeit),
- Rückgang der Kuraufenthalte (die in der Regel mit Krankenständen verbunden sind) (Reduzierung eines Selbstbehaltes (135,- bis 194,- Schilling, je nach Einkommen; bei Rehabilitation),
- Rückgang der Geburten (ebenfalls mit Krankenständen verbunden),
- zunehmender Rückgang von ArbeiterInnen (v. a. in den riskanten Berufen) und Zunahme der Arbeitsstellen,
- keine echte Grippewelle in den Jahren 1996, 1997 und 1998,
- verschärfte Wirtschafts- und Arbeitslage (Arbeitsplatzunsicherheit).

Tabelle 58: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen, Wien 1999

Krankheitsgruppen (Krankenstandsbeurteilung)	Ø Krankenstandstage pro Krankenstandsfall						
	insgesamt			ArbeiterInnen			insg.
	insg.	weibl.	männl.	insg.	weibl.	männl.	
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1-4, 6-8)	6,2	6,1	6,3	7,0	7,5	6,7	5,6
gutartige und bösartige Neubildungen (9-16)	31,1	32,4	29,0	40,3	44,0	35,7	27,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	22,0	24,7	19,7	25,8	31,9	22,3	19,1
Krankheiten des Blutes (18)	18,1	13,5	24,5	24,1	19,3	29,0	14,4
psychische Krankheiten (19)	30,3	30,6	29,8	30,9	32,9	28,6	29,9
Krankheiten des Nervensystems (20)	12,4	11,3	14,1	14,7	14,9	14,6	10,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21-22)	11,3	11,3	11,2	12,4	14,2	11,4	10,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23-30)	22,4	17,3	27,7	26,2	20,7	30,6	19,2
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	7,8	7,8	7,9	9,1	9,8	8,8	7,0
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33-35)	11,0	10,2	11,7	12,0	12,3	11,9	10,0
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36-38)	12,5	12,3	13,4	15,9	15,9	16,1	10,6
Entbindung u. Kompl. d. Gravidität (39-41)	11,6	11,6	0,0	14,0	14,0	0,0	10,6
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	12,1	11,7	12,4	13,1	13,8	12,8	10,9
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	19,1	20,2	18,1	19,0	21,2	17,7	19,2
kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	21,1	23,4	19,0	21,3	22,4	20,7	20,9
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	9,4	9,0	9,9	10,2	10,7	9,9	8,6
Unfälle (47-51)	21,6	22,1	21,3	21,7	23,9	21,1	21,3
Vergiftungen (52-53)	17,1	20,3	15,4	18,5	31,8	14,9	14,7
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54-55)	22,6	21,0	23,4	24,3	24,2	24,3	19,6
sonstige oder unbekannt exogene Ursachen (56-57)	15,6	17,2	14,4	18,6	20,9	17,8	13,8
insgesamt	12,1	11,7	12,5	13,9	14,8	13,5	10,5

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen

Grafik 57: Durchschnittsdauer eines Krankenstandfalles in Tagen, 1988–1999 (Österreich)

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Bezogen auf **Krankenstandsdauer pro Erwerbstätigen** befanden sich 1999 die bei der Wiener Krankenkasse versicherten Erwerbstätigen durchschnittlich 14,85 Tag im Krankenstand.

Wien weist auf Grund seiner Altersstruktur gemeinsam mit Oberösterreich und Niederösterreich (hoher Industrieanteil) im Vergleich zu den anderen Bundesländern eine relativ hohe Krankenstandsdauer pro Erwerbstätigen auf. Die niedrigsten Krankenstände sind in Salzburg, Tirol und Vorarlberg zu verzeichnen. Steiermark, Kärnten und Burgenland rangieren im Mittelfeld (Krankenstandsstatistik 1999).

4.8 Spitalsentlassungsstatistik

Zusammenfassung

Zwar kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht auf die tatsächliche Krankheitslage (Morbidity) in der Bevölkerung geschlossen werden, doch gibt sie Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt werden. So etwa sind die längsten Krankenhausaufenthalte (durchschnittlich 31,0 Tage) bei Krankheiten im Bereich des Kreislaufsystems zu verzeichnen. Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen Neoplasien (Neubildungen), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Summary: Hospital release sta

While hospital release statistics about a population's actual they do give an account of the hospital stays in relation to the diseases. The longest hospital are registered with diseases of the laboratory system (on average 31.0 frequent diagnoses at the time are neoplasia (neoformation) by diseases of the circulatory s

Die Diagnosen der aus allen Wiener Spitälern im Berichtsjahr entlassenen Personen werden von den SpitalärztInnen in ein international standardisiertes Klassifikationsschema, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird,⁵⁵ eingeordnet und an die STATISTIK ÖSTERREICH übergeben. Der Zeitpunkt der Berichterstellung lag erst die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 1998 vor.

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

Die Krankenhausentlassungsstatistik gibt jedoch sehr zuverlässig Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt wurden. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems betrug zum Beispiel die durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer 31,0 Tage, wobei bei älteren Patienten – v. a. altersbedingt – eine besonders lange Aufenthaltsdauer (durchschnittlich 31,0 Tage) registriert werden konnte (männliche Patienten: 16,8 Tage).

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** zählten auch 1998 die **bösartigen Neubildungen** (Neoplasien) von den **Krankheiten des Kreislaufsystems**. An dritter Stelle stehen **Krankheiten des Bewegungsapparates** (Krankheiten der Muskeln und des Bindegewebes).

Auf Grund der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber auch auf Grund von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit Gravidität und Entbindung, befinden sich **Frauen** häufiger in stationären Krankenhausaufenthalten als Männer. Besonders dominiert das weibliche Geschlecht bei den **Neoplasien** (Brustkrebserkrankungen), **Krankheiten der Sinnesorgane** (v. a. Affektionen der Augen), **Hypertonie**, Krankheiten der Sinnesorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Bei **Männern** kam es öfter als bei Frauen zu Spitalsaufenthalten auf Grund von **Krankheiten der Atmungsorgane**.

⁵⁵ In Österreich wird derzeit die in 18 Hauptgruppen unterteilte neunte Version der „International Classification of Diseases“ (ICD-9), KRAZAF-Version verwendet.

Tabelle 59: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1998²⁾ nach Geschlecht

Haupt- gruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Geschlecht		Stat Patie insg
			weiblich	männlich	
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	6.232	6.731	1
II.	140–239	Neoplasien	50.391	40.343	9
		darunter: 140–208 bösartige Neubildungen	42.989	36.595	7
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	11.624	8.059	1
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	2.712	2.141	
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	19.050	17.442	3
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	24.224	18.137	4
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	36.803	34.063	7
		darunter:			
		401–405 Hypertonie	3.796	2.061	1
		410–414 ischämische Herzkrankheiten	5.265	8.654	1
		415–429 sonstige Herzkrankheiten	10.437	8.350	1
430–438 cerebrovaskuläre Krankheiten	8.495	6.974	1		
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	16.104	19.264	3
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	18.714	18.047	3
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	22.714	12.587	3
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation d. Gravidität	27.338	–	2
		darunter: 650 normale Entbindung	10.048	–	1
XII.	680–709	Krankheiten d. Haut und d. Unterhautzellgewebes	4.031	3.634	
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	29.173	15.976	4
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	1.641	1.990	
XV.	760–779	perinatale Affektionen	1.098	1.525	
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	7.313	6.053	1
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	18.198	18.587	3
XVIII.	V01–V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	766	247	
I–XVIII	001–999, V01–V99	alle Diagnosen	298.126	224.826	52

1) Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, P. stadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH, K.-Franz-Josef-KH, Goldenes Kreuz KH, Hanusch-KH, Sanatori Herz Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung, St. Elisabeth-Spital, St. Josef KH, UKH & RehabZ, Wilhelmi Poliklinik, Sophienspital, Baumgarten PFH, Pulmologisches Zentrum, Baumgartner Höhe PSYKH, STRAFA, Gersthof Glanzing KIKL, Preyer'sches KISP, PFH Haus d. Barmherzigkeit, Heeresspital, Semmelweis-FrauenKL, Lainz Geriatrie PFH, Lorenz-Böhler UKH, Maria-Theresien-Schlössl, Mautner-Markhof'sches KISP, Speising Orthop. SP, Meidling Rehab hül NKH, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebartsstr., St. Anna KISP, PKlinik, Göttlicher Heiland, SMZ Ost, SMZ Ost PFH susklinik, Döbling PK, PFH Sanatorium, PZ-PFH, PFA Pulm. Z., PFZ Alsergrund.

2) Die Daten für 1999 waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.

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

4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Österreich

Tabelle 60: Spitalsentlassungsstatistik¹⁾ 1998²⁾ nach Abgangsstatus und Aufenthaltsdauer

Hauptgruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Abgangsstatus ⁴⁾	
			entlassen	gestorben
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.571	392
II.	140–239	Neoplasien darunter: 140–208 bösartige Neubildungen	87.645 76.574	3.089 3.010
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	19.382	301
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	4.755	98
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	36.338	154
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	42.087	274
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems darunter: 401–405 Hypertonie 410–414 ischämische Herzkrankheiten 415–429 sonstige Herzkrankheiten 430–438 cerebrovaskuläre Krankheiten	65.534 5.813 13.103 15.789 14.320	5.332 44 816 2.998 1.149
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	34.150	1.218
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	35.882	879
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	34.867	434
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation in Gravidität darunter: 650 normale Entbindung	27.337 10.048	1 –
XII.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	7.606	59
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	45.094	55
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	3.597	34
XV.	760–779	perinatale Affektionen	2.572	51
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	12.798	568
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen	36.205	580
XVIII.	V01–V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	1.011	2
I – XVIII	001–999, V01–V99	alle Diagnosen	509.431	13.521

1) Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwesternstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH, K.-Franz-Josef-KH, Goldenes Kreuz KH, Hanusch KH, Herz Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung, St. Elisabeth-KH, St. Josef KH, UKH & RehabZ, Wilf klinik, Sophienspital, Baumgarten PFH, Pulmologisches Zentrum, Baumgartner Höhe PSYKH, STRAFA, Gersching KIKL, Preyer'sches KISP, PFH Haus d. Barmherzigkeit, Heeresspital, Semmelweis-FrauenKL, Lainz Geri, Lorenz Böhler UKH, Maria-Theresien-Schlössl, Mautner-Markhof'sches KISP, Speising Orthop. SP, Meidling R, NKH, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebartsstr., St. Anna KISP, PKlinik, Göttlicher Heiland, SMZ Ost, SMZ Ost, Döbling PK, PFH Sanatorium, PZ-PFH, PFA Pulm. Z., PFZ Alsergrund

2) Die Daten für 1999 waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.

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

4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Österreich

V.
GESUNDHEITLICHE
SITUATION VON
UND JUGENDLICH

*CHILDREN'S AND
ADOLESCENTS'
STATE OF HEALTH*

5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

5.1 Geburtenstatistik

5.1.1 Geburtsgewicht

5.1.2 Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

5.1.3 Todesursachen bei Säuglingen

5.2 Haltungstörungen

5.3 Gesundheit und Gesundheitsverhalten im internationalen Vergleich

5.3.1 Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden

5.3.2 Beschwerden und Symptome

5.3.3 Zahnpflege

5.3.4 Rauchen

5.3.5 Alkoholkonsum

5.3.6 Suizid

5.4 Stellungsuntersuchungen 1999