

7.1 Rauchen

Zusammenfassung

Laut Mikrozensus-Erhebung 1997 rauchen 41 Prozent der Wiener und 29 Prozent der Wienerinnen, der Großteil davon täglich. Zwischen 1986 und 1997 kam es in Wien zu einem leichten Rückgang der RaucherInnen (von 37 auf 35 Prozent).

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist in Wien der Anteil der RaucherInnen am höchsten.

Einen extrem hohen Anteil an Rauchern findet man bei Männern mit niedrigen Schulabschlüssen und bei Arbeitslosen. Frauen rauchen besonders häufig, wenn sie keinen Pflichtschulabschluss haben bzw. eine hochschulverwandte Lehranstalt absolviert haben, ebenso arbeitslose Frauen.

Summary: Smoking

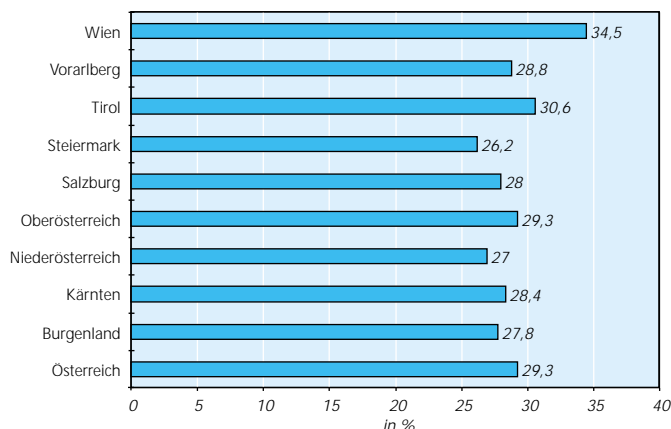
According to the microcensus of 1997, 41 percent of Viennese men and 29 percent of Viennese women are smokers, most of them smoke every day. Between 1986 and 1997, a slight drop in the number of smokers was noted in Vienna (from 37 to 35 percent).

The percentage of smokers is higher in Vienna than it is in the other provinces of Austria.

Smoking is most widespread among men with lower education school leaving certificates and unemployed men. Women most likely to take up smoking are those who have not completed compulsory schooling or who have completed a university-type educational institution as well as those without employment.

In **Österreich** rauchen derzeit knapp 30 Prozent der Bevölkerung, wobei zahlenmäßig noch immer Männer (36 Prozent) gegenüber den Frauen (23 Prozent) überwiegen. In den letzten Jahrzehnten ist jedoch der Anteil der rauchenden Frauen zu, jener der rauchenden Männer ist aber rückläufig.

Der **Bundesländervergleich** zeigt, dass Wien den höchsten Raucheranteil aufweist (35 Prozent), von Tirol (31 Prozent) und Oberösterreich (29 Prozent). Die Bundesländer mit den niedrigsten Raucheranteilen sind die Steiermark (26 Prozent) und Niederösterreich (27 Prozent).

Grafik 1: RaucherInnenanteil nach Bundesländern, 1997

Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

Nach einem Bericht der WHO⁷⁴ rauchen in Österreich 15-jährige Mädchen bereits öfter als Burschen: Einen täglichen Konsum von Zigaretten geben 26 Prozent der Schülerinnen, aber nur 17 Prozent der Schüler an (siehe auch Kap. 5.3).

Im Dezember 1997 wurde im Rahmen der Mikrozensusserhebungen ein Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten“ durchgeführt. Die Ergebnisse für **Wien** werden im Folgenden kurz zusammengefasst.⁷⁵

Der **Raucheranteil** der über 16-Jährigen liegt in Wien bei den Männern bei 41 Prozent, bei den Frauen bei 29 Prozent. 80–90 Prozent der RaucherInnen rauchen täglich.

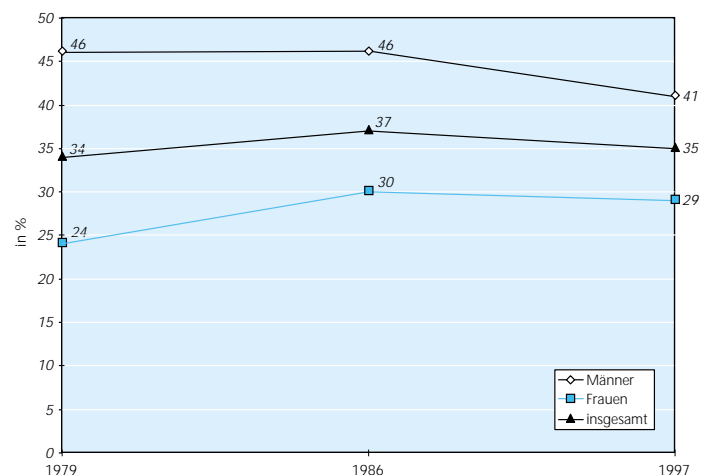
Tabelle 1: Raucherstatus und Raucherfrequenz nach Geschlecht, Wien 1997

| | insgesamt | Männer | |
|--------------------------------|-----------|--------|--|
| | in % | in % | |
| Raucherstatus | | | |
| Ex-RaucherInnen | 19,6 | 23,6 | |
| echte NichtraucherInnen | 46,0 | 35,9 | |
| RaucherInnen | 34,5 | 40,6 | |
| Raucherfrequenz | | | |
| täglich | 86,3 | 88,5 | |
| regelmäßig, aber nicht täglich | 3,5 | 3,2 | |
| gelegentlich | 10,2 | 8,4 | |

Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

In den letzten beiden Jahrzehnten kam es in Wien zu folgender **Entwicklung**: Der Anteil der **männlichen Raucher** blieb zwischen 1979 und 1986 konstant (46 Prozent), danach erfolgte ein Rückgang um fünf Prozentpunkte. Bei den Wiener Frauen hingegen stieg der Anteil der RaucherInnen von den Jahren 1979–1986 von 24 Prozent auf 30 Prozent an, zwischen 1986 und 1997 kam es zu einem leichten Rückgang von einem Prozentpunkt. **Insgesamt** ging der Anteil der RaucherInnen von 1986 und 1997 von 37 auf 35 Prozent zurück.

Grafik 2: Anteil der RaucherInnen, Wien 1979, 1986 und 1997



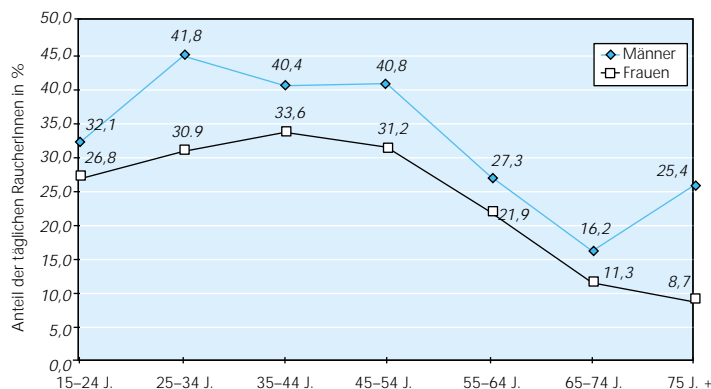
Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

⁷⁴ WHO: Health and health behaviour among young people. Copenhagen 2000.

⁷⁵ Siehe dazu auch Artikel „Rauchgewohnheiten: Ergebnisse des Mikrozensus 1997“ von Mag. Jeannette ÖSTAT (Hrsg.): Statistische Nachrichten, Heft 5/1999.

Der höchste Anteil der **täglichen Raucher** ist bei den **Männern** in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen zu finden. Noch immer sehr hoch ist aber auch der Anteil in den beiden folgenden Altersgruppen (35–44 und 45–54 Jahre). Erst dann ist ein deutlicher Rückgang der Raucherquoten festzustellen. Bei den **Frauen** verläuft die Alterskurve etwas flacher. Den höchsten Anteil der täglichen Raucherinnen hat die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen (wenngleich weniger stark ausgeprägt als bei den Männern). Ebenso wie bei den Männern sinkt auch bei den Frauen die Raucherquote deutlich ab etwa ab 55 Jahren (vgl. Grafik).

Grafik 3: Raucherstatus in Wien nach Alter: tägliche RaucherInnen, 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997

Die Aufschlüsselung der Daten nach der **Höhe der Schulbildung** zeigt, dass bei der über 14-jährigen **männlichen** Wiener Bevölkerung der Anteil der Raucher mit zunehmender Höhe der Schulbildung abnimmt. So rauchen z. B. 46 Prozent der Pflichtschulabsolventen, aber nur 27 Prozent der Männer mit Universitäts- oder Hochschulabschluss.

Im Gegensatz zu den Wiener Männern lässt sich bei den Wiener **Frauen** kein eindeutiger Anstieg des Raucherstatus mit abnehmendem Bildungsniveau erkennen. Am häufigsten rauchen Frauen mit Pflichtschulabschluss (36 Prozent) und Absolventinnen von hochschulverwandten Lehranstalten (33,6 Prozent), am wenigsten oft Frauen mit Universitäts- oder Hochschulabschluss (24 Prozent) sowie Absolventinnen einer AHS (25 Prozent). Aber auch bei Pflichtschulabsolventinnen liegt der diesbezügliche Wert relativ niedrig (26 Prozent).

Wird das Rauchverhalten der über 14-jährigen Wiener Bevölkerung nach dem **Erwerbsstatus** analysiert, lässt sich ersehen, dass bei beiden Geschlechtern Arbeitslose den höchsten Anteil an Rauchern stellen (Männer: 54 Prozent; Frauen: 48 Prozent), gefolgt von Erwerbstätigen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen liegen diese Werte bei PensionistInnen am niedrigsten.

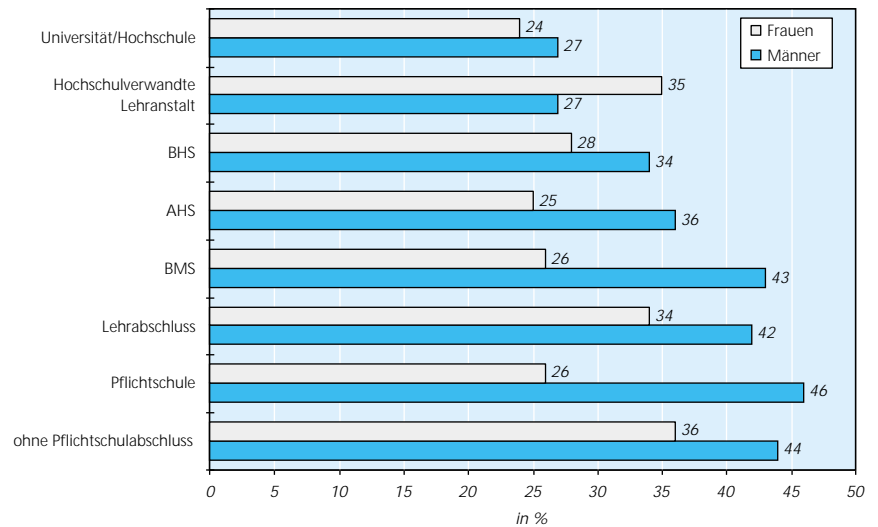
Die **gesundheitlichen Gefahren des Rauchens** werden in der öffentlichen Meinung vielfach mit dem Lungenkrebs gleichgesetzt. Die gesundheitlichen Folgeschäden des Zigarettenkonsums sind weitreichender:

- höheres Karzinomrisiko (Lunge, Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Zunge, Lippen, Magen-Darmtrakt, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Niere),
- höheres Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall,
- Belastungen des Atemsystems (erhöhte Infektionsgefahr und Hustenanfälle),
- Beinamputationen („Raucherbein“),
- negative Veränderung des Lipidprofils (Cholesterinspiegel),
- höheres Narkoserisiko bei operativen Eingriffen,
- vorzeitiger Alterungsprozess (Haut, Haare),
- Männer: Reduktion der Spermienzahl und der Spermienbeweglichkeit, höhere Rate an schädlichen Spermien.

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

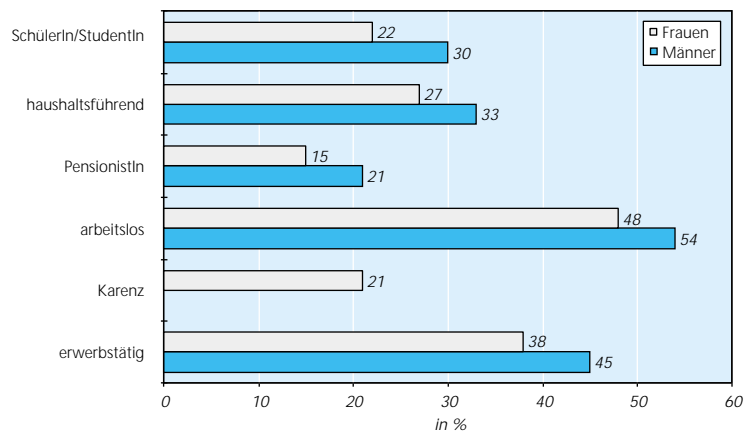
- Frauen: Zyklusstörungen, Gelenksbeschwerden, vorzeitiger Alterungsprozess, ungewünschter Wunsch, höhere Rate an Früh- und Fehlgeburten, höhere Rate an kindlichen Todesfällen im Wochenbett (Störungen der Wundheilung und der Milchproduktion), in Kombination mit Anti-Baby-Pille erhöhtes Thrombosierisiko, erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs.
- Es wird angenommen, dass Rauchen zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um 12,3 Prozent bzw. zehn Jahre führt.

Grafik 4: Anteil der RaucherInnen nach Höhe des Schulabschlusses, Wien 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997; ÖBIG-Berechnungen, eigene Berechnungen

Grafik 5: Anteil der RaucherInnen nach Erwerbsstatus, Wien 1997



Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus 1997; ÖBIG-Berechnungen, eigene Berechnungen

bestdokumentierten negativen Folgen des Alkoholkonsums: der Sterblichkeit an Leberzirrhose, dem starken, langfristigen Alkoholkonsum verweist und den so genannten „Alkoholunfällen“ durch Berauschung und gleichzeitiges risikoreiches Verhalten verweisen.

7.2.1 Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke und die Getränkearten in Wien und in Österreich

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von Bier, Wein und Spirituosen in Litern reinen Alkohols, sowie in Litern reinen Alkohols. Ersichtlich wird, dass sich der Bierverbrauch der durchschnittlichen ÖsterreicherInnen seit den 50er Jahren fast verdoppelte, dass sich der Weinverbrauch mehr als verdoppelte, und dass der Spirituosenkonsum deutlich abnahm. Die geschilderte Entwicklung bildet sich auch im zweiten Teil der Tabelle ab, wo die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von Bier, Wein und Spirituosen in Litern reinen Alkohols dargestellt wird. Hier lässt sich jedoch auch erkennen, dass der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol insgesamt seit den 50er Jahren um rund 70 Prozent gestiegen ist. Ersichtlich wird des Weiteren, dass der Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol im Zweiten Weltkrieg in den 70er Jahren beendet war, dass er in der Folge rund 20 Jahre stagnierte und in den 90er Jahren leicht zu sinken begann. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in allen Industrieländern beobachten. Anzumerken bleibt, dass Österreich in der „Weltrangliste“ traditionell einen Spitzenplatz einnimmt.⁷⁶

Tabelle 2 zeigt auch, dass in Österreich Bier das meist konsumierte Getränk ist: In Litern reinen Alkohols, aber auch in Litern reinen Alkohols in Form von Bier oder Wein genossen, liegt Bier vor Wein. Und auch an Beliebtheit: Lag der Anteil von reinem Alkohol in Form von Bier konsumiert in Österreich noch unter der Hälfte des Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol, stieg er in den 80er Jahren auf 50 Prozent. Auch dieser Trend ist international zu beobachten; in Österreich hat ihn der Wein seit 1985 gefördert.⁷⁷

Aber Wien trinkt nicht wie Österreich, Wien trinkt anders. Leider fehlen systematische Studien, die den Unterschied zu Österreich trinkt und wie sich der Pro-Kopf-Konsum und die Getränkearten in der Bundeshauptstadt entwickelt haben. Anhand des bis 1994 vom Bundesministerium für Wirtschaft ausgewiesenen regionalen „Bierabsatzes“ lassen sich jedoch begründete Vermutungen machen: Die in der Tabelle 3 dargestellten Zahlen zeigen, dass Wien und das Burgenland die Bundesländer mit dem niedrigsten Bierkonsum sind, Salzburg und seit den 70er Jahren Tirol jene mit dem höchsten. In Burgenland und Tirol wird seit den 70er Jahren pro Kopf mehr als die doppelte Menge an Bier konsumiert als in Wien und im Burgenland.

Vermutlich wird in Wien und in den anderen Weinbauländern (Burgenland, Niederösterreich, Steiermark) jedoch mehr, und vor allem mehr Wein getrunken als in den westlichen Bundesländern. Dies verweisen verschiedenste Quellen.⁷⁸ Geht man davon aus, dass der Alkoholkonsum der durchschnittlichen ÖsterreicherInnen nicht unter jenem aller ÖsterreicherInnen liegt, lässt sich aus den vorhandenen Zahlen geschlossen werden, dass die durchschnittlichen WienerInnen ein Drittel des reinen Alkohols in Form von Bier konsumieren und etwa die Hälfte in Form von Wein. In Tirol und Salzburg hingegen werden zwei Drittel des reinen Alkohols in Form von Bier konsumiert und weniger als ein Fünftel in Form von Wein. Bier und Wein gehören also nicht nur im Lied zusammen. Ob die Wiener Trinksitten der Gesundheitsförderung förderlich sind, ist eine andere Frage, der in zwei weiteren Abschnitten nachgegangen werden soll. Erst aber werden die Wiener Trinksitten noch im Lichte epidemiologischer Studien betrachtet.

⁷⁶ HURST, W.; GREGORY, E.; GUSSMAN, T.: Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies, Brewers Association of Ontario, 1997.

⁷⁷ EISENBACH-STANGL, I.: Der österreichische Weinskandal von 1985 und seine Folgen. In: Wiener Zeitschrift für Kulturwissenschaft, 1992.

⁷⁸ BLASCHKE, S.; MÜLLER, K.H.; SCHIENSTOCK, G.: Sozialer Survey 1993, Bereich Gesundheit, Teil I. Institut für Gesundheitswissenschaften, Wien 1993.

UHL, A.; SPRINGER, A.: Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Unveröffentlichtes Manuskript. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien 1993.

Tabelle 2: Der Pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken in Litern¹⁾, in Litern reinen Alkohol pro Kopf; Prozent des Gesamtverbrauchs an reinem Alkohol pro Kopf; Durchschnittswerte für je fünf Jahre, Österreich

| | 1955 | 1965 | 1975 | 1985 | 1995 |
|---|------|------|-------|-------|-------|
| Pro-Kopf-Konsum in Litern | | | | | |
| Bier | 61,5 | 94,0 | 105,0 | 112,2 | 115,2 |
| Wein | 13,8 | 26,4 | 35,9 | 35,0 | 31,4 |
| Spirituosen | 5,1 | 5,8 | 5,3 | 4,3 | 4,4 |
| Pro-Kopf-Konsum in Litern reinen Alkohols | | | | | |
| Bier | 3,1 | 4,7 | 5,3 | 5,6 | 5,8 |
| Wein | 1,5 | 2,9 | 3,9 | 3,9 | 3,5 |
| Spirituosen | 1,8 | 2,0 | 1,9 | 1,5 | 1,5 |
| reiner Alkohol insgesamt | 6,4 | 9,6 | 11,1 | 11,0 | 10,8 |
| Anteil am Gesamtverbrauch an reinem Alkohol (in %) | | | | | |
| Bier | 48 | 49 | 48 | 51 | 54 |
| Wein | 23 | 30 | 35 | 35 | 32 |
| Spirituosen | 28 | 21 | 17 | 14 | 14 |

- ¹⁾ Die Daten für Bier aus den 50er Jahren stammen aus den „Ernährungsbilanzen“ des ÖSTERREICHISCHEN STATISTISCHEN ZENTRALAMTES. Danach wurden sie vom Verband der Brauereien übernommen, der alkoholfreies Bier bei seinen Kalkulationen berücksichtigt. Die Daten für Wein stammen bis 1969 aus den „Ernährungsbilanzen“, seither aus den genaueren „Weinbilanzen“ des Statistischen Zentralamtes (nun STATISTIK ÖSTERREICH). Die Daten für die Spirituosen werden vom Verband der Spirituosenindustrie kalkuliert. Es ist davon auszugehen, dass die offiziellen Angaben über die agrarischen Produkte von der Spirituosenindustrie, die aus Produktions-, Import- und Exportziffern errechnet werden, den „wirklichen Gebrauch“ unterschätzen. Es ist auch zu bedenken, dass Österreich einerseits ein Land mit einem außerordentlich großen Fremdenverkehrssektor ist, andererseits aber ÖsterreicherInnen in zunehmendem Maße ins Ausland reisen und alkoholische Getränke privat importieren. In letzterem Fall ist allem letzteres wurde durch den Beitritt zum EWR und zur EU erleichtert.
- ²⁾ Gemäß Empfehlungen des Instituts für Getränkeanalytik wurde der Alkoholgehalt des Bieres mit fünf Prozent, jener der Spirituosen mit elf Prozent kalkuliert. Der Verband der Spirituosenindustrie errechnet einen durchschnittlichen Alkoholgehalt von 12 Prozent. Zu bedenken ist, dass sich der Alkoholgehalt aller Getränke seit 1945 laufend verändert hat – und vermutlich gesunken ist.

Quelle: Ernährungsbilanzen der Statistik Österreich; Verband der Brauereien; Verband der Spirituosenindustrie; eigene Berechnungen

Tabelle 3: Der Pro-Kopf-Konsum an Litern Bier in den Bundesländern und in Österreich; 1955, 1965, 1975, 1985, 1994¹⁾

| Bundesland | 1955 | 1965 | 1975 | 1985 | 1994 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| Wien | 49 | 69 | 72 | 79 | 75 |
| Burgenland | 34 | 63 | 64 | 79 | 78 |
| Niederösterreich | 49 | 76 | 81 | 89 | 118 |
| Steiermark | 60 | 87 | 90 | 112 | 116 |
| Vorarlberg | 65 | 109 | 116 | 122 | 119 |
| Oberösterreich | 78 | 110 | 117 | 121 | 122 |
| Kärnten | 62 | 108 | 122 | 146 | 145 |
| Salzburg | 101 | 147 | 162 | 157 | 166 |
| Tirol | 58 | 110 | 147 | 169 | 166 |
| Österreich | 59 | 91 | 99 | 112 | 107 |

- ¹⁾ 1994 ist das letzte Jahr, in dem der regionale Bierabsatz für steuerliche Zwecke vom Verband der Brauereien kalkuliert wurde.

Quelle: Statisches Handbuch der Republik Österreich; eigene Berechnungen

7.2.2 Die Wiener Konsumsitten

In Studien aus den 70er und 80er Jahren wurde Wien als Land mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Abstinente(n) und seltenen Trinkern (maximal einmal pro Woche), mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von häufigen Trinkern (mehr als fünfmal pro Woche) und mit einem Pro-Kopf-Konsum von Alkohol weit über dem österreichischen Durchschnitt ausgewiesen: Wenige also schienen zu trinken. Und Frauen schienen vergleichsweise gut in die Trinkgewohnheiten integriert.⁷⁹

Die Studien der 90er Jahre zeichnen kein sehr anderes Bild: In den Suchtmittelstudien des Koordinators aus den Jahren 1993, 1995, 1997 und 1999 erscheinen die Wiener Trinksitten konstant, wenn auch alters- und geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt: Je höher das Alter, desto höher der Prozentsatz der WienerInnen, die täglich (ein ähnlicher Anteil im Übrigen wie in den Studien der 80er Jahre), die Männer gaben weit häufiger als die Frauen an, regelmäßig zu trinken und zu trinken, desto häufiger tranken sie: die 30- bis 50-Jährigen häufiger als die unter 30-Jährigen, die 50-Jährigen häufiger als die unter 50-Jährigen. Denselben Studien ist jedoch auch zu entnehmen, dass die WienerInnen die Risiken des häufigen und intensiven Alkoholkonsums sehr wohl anerkennen: Zum Beispiel mehr als drei Viertel der Befragten der Aussage zu: „Drei Flaschen Bier oder ein Viertel Wein bewirken auf Dauer eine deutliche Gesundheitsschädigung.“ Sie stimmten gleichzeitig nach den Konsumrisiken illegaler Drogen und diverser Psychopharmaka befragt. Die Konsumrisiken alkoholischer Getränke wurden also nicht verharmlost, wenn auch der Anteil jener, welche der Aussage zustimmten, zwischen 1993 und 1999 von 82 auf 77 Prozent leicht zurückging.

Der „Soziale Survey“ aus dem Jahr 1993 (BLASCHKE, 1993) und eine IFES Studie aus dem Jahr 1995 unterstützen die Vermutung, dass Wien ein Bundesland mit überdurchschnittlichem Alkoholkonsum ist und dass die etwa 50- bis 60-jährigen männlichen Wiener jene Altersgruppe sind, die am meisten trinkt. Beide verweisen auf die Tendenz, dass der Alkoholkonsum mit steigender Bildung und Einkommen häufiger zu werden scheint.

7.2.3 Die Sterblichkeit an Leberzirrhose

Die Leberzirrhosesterblichkeit hängt vor allem mit der Dauer und dem Ausmaß des Alkoholkonsums und weniger mit den Trinkgewohnheiten, so wie zum Beispiel die unten behandelten Alkoholkonsumen.⁸¹ Sie steigt kontinuierlich mit dem Alter an. Tabelle 4 zeigt, dass die Leberzirrhosesterblichkeit in Wien wie auch in Österreich bis Anfang der 70er Jahre zugenommen hat, dass sie in den 1970er Jahren 10–15 Jahren stagnierte und in der zweiten Hälfte der 80er Jahre zu fallen begann – wie auch in Österreich insgesamt. Die Leberzirrhosesterblichkeit folgt also in etwa der Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums und sie verweist auf einen stärkeren Rückgang des Alkoholverbrauchs in Wien als in Österreich. Zu bedenken ist freilich, dass die Großstadt Wien über ein weitgespannteres und dichteres Behandlungsnetz für Alkoholranke und an alkoholbezogenen Krankheiten Leidende verfügt als andere Bundesländer und dass ein gutes Behandlungsangebot die „Naturgeschichte“ alkoholischer Krankheiten aller Art zu unterbrechen vermag. Der Rückgang des Alkoholkonsums, aber auch die Verbesserungen der Behandlungen können den relativ starken Rückgang der Leberzirrhosesterblichkeit in Wien zum Anfang der 80er Jahre erklären.

⁷⁹ EISENBACH-STANGL, I.: Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle von Rausch- und Genussmitteln in Österreich, 1918–1984. Campus Verlag, Frankfurt 1991.

⁸⁰ IFES: Leben in Wien, Studie aus dem Jahr 1995.

⁸¹ GREDLER, B.; KUNZE, M.; SCHÖBERBERGER, R.: Trinkgewohnheiten, Wissen und Einstellungen der ÖsterreicherInnen zum Alkoholkonsum – Schlussfolgerungen für die Gesundheitserziehung. In: Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin, 3, 1982.

Tabelle 4: Die Sterblichkeit an Leberzirrhose in Wien und in Österreich, auf 100 000 EW der entsprechenden Bevölkerung, Mittelwerte für jeweils fünf Jahre

| Jahr | Wien | Österreich |
|---------|------|------------|
| 1961–64 | 34 | 23 |
| 1965–69 | 39 | 29 |
| 1970–74 | 43 | 31 |
| 1975–79 | 42 | 31 |
| 1980–84 | 35 | 30 |
| 1985–89 | 31 | 28 |
| 1990–94 | 30 | 28 |
| 1995–99 | 28 | 24 |

Quelle: Daten der Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Tabelle 4 zeigt freilich auch, dass Wien bei der Leberzirrhosesterblichkeit – wie vermutlich auch bei dem Kopf-Konsum – stets über dem österreichischem Durchschnitt liegt, dass es sich diesem jedoch sukzessive annähert. Anzumerken bleibt, dass der österreichische Durchschnitt international betrachtet bisher für einen der vordersten Plätze auf der Weltrangliste dieser Art von Toden sorgt: bei den Männern stärker als bei den Frauen.

7.2.4 Alkoholunfälle

Alkoholunfälle werden jene Straßenverkehrsunfälle genannt, bei welchen zumindest ein Beteiligten alkoholisiert war, das heißt mehr getrunken hatte, als es der Gesetzgeber erlaubt. Die Statistik über die Alkoholunfälle wird seit 1961 geführt, dem Jahr in dem erstmals eine Promillegrenze Gültigkeit erlangte. Vorher wurde diese von 0,8 Promille auf 0,5 Promille herabgesetzt. Unter den alkoholisierten Beteiligten machen sich konstant über mehr als die Hälfte unter 34-jährige Männer, dasselbe gilt für die Verunglückten. Tabelle 5 zeigt, dass die Alkoholunfälle ein alkoholbezogenes Gesundheitsproblem darstellen, das sich deutlich von der Leberzirrhosesterblichkeit (und anderen hier nicht behandelten) alkoholbezogenen Krankheiten unterscheidet: Bei den Alkoholunfällen handelt es sich um risikoreiches Verhalten, das in erster Linie mit akuter Berausung und nicht mit langfristigem und starkem Konsum verbunden ist. Rein quantitativ betrachtet stellen alkoholbezogene Krankheiten ein größeres Problem dar als das alkoholbezogene Gesundheitsrisiko, das durch Verkehrsunfälle geschehen und dies ist in erster Linie auf die – sozial integrierten, aber mit starkem Konsum verbundenen – österreichischen Trinkgewohnheiten zurückzuführen.

Tabelle 5 zeigt, dass die Zahl der Alkoholunfälle pro Wohnbevölkerung (und auch in absoluten Zahlen) in Wien bis in die erste Hälfte der 80er Jahre und in Österreich bis in die erste Hälfte der 70er Jahre stark zugenommen und seither kräftig gefallen ist. Die Entwicklung der Alkoholunfälle folgt der Entwicklung der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, deren Rückgang mit der steigenden Verkehrsdichte,⁸² aber auch mit dem Ausbau des Straßennetzes und der Zunahme von Ge- und Verboten im Straßenverkehr zu erklären ist. Der in Wien später stattfindende Rückgang könnte auf die Besonderheiten großstädtischen Verkehrs zurückgeführt werden.

Rückgängig ist jedoch auch der Anteil der Alkoholunfälle an allen Verkehrsunfällen mit Personenschaden. Er fiel in Wien von rund sieben Prozent zwischen 1970 und 1985 auf rund fünf Prozent in den 90er Jahren, in Österreich von rund neun Prozent in den 70er Jahren auf rund sechs Prozent in den 90er Jahren. Dies könnte darauf verweisen, dass sich die Konsumgewohnheiten der ÖsterreicherInnen seit den 70er Jahren verändert haben – dass sie zumindest einzelne Trinkrisiken besser einzuschätzen lernten. Im Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass der Pro-Kopf-Konsum seit den 70er Jahren stagniert und es durchaus plausibel wäre anzunehmen, dass sich bei stagnierendem Konsum andere Trinkgewohnheiten ausbilden als bei steigendem Konsum.

⁸² Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.): Straßenverkehrssicherheit im Jahre 1997; Wien 1998.

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

Tabelle 5: Alkoholunfälle, hierbei Verunglückte und davon Gestorbene¹⁾ auf 100.000 EW/völkerung, Durchschnittswerte für jeweils fünf Jahre

| Jahre | Alkoholunfälle | | Verunglückte | | Tote |
|---------|----------------|------|--------------|------|------|
| | Österreich | Wien | Österreich | Wien | |
| 1961–64 | 54,1 | 30,3 | 79,1 | 43,1 | 4,3 |
| 1965–69 | 58,8 | 28,9 | 88,1 | 41,9 | 4,6 |
| 1970–74 | 61,9 | 30,6 | 96,3 | 47,1 | 5,0 |
| 1975–79 | 54,4 | 31,4 | 84,6 | 45,9 | 4,1 |
| 1980–84 | 54,5 | 34,0 | 84,3 | 50,8 | 3,2 |
| 1985–89 | 43,3 | 28,8 | 66,3 | 41,6 | 2,2 |
| 1990–94 | 36,8 | 21,0 | 53,9 | 31,3 | 1,5 |
| 1995–99 | 30,6 | 16,8 | 44,5 | 24,2 | 1,2 |

1) Vor 1966 und nach 1992 wurden jene als Verkehrstote gezählt, die in einem Zeitraum von 30 Tagen nach dem Unfall gestorben sind. Dazwischen wurde nur ein Zeitraum von drei Tagen berücksichtigt. Zu bedenken ist auch, dass auf Grund der Promillegrenzen seit 1998 mehr Unfälle als Alkoholunfälle gelten.

Quelle: Datenmaterial der Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Die Anzahl der Alkoholunfälle in Wien liegt unter jener in Gesamtösterreich – gemessen an der Bevölkerung (siehe Tabelle 5) wie auch gemessen an ihrem Anteil an allen Verkehrsunfällen mit Personenschaden. Eine Erklärung hierfür ist sicherlich darin zu suchen, dass „Trink-“ und Wohnort in der Regel zusammenfallen und dass es öffentliche Verkehrsmittel bis spät in die Nacht oder wie auch immer während der Nacht gibt.

Alkoholunfälle sind gefährlicher als Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden insgesamt. Die Anzahl der Verunglückten ist höher und es sterben deutlich mehr der Verunglückten. Tabelle 5 zeigt auch die relative Gefährlichkeit der Alkoholunfälle seit Beginn der 70er Jahre in Wien wie in Österreich abnimmt: Starben in der ersten Hälfte der 70er Jahre in Wien durchschnittlich 21 Personen pro 100.000 Einwohner an Alkoholunfällen (Österreich: 377), waren es in der zweiten Hälfte der 90er Jahre nur mehr 16,8 (Österreich: 30,6). Die Zahlen zeigen gleichzeitig, dass die Alkoholunfälle in Wien auch weniger gefährlich sind als in Österreich insgesamt, wenn die Gefährlichkeit an den Verkehrstoten pro Wohnbevölkerung gemessen wird. Hierbei ist wiederum an die besonderen Verkehrsbedingungen einer Großstadt zu denken, die zu anderen geringeren Geschwindigkeiten zulassen.

Der absolute wie relative kontinuierliche Rückgang der Alkoholunfälle in Wien seit Mitte der 70er Jahre sowie in Österreich bereits seit Mitte der 70er Jahre – ist also auf vielfältige Ursachen zurückzuführen: geänderte Verkehrsbedingungen, vermutlich veränderte Konsumgewohnheiten und eine veränderte Koppelung von Fahren und Trinken, nicht zuletzt stimuliert durch neue Transportmittel. Festzuhalten bleibt, dass die Veränderung der personenbezogenen Kontrollen – der flächendeckende Einsatz des „Alkomaten“ im Jahr 1988 sowie die Herabsetzung der Promillegrenze im Jahr 1998 – nicht maßgeblich zu diesem Rückgang beigetragen haben dürften: Im Jahr 1999 sanken die Alkoholunfälle zwar deutlicher als in den Jahren zuvor, schnellten im nächsten Jahr wieder hinauf, um dann langsam wieder in ihre fast „natürlich“ anmutende Bahn des stetigen Rückgangs einzumünden.⁸³

Festzuhalten bleibt freilich auch, dass Wien und Österreich zwar internationalen Entwicklungen folgen, aber beim Rückgang von Straßenverkehrsunfällen bisher nur im „Mittelfeld Europas“ liegen. Hierher ausreichend zu tun bleibt. Die jungen Männer sind auch immer wieder von neuem um ihre Sicherheit mit immer neuen Mitteln von Risikofahrten im Zusammenhang mit Risikotrinken abzuhalten.

⁸³ EISENBACH-STANGL, I.: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Alkoholpolitik. In: Wiener Zeitschrift für Kultur- und Sozialwissenschaft, 1–2, 1991.

7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien

Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut, Wien

Zusammenfassung

Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum (reiner Alkohol) der ÖsterreicherInnen nahm seit den 50er Jahren um rund 70 Prozent zu. Dieser Anstieg wurde zwar in den 70er Jahren gestoppt (danach stagnierte der Alkoholverbrauch und ist seit Beginn der 90er Jahre geringfügig rückläufig), dennoch ist der Alkoholkonsum in Österreich im internationalen Vergleich als sehr hoch zu beurteilen.

Das alkoholische Hauptgetränk der ÖsterreicherInnen ist Bier, jenes der WienerInnen Wein.

In den Suchtmittelstudien des Wiener Drogenkoordinators aus den Jahren 1993, 1995, 1997 und 1999 erscheinen die Wiener Trinksitten als sehr konstant, wenn auch alters- und geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt: Jeweils 13–15 Prozent der WienerInnen tranken täglich (ein ähnlicher Anteil im Übrigen, wie in den Studien der 70er und 80er Jahre), die Männer gaben weit häufiger als die Frauen an, regelmäßig zu trinken und je älter sie wurden, desto häufiger tranken sie: die 30- bis 50-Jährigen häufiger als die unter 30-Jährigen, die 50- bis 60-Jährigen häufiger als die unter 50-Jährigen. Der Alkoholkonsum wird mit steigender Bildung und steigendem Einkommen häufiger.

Analog zum Alkoholverbrauch entwickelten sich die Todesfälle durch Leberzirrhose und Alkoholunfälle: Nach starken Zunahmen in den 70er und frühen 80er Jahren erfolgten danach mehr (Alkoholunfälle) oder weniger (Leberzirrhose) starke Abnahmen. Aber auch bei diesen Folgen des Alkoholmissbrauchs weisen sowohl Österreich als auch Wien im internationalen Vergleich sehr hohe Werte auf.

Summary: Alcohol consumption and alcohol-related problems in Vienna

Per capita alcohol consumption (pure alcohol) in Austria went up by approximately 70 percent from the 1950s onwards. This upwards trend came to a halt in the 1970s. Alcohol consumption stagnated and even gone down marginally since the 1990s. Nevertheless, it is still extremely high compared to that in other countries.

Beer is rated Austria's favourite alcoholic drink, while most Viennese prefer wine.

The studies on addictive substances carried out by the Vienna Drug Co-ordinating Office in 1993, 1995, 1997 and 1999 found that Viennese drinking habits to have remained fairly consistent, although there are clear age- and gender differences are quite noticeable: 13 to 15 percent of all Viennese consume alcohol on a daily basis (a similar percentage to that registered in the 1970s and 1980s), fewer men than women consume alcohol regularly, however, drinking frequency increases with age. 50 to 60 year olds consume alcohol more frequently than those below 30, 50 to 60 year olds more frequently than those below 50. Consumption frequency goes up with higher level of education and income.

The number of deaths caused by cirrhosis of the liver or by alcohol-induced accidents has developed accordingly. A sharp rise registered in the 1970s and 1980s was followed by a more (alcohol-induced accidents) or less (cirrhosis of liver) noticeable drop. However, these figures, too, Austria and Vienna do not compare favourably to other countries.

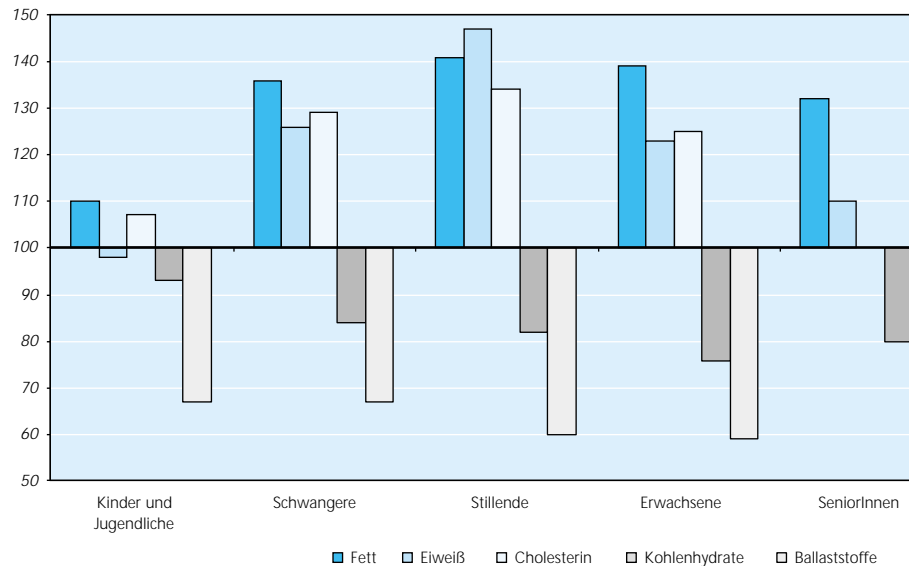
Die folgenden Seiten konzentrieren sich auf ausgesuchte Themen. Der Darstellung der Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums an alkoholischen Getränken seit dem Zweiten Weltkrieg in Österreich, der Entwicklung der Getränkepräferenzen und der Trinksitten in Wien folgt eine Diskussion der bekanntesten

7.3.1.1 Ernährungserhebungen in Wien

Anhand von Messungen der Nahrungsaufnahme sowie der Bestimmung von Funktionsparametern kann durch einen Vergleich der aufgenommenen mit den empfohlenen Qualität der verzehrten Nahrungsmittel, der Versorgungsgrad bzw. der Ernährungsstatus beurteilt werden. Dadurch kann eine grobe Abschätzung ernährungswissenschaftlicher Risikobereiche

Vergleicht man die Aufnahme von Hauptnährstoffen der Wiener Bevölkerung mit den Empfehlungen der DGE (1991; siehe Grafik 6) zeigt sich, dass die Referenzwerte für die Fett-, Protein- und Kohlenhydrat- und Ballaststoffaufnahme von sämtlichen Personengruppen (mit Ausnahme der Eiweißaufnahme bei Kindern) deutlich überschritten werden. Hingegen liegen die Kohlenhydrat- und Ballaststoffaufnahme merklich unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Dieses ungünstige Verhältnis deutet auf einen Bedarf einer Umverteilung in Richtung kohlenhydrat- und ballaststoffreicher Lebensmittel.

Grafik 6: Anteil der Energieträger in der typischen Wiener Ernährung



Die Aufnahme einzelner Hauptnährstoffe wird in Relation gesetzt mit den DGE-Empfehlungen (1991) = 100% (gehobene Linie).

BLAUTÖNE = Nährstoffe, deren Überschreitung kritisch zu sehen ist

GRAUTÖNE = Nährstoffe, die in zu geringen Mengen zugeführt werden

Beurteilt man die Aufnahme an ausgewählten Vitaminen und Mineralstoffen (Grafik 7), so zeigt sich, dass bei den meisten Mikronährstoffen die DGE-Empfehlungen (1991) nicht erreicht und weit unterschritten werden.

Grafik 7: Werden Vitamine und Mineralstoffe in ausreichenden Mengen konsumiert?

| | Kinder | Schwangere | Stillende | Erwachsene | SeniorInnen |
|----------------------|--------|------------|-----------|------------|-------------|
| Vitamine | | | | | |
| Vitamin A | | | | | |
| Vitamin D | | | | | |
| Vitamin E | | | | | |
| Vitamin B1 | | | | | |
| Vitamin B2 | | | | | |
| Vitamin B6 | | | | | |
| Vitamin B12 | | | | | |
| Folsäure | | | | | |
| Mineralstoffe | | | | | |
| Calcium | | | | | |
| Magnesium | | | | | |
| Eisen | | | | | |
| Zink | | | | | |
| Jod | | | | | |

Die Grafik zeigt eine Auswahl an Vitaminen und Mineralstoffen, deren Aufnahme innerhalb der einzelnen Personengruppen bestimmt wurde. Als anzustrebende Richtwerte für die Aufnahme-daten dienen die DGE-Empfehlungen (1991) – = 100% – für die Nährstoffzufuhr.

| | | |
|---------|--|-------------------------------|
| ≥ 100% | | ausreichende Aufnahme |
| 80–100% | | erniedrigte Aufnahme |
| 60–80% | | deutlich erniedrigte Aufnahme |
| < 60% | | stark erniedrigte Aufnahme |

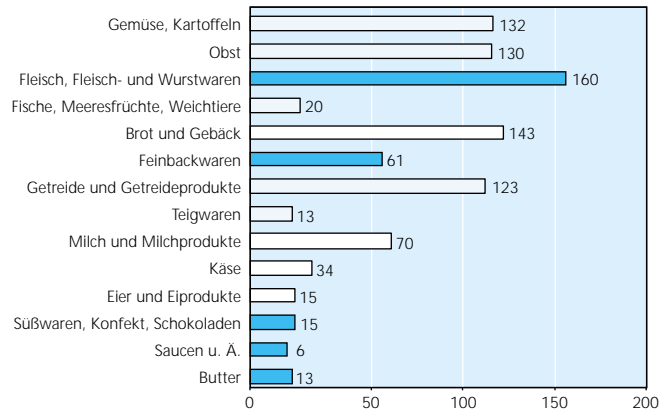
7.3.1.2 Erwachsene

In den Jahren 1994/95 wurde am Institut für Ernährungswissenschaften eine detaillierte Ernährungsbefragung an Wiener Erwachsenen im Alter von 20–60 Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse lieferten relative Daten zur **Lebensmittelaufnahme Erwachsener** und sollen einen Überblick über das Konsumverhalten der Österreicher und Österreicherinnen geben, um Trends und Schwachstellen der Lebensmittelaufnahme zu identifizieren.

Die Auswertung der Studie zeigt bei Frauen einen allgemein höheren Trend zur Aufnahme an pflanzlichen Lebensmitteln. Männer hingegen geben klar der fleischreichen Kost den Vorzug. Sie verzehren deutlich mehr Schweinefleisch und Wurstwaren als Frauen, während die übrigen Fleischsorten von Frauen und Männern in ähnlichen Mengen konsumiert werden. Fisch wird nach wie vor in relativ geringen Mengen gegessen. Von den Brotsorten wird am häufigsten Misch- und Weißbrot und ein beträchtlicher Anteil Kuchen und Feingebäck verzehrt. Der Konsum an Kartoffeln wird von beiden Geschlechtern beziehungsweise gering angegeben. Im Hinblick auf die Gruppe der Milchprodukte kann man feststellen, dass Frauen bedeutend mehr Frischmilchprodukte konsumieren, während bei Männern der Konsum an Milch überwiegt. Bei der Verwendung von Fetten und Ölen herrschen nach wie vor tierische Fette über pflanzlichen Ölen und Margarinen vor. Verbesserungswürdig ist sowohl die Aufnahme von Getreide- und Getreideprodukten, als auch der Obst- und Gemüsekonsum. Zudem sollte der Konsum an Süßwaren, Konfekt, Schokoladen sowie Saucen u. Ä. eingeschränkt werden, da es sich hierbei um besonders kalorien- und energiereiche Lebensmittel handelt.

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

Grafik 8: Lebensmittelaufnahme 26- bis 55-jähriger ÖsterreicherInnen (Gramm/Tag)



Basis der Darstellung ist die durchschnittliche Aufnahme (MW \pm SD) einzelner Lebensmittel in g/d. Die Bewertung bezieht sich auf die aufgenommene Mengen in g pro Tag.

DUNKELBLAU = ungünstig (zu hoch)

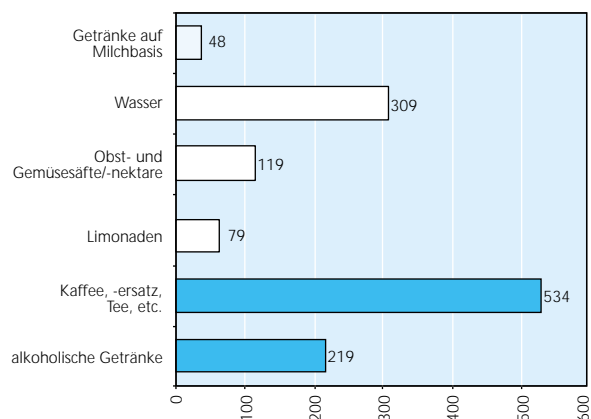
HELLBLAU = verbesserungswürdig (zu gering)

WEISS = zufrieden stellend

Beurteilt man die Getränkeaufnahme (Grafik 9), zeigt sich ein ungünstiges Verhalten insofern Kaffee- und Teekonsum mengenmäßig gegenüber dem Anteil an antialkoholischen Getränken und generell die Flüssigkeitsaufnahme zu gering ist. Durch den hohen Kaffee- und Teekonsum wird der Flüssigkeitsbedarf erhöht. Bedenklich ist auch der Anteil an Alkohol. Hier ist die geschlechtsspezifische Differenzierung am deutlichsten ausgeprägt.

Aus den vorliegenden Daten ergibt sich, dass die Aufnahme an alkoholfreien Getränken, insbesondere Kaffee- und Alkoholgruppe deutlich erhöht werden sollte.

Grafik 9: Getränkeaufnahme (Gramm/Tag) österreichischer Männer und Frauen



Das Diagramm zeigt die durchschnittliche Aufnahme an einzelnen Getränkegruppen in g/d innerhalb 26- bis 55-jähriger ÖsterreicherInnen.

DUNKELBLAU = kritische Aufnahme

HELLBLAU = verbesserungswürdige Aufnahme

WEISS = geeignete Getränke zur Deckung des Flüssigkeitsbedarfs

7.3.1.3 Kinder und Jugendliche

Zielsetzung einer Teilstudie des Instituts für Ernährungswissenschaften an Kindern und Jugendlichen ist die umfassende Beschreibung der **Ernährungsgewohnheiten** von österreichischen SchülerInnen und Schülern.⁸⁴ Gerade in diesem Entwicklungsstadium hat das Ernährungsverhalten eine große Bedeutung für die Nährstoffversorgung und damit auch für die Lernfähigkeit. In der Wachstumsphase ist der Einfluss der Ernährungserziehung groß, denn richtige Ernährungsgewohnheiten sollten so früh wie möglich etabliert werden.

Bei der täglich aufgenommenen Lebensmittelmenge liegt der Konsum innerhalb der männlichen Gruppe im Durchschnitt höher als in der weiblichen Gruppe. Erwartungsgemäß sind deutliche Zunahmen der Konsummengen mit dem Alter zu beobachten.

Die Zusammensetzung der Lebensmittelwahl bei Kindern und Jugendlichen entspricht den typischen, desüblichen Mustern und ähnelt bereits stark dem der Erwachsenen. Bei den Getränkegruppen dominiert Wasser, dicht gefolgt von Obstsäften und -nektaren sowie Limonaden. Kritisch zu beurteilen ist, dass bereits in dieser Altersgruppe Alkohol konsumiert wird. Bei Obst werden die heimischen Sorten, bei Fleisch das Schweinefleisch, bei Brot das Weiß- bzw. Mischbrot, bei Käse die mittelfetten Sorten und bei Milchprodukten fetter wird primär Butter konsumiert. Altersspezifische Unterschiede wurden allein bei den Milchprodukten offenbar, da eine deutliche Abnahme im Konsum der Trinkmilch (v. a. Kakaogetränke) zu Gunsten der Frischmilchprodukte (Joghurt, etc.) mit steigendem Alter zu beobachten war. Ähnlich dem Verhalten der Erwachsenen ist die Aufnahme an Obst, Gemüse, Fisch und Getreideprodukten als Verbesserungspotenzial zu beurteilen.

Anhand der Auswertung von Verzehrprotokollen (7-Tage-Wiegeprotokolle) der 6- bis 18-Jährigen kann man die durchschnittliche Nährstoffaufnahme ermitteln und mit den DGE-Empfehlungen (1991) in Einklang setzen. Beurteilt man die Nährstoffaufnahme von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf kritische Nährstoffe, stellt man fest, dass bereits in jungen Jahren die Aufnahme an Fett und Cholesterin über die wünschenswerten Zufuhrmengen liegt (s. o. Grafik 6). Andererseits werden Ballaststoffe, eine Reihe von Vitaminen, Calcium und Zink in deutlich geringeren Mengen aufgenommen als die Empfehlungen.

7.3.1.4 Schwangere und Stillende

Zur Ermittlung der aktuellen Ernährungssituation in Österreich tragen auch Untersuchungen zum Ernährungsstatus von **Schwangeren** und **Stillenden** bei, die als Teil einer internationalen Multicenterstudie zwischen 1993 und 1995 vom Institut für Ernährungswissenschaften in Zusammenarbeit mit der UNIVERSITÄT SÄNDLINGEN, SEMMELWEIS-KLINIK und dem KINDERSPITAL GLANZING durchgeführt wurden.

Der Ernährungsstatus **Schwangerer** beeinflusst nicht nur die mütterliche Gesundheit, sondern auch die für die Entwicklung des Feten von entscheidender Bedeutung. Gerade in dieser Zeit ist auf Lebererkrankungen mit einer besonders hohen Nährstoffdichte zu achten, um den DGE-Empfehlungen (1991) gerecht zu werden. Tatsächlich sieht es aber so aus, dass im Speziellen bei jenen Nährstoffen, deren Bedarf während der Schwangerschaft erhöht ist, diese Empfehlungen nicht erreicht werden. Rund zwei Drittel der untersuchten schwangeren Frauen nehmen zusätzlich Nährstoffsupplemente auf, wodurch die Aufnahme kritischer Nährstoffe deutlich verbessert werden kann. Dennoch liegen Vitamin A, Vitamin D und Jod unterhalb der empfohlenen Zufuhrmengen.

Das untersuchte Kollektiv der **stillenden Frauen** erreichte zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten (nach vier, acht, zwölf und 16 Wochen) zwischen 83 Prozent und 86 Prozent des von der DGE empfohlenen Wertes für die Energiezufuhr.

Zu den kritischen Mikronährstoffen für Stillende zählen Vitamin D, Vitamin B₁, Vitamin B₆, Folsäure sowie Zink und Eisen. Ein Teil der untersuchten Stillenden nahm während der Stillzeit Nährstoffsupplemente ein. Die Häufigkeit der zusätzlichen Einnahme dieser Präparate war in der Stillzeit allerdings deutlich niedriger als in der Schwangerschaft.

⁸⁴ Die ausführliche Dokumentation der „Untersuchungen zum Ernährungsstatus österreichischer Schulkinder“ erfolgte in mehreren Teilen an das Bundesministerium für Unterricht und Kunst, wobei 1992 und 1993 über die Erhebungen in Wien und 1994 über die Ergebnisse aus den Bundesländern berichtet wurde.

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

Die Auswertung bezogen auf Lebensmittelgruppen zeigt zwischen Schwangeren und Stillenden Unterschiede im Verzehr von Fleisch und Wurstwaren, Fisch, Eiern, Butter, Kartoffeln, Getreideprodukten und Hülsenfrüchten. Milch, Milchprodukte und Käse werden in der Stillzeit in höheren Mengen, Brot und Backwaren sowie Nahrungsmittel und Obst eher in der Schwangerschaft, und alkoholische Getränke und alkoholfreie Getränke wiederum vermehrt in der Stillzeit konsumiert (ELMADFA et al., 1996).

7.3.1.5 SeniorInnen

Gesundheitliche Probleme des Alters stehen häufig in Zusammenhang mit vorangegangenen Fehlernährungen. Im Alter sind eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Aktivität wesentlich an der Erhaltung der Gesundheit beteiligt.

Der Bericht über die **Ernährung alter Menschen in Wien** umfasst effektive Verzehrerhebungen, Untersuchungen der Ernährungsgewohnheiten und der individuellen Versorgungslage mit Nährstoffen (Ernährungsstatus), die auf Analysen aus Blut und Urin sowie Verzehrprotokollen der SeniorInnen basieren (ELMADFA et al., 1996).

Die Energieaufnahme der untersuchten Wiener PensionistInnen liegt zwar im empfohlenen Bereich, mit zunehmendem Alter nimmt der Energiebedarf jedoch ab. Der Bedarf an den übrigen Nährstoffen (Vitaminen und Mineralstoffen) wird hingegen nicht geringer. Dadurch steigen die Anforderungen an die Nahrungsqualität, d. h. die Nährstoffdichte (= Gehalt eines Nährstoffes pro Energieeinheit). Eine nährstoffreiche Nahrung muss erhöht werden.

Die Kohlehydrataufnahme alter Menschen ist geringer als die Fettaufnahme (siehe Grafik 7.3.1.5). Dies ist ein Zeichen sehr traditioneller Ernährungsmuster der „österreichischen Hausmannskost“, die durch reichliche Fleischgerichte und Mehlspeisen auszeichnet. Der Beitrag an Haushaltszucker (Sachzucker) ist trotz sinkender Gesamtkohlehydrataufnahme zu hoch, ein weiterer Beweis für die Vorliebe von Süßspeisen.

Diese ungünstige Relation der Hauptnährstoffe (s. o.) könnte vor allem durch die Modifikation der Ernährung optimiert werden. Durch verstärkten Obst-, Gemüse- und Vollkornkonsum, sowie durch die Aufnahme fettarmer Milchprodukte und Fischmahlzeiten könnte der Status einiger kritischer Nährstoffe verbessert werden. Maßnahmen, die auch auf Grund der Erhöhung des Kohlehydratanteils, der verbesserten Versorgung mit Vitamin E und Vitaminen der B-Gruppe, sowie der empfohlenen höheren Nährstoffdichte empfohlen werden können. Ein Problem in der Verwirklichung dieser Empfehlungen ist, dass sich lebenslange Gewohnheiten und Präferenzen nur schwer ändern lassen.

Wie im Rahmen des Berichts „Ernährung älterer Menschen in Wien“ vom Institut für Ernährungswissenschaften untersucht, besteht bei PensionistInnen Interesse an Ernährungsfragen, geeignete Informationsquellen existieren jedoch nicht (ELMADFA et al., 1996).

7.3.1.6 Fazit

Der Ernährungszustand der Wiener Bevölkerung wurde vom Institut für Ernährungswissenschaften in mehreren Studien mittels verschiedener Instrumentarien zur Erhebung der Nährstoffaufnahme und durch laborchemische Analysen von Blut und Harn untersucht. Die Ergebnisse wurden im „1. Ernährungsbericht“ (1994) und im „Österreichischen Ernährungsbericht“ (1998) dokumentiert.

Die Ernährungssituation der Wienerinnen und Wiener zeigt demnach ein wenig zufriedenes Bild. Die Energieaufnahme liegt in etwa im Bereich der Empfehlungen der DGE (1991), vergleichbar mit der Aufnahme an Hauptnährstoffen mit den Empfehlungen, zeigt sich ein ungünstiges Verhältnis von Kohlehydrat zu Fett. Die Umverteilung in Richtung kohlehydrat- und ballaststoffreicher Ernährung bedarf. Auf Basis der Aufnahme an Eiweiß, Fett und Cholesterin kann auf einen unerwünscht hohen Anteil tierischer Nahrungsmittel geschlossen werden. Beurteilt man die Aufnahme an ausgewählten Vitaminen und Mineralstoffen, wird ersichtlich, dass bei den meisten Mikronährstoffen die DGE-Empfehlungen nicht erreicht werden. Es empfiehlt sich daher ein häufiger Konsum an Fisch und Kartoffeln sowie ein geringerer Verzehr von Süßspeisen, Süßwaren und Saucen. Generell gelten die Empfehlungen weniger Fett und fettreiche Lebensmittel, dafür mehr Getreide- und Getreideprodukte wie auch Gemüse und Obst aufzunehmen.

7.3 Ernährung und Übergewicht

7.3.1 Ernährungssituation der Wiener Bevölkerung

Univ.-Prof. Dr. Ibrahim ELMADFA
Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien

Zusammenfassung

Die WienerInnen überschreiten – mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen – bei der Aufnahme von Fett, Eiweiß und Cholesterin klar die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Hingegen liegen die Kohlehydrat- und Ballaststoffaufnahmen bei allen Bevölkerungsgruppen (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, SeniorInnen, Schwangere, Stillende) unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Bei der Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen werden größtenteils die Empfehlungen nicht erreicht und z. T. weit unterschritten.

Hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten zeigt sich, dass Frauen einen höheren Trend zur Aufnahme pflanzlicher Lebensmittel aufweisen, Männer bevorzugen eindeutig Fleisch. Verbesserungswürdig sind – bei Männern und Frauen – sowohl die Aufnahme von Fisch, Getreide und Getreideprodukten, als auch der Obst- und Gemüsekonsum und der Fettverzehr.

Die Beurteilung der Getränkeaufnahme lässt ebenfalls ein ungünstiges Verhalten erkennen: Bei Erwachsenen überwiegt der Tee- und Kaffeekonsum mengenmäßig gegenüber dem Anteil an antialkoholischen Getränken. Generell ist die Flüssigkeitsaufnahme zu gering.

Summary: Nutrition in Vienna

With the exception of children and young adults, Viennese in general take in considerably higher levels of fat, protein and cholesterol than recommended by the German Nutrition Association (DGE). However, carbohydrate and fibre intake, on the other hand, is below desirable levels with all population groups (children/young adults, senior citizens, pregnant women and breast-feeding women). Likewise, intake of vitamins and minerals is found to be lower, and in some cases well below recommended amounts. Surveys of eating habits have shown that women tend to consume more vegetables while men definitely prefer meat. It is suggested that both men and women increase the intake of fish, grains and grain products, fruit and vegetables and become more conscious of the effects of fats.

Intake of fluids also shows lack of judgement on the part of adults: tea and coffee are given preference over soft drinks. Fluid intake in general is below recommended quantities.

Die Vielfalt und Komplexität der Datenerhebung, Dokumentation und Interpretation auf dem Gebiet der Nahrungsmittelversorgung und des Ernährungszustandes der Bevölkerung in Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen macht eine regelmäßige Bestandsaufnahme und Analyse relevanter vorhandener Informationen erforderlich. Das Institut für Ernährungswissenschaften hat hierzu den „1. Wiener Ernährungsbericht“ (ELMADFA et al., 1994) sowie den „Österreichischer Ernährungsbericht“ (ELMADFA et al., 1999) erstellt. Zur Darstellung des Ist-Zustandes unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen wurden verschiedene, am Institut für Ernährungswissenschaften durchgeführte Erhebungen herangezogen, die sowohl die Ernährungsgewohnheiten, das Ernährungswissen und die Lebensmittel-Nährstoffaufnahme als auch den laborchemischen Versorgungszustand mit Vitaminen und Mineralstoffen (Nährstoffstatus) von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen erfassten.

VII. GESUNDHEITSVERHALTEN

- Die Zahl der Übergewichtigen und Fettleibigen wächst so rasant, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dringenden Handlungsbedarf sieht.
- Die aus Übergewicht oder gar Fettleibigkeit resultierenden Risiken für die Gesundheit sind erheblich. Dicke Menschen neigen eher zu Diabetes, Herzkrankheiten, bestimmten Krebsarten, Gelenkproblemen und Atembeschwerden. Indizien, welche zu einem nicht unbeträchtlichen Übergewicht zurückgeführt werden können sind z. B. Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte (erhöhtes HDL, LDL, Triglyceride), Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch erhöhte Cholesterinwerte, die zu Gichtkrankungen führen können.
- Übergewicht und Fettleibigkeit zählen zu den am meisten vernachlässigten Problemen in der nationalen Gesundheitspolitik. Der Anteil von 42 Prozent Übergewichtigen (BMI > 25) an der österreichischen Bevölkerung müsste massive und breitenwirksame Reaktionen des Gesundheitswesens auslösen. Tatsächlich mangelt es sowohl an präventiven als auch an therapeutischen Ansätzen. Zudem fehlt auch eine aussagekräftige Untersuchung über die subjektiv wahrgenommenen Ursachen des Übergewichts und den Lebensstil der Übergewichtigen. Dies ist deshalb besonders wichtig, da eine bleibende Gewichtsreduktion nur bei dauerhafter Umstellung des Lebensstils, insbesondere des Essverhaltens im weitesten Sinne, erreicht werden kann.
- Übergewicht wird von der Allgemeinheit nicht als ein die Gesundheit beeinflussendes Problem angesehen, sondern bestenfalls als kosmetisch-ästhetisches Problem begriffen. Dem entgegen stehen die von einer „Abnehmindustrie“ angebotenen Diäthilfen: Sie reichen (im günstigsten Fall) zu einer vorübergehenden Reduktion des Gewichts, helfen aber nicht, das reduzierte Gewicht zu halten.

Die **volkswirtschaftlichen Folgen** sollten jedoch ebenfalls nicht unterschätzt werden: In Österreich drohen die Krankheiten als Folge von Fettleibigkeit bereits den Gesundheitsetat zu sprengen. In Österreich stellen die Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit auf Grund falscher Ernährung und Bewegungsmangel eine Belastung für das Gesundheitsbudget dar.

7.3.2.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen

Bei den vom Gesundheitsamt (Magistratsabteilung 15) kostenlos durchgeführten **Vorsorgeuntersuchungen** zeigt sich, dass knapp 40 Prozent der Untersuchten übergewichtig sind. Rund 10 Prozent der Untersuchten weisen sogar einen Body-Mass-Index über 27 auf.⁸⁶

Eine Aufschlüsselung dieser Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und formaler Bildung ist in der Tabelle dargestellt. Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen können jedoch nicht auf die gesamte Bevölkerung hochgerechnet bzw. übertragen werden, da die Auswahl der Untersuchten nicht nach einem statistisch zulässigen Verfahren erfolgt. Leider gibt es auch keine Untersuchung darüber, aus welchen Gründen diese Personen sich zur Untersuchung begaben.

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass insgesamt der Anteil der übergewichtigen Personen an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, mit zunehmendem **Alter** steigt.

In allen Altersgruppen fallen **geschlechtsspezifische Unterschiede** dahingehend auf, dass die untersuchten **Männer** deutlich stärker von ernststen Gewichtsproblemen betroffen sind als die Frauen. In den vier Bildungsgruppen sind die meisten übergewichtigen Männer in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen anzutreffen.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen **Bildungsschichten** zeigen sich darin, dass bei den Hochschulabsolventen offenbar das höchste Problembewusstsein hinsichtlich Übergewicht besteht bzw. auch die finanziellen Mittel zu deren Behebung/Verhinderung vorhanden sind. Dies ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die geringsten Anteile an Übergewichtigen wurden.

⁸⁶ Da die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen eine positive Entscheidung in Bezug auf das persönliche Gesundheitsverhalten darstellt, kann nicht angenommen werden, dass die nicht zur Untersuchung Erschienenen in puncto Gesundheitsverhalten wesentlich besser abschneiden würden.

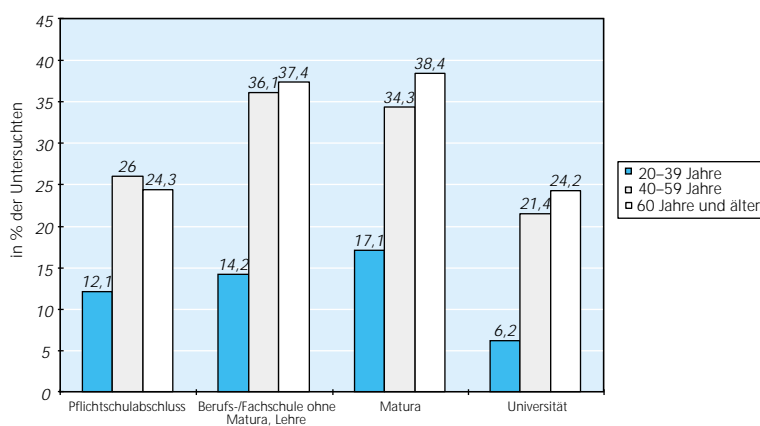
Tabelle 6: Übergewicht nach Geschlecht, Bildungsabschluss und Alter¹⁾, Vorsorgeuntersuchungen

| Bildungsabschluss und Altersgruppen | Übergewicht ²⁾ in % der Gruppe | | |
|--|---|-----------------|-----------------|
| | Frauen | Männer | insgesamt |
| Pflichtschulabschluss | | | |
| unter 20 Jahre | _ ₃₎ | _ ₃₎ | _ ₃₎ |
| 20–39 Jahre | 8,6 | 15,6 | 12,1 |
| 40–59 Jahre | 15,8 | 36,2 | 26,0 |
| 60 Jahre und älter | 20,6 | 28,0 | 24,3 |
| Berufs-/Fachschule ohne Matura, Lehrabschluss | | | |
| unter 20 Jahre | _ ₃₎ | _ ₃₎ | _ ₃₎ |
| 20–39 Jahre | 11,2 | 17,2 | 14,2 |
| 40–59 Jahre | 22,8 | 49,4 | 36,1 |
| 60 Jahre und älter | 31,6 | 43,2 | 37,4 |
| Matura | | | |
| unter 20 Jahre | _ ₃₎ | _ ₃₎ | _ ₃₎ |
| 20–39 Jahre | 12,4 | 21,8 | 17,1 |
| 40–59 Jahre | 21,6 | 47,0 | 34,3 |
| 60 Jahre und älter | 35,3 | 41,5 | 38,4 |
| Universität | | | |
| unter 20 Jahre | _ ₃₎ | _ ₃₎ | _ ₃₎ |
| 20–39 Jahre | 5,8 | 6,6 | 6,2 |
| 40–59 Jahre | 12,3 | 30,5 | 21,4 |
| 60 Jahre und älter | 18,9 | 29,5 | 24,2 |

- 1) Ergebnisse auf Grund der von der MA 15 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 1999.
- 2) Berechnung nach Body-Mass-Index (BMI > 27 : mit gesundheitlichen Risiken verbunden).
- 3) Wegen der geringen Zahl statistisch nicht auswertbar.

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 10: Übergewicht nach Alter und Bildungsabschluss



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

7.3.2 Übergewicht

Zusammenfassung

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass falsche Ernährung bei gleichzeitigem Bewegungsmangel neben anderen gesundheitlichen Schäden auch ursächlich für Übergewicht oder gar Fettleibigkeit ist. Etwa 40 Prozent der Personen, die bei den im Rahmen vom Gesundheitsamt durchgeführten Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen teilnehmen, haben Übergewicht, fast 30 Prozent der Untersuchten weisen sogar einen Body-Mass-Index über 27 auf. Männer sind dabei deutlich stärker von ernsten Gewichtsproblemen betroffen als Frauen. Allerdings nehmen bei beiden Geschlechtern die Gewichtsprobleme mit dem Alter zu. 12,3 Prozent der Wienerinnen und Wiener sind als adipös zu bezeichnen (Body-Mass-Index über 30).

Die in Österreich übliche Ernährung gilt mit ihrem hohen Fettanteil (40–60 Prozent) und dem reichen Kalorienanteil als äußerst ungesund. Auf Grund der zahlreichen ernährungsbedingten Folgekrankheiten – wie Diabetes, Herzkrankheiten, bestimmte Krebsarten, Gallenblasenprobleme und Atembeschwerden, aber auch Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) – wäre eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten auch aus gesundheitspolitischer Sicht dringend zu empfehlen.

Summary: Overweight

It is generally agreed that the wrong choice of food combined with a lack of physical activity, besides constituting various health risks, are the main cause of overweight and, worse still, obesity. Approximately 40 percent of people who have precautionary check-ups as recommended by the health authorities have been found to be overweight, 30 percent of those examined have a body mass index of more than 27. Men have more severe weight problems than women. Weight problems increase with age for both sexes. 12.3 percent of Viennese are considered adipose (body mass index above

Traditional food in Austria is rich in fat (40 to 60 percent) and calories and is rather extremely unhealthy. Considering the amount of nutritional diseases, such as diabetes, heart diseases, some forms of cancer, disorders of the gall-bladder, respiratory distress, as well as hypertension, elevated levels of blood lipids, arteriosclerosis, cardiovascular diseases and elevated levels of uric acid (gout), a change in eating habits is urgently recommended from a sanitary point of view.

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass falsche Ernährung⁸⁵ bei gleichzeitigem Bewegungsmangel neben anderen gesundheitlichen Schäden auch ursächlich für **Übergewicht** oder **Fettleibigkeit** ist.

Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000 identifiziert 12,3 Prozent der über 15-jährigen Männer und Wienerinnen als adipös (Body-Mass-Index über 30), 29,7 Prozent sind leicht übergewichtig (BMI > 24, Männer: BMI > 25), 46,9 Prozent können als normalgewichtig bezeichnet werden und 11,1 Prozent als leicht oder stark untergewichtig.

Vier Umstände lassen Übergewicht und Fettleibigkeit zu einem **sozialmedizinisch erstrangigsten Problem** werden:

⁸⁵ Zum Thema Ernährung, Body-Mass-Index, Adipositas, Therapieformen bei Übergewicht und Adipositas sowie Präventionsmöglichkeiten siehe auch Gesundheitsbericht für Wien 1997, S. 162–172.

7.4 Bewegung und Sport⁸⁷**Zusammenfassung**

Kaum die Hälfte der Wiener Bevölkerung betreibt sportliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen. Besonders inaktiv sind Bevölkerungsgruppen mit geringerem sozioökonomischen Status und niedriger Bildung. Mangelnde körperliche Bewegung stellt für eine Reihe von Krankheiten ein Risiko dar, u. a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. Bewegung hilft auch dabei, Stress abzubauen und das Wohlbefinden zu steigern. Körperliche Bewegung stellt in jedem Lebensalter eine Präventionsmaßnahme erstens Ranges dar, auch noch im höheren Lebensalter.

Summary: Physical activities a

Less than half of all Viennese... physical activities for health... Population groups of low socio-economic standing and low levels of education found to be particularly inactive... physical activity is a risk factor for... diseases, amongst them cardiovascular diseases and osteoporosis. Physical activity is recommended to reduce stress, promote wellbeing and is ranked as the top prevention measure for all population groups.

Laut Mikrozensus Gesundheit (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1994) betreiben **ÖsterreicherInnen** körperliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen. Dabei gibt ein Zehntel der Bevölkerung (10,3 Prozent) als Männer (46,3 Prozent) als Frauen (39,3 Prozent) an, sportlich aktiv zu sein. Einziges Merkmal, das mit dem Alter zunimmt, ist die sportliche Aktivität. In den jüngeren Altersgruppen (15- bis 24-Jährige) mit 50 Prozent den größten Anteil an sportlich Aktiven ein. Auch bei Personen mit höherer Schulbildung ist der Anteil größer, die körperlich aktiv sind. Die unterschiedlichen Prozentsätze ergeben sich nach den Variablen Berufsgruppe und Erwerbsleben.

Tabelle 7: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach (abgeschlossener) Schulbildung, Österreich

| Schulbildung | % |
|--|------|
| Pflichtschule | 37,9 |
| Berufsbildende mittlere Schule | 50,0 |
| Allgemein bildende höhere Schule (AHS) | 56,7 |
| Berufsbildende höhere Schule | 59,3 |
| Universität, Hochschule | 60,9 |

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

Tabelle 8: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Teilnahme am Erwerbsleben, Österreich

| Erwerbsstatus | % |
|-------------------------------|------|
| Beschäftigte | 45,3 |
| Arbeitslose | 39,4 |
| PensionistInnen | 34,1 |
| nicht berufstätige Hausfrauen | 39,4 |
| SchülerInnen, StudentInnen | 60,4 |
| sonstige Personen | 14,8 |

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

⁸⁷ KUNZE, M. & RIEDER, A. (1999): Bewegung. In: MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.): Gesundheit in Wien 1999 (unveröffentlichtes Manuskript).

Tabelle 9: Häufigkeit körperlicher Aktivitäten nach Berufsschicht, Österreich 1994 (in %)

| Berufsschicht | % |
|--|------|
| Selbstständige in Land- und Forstwirtschaft | 23,1 |
| Selbstständige in anderen Wirtschaftszweigen | 44,1 |
| angelernte ArbeiterInnen/HilfsarbeiterInnen | 33,4 |
| FacharbeiterInnen | 42,9 |
| Angestellte, BeamtInnen (mittlere Tätigkeit) | 48,2 |
| Angestellte, BeamtInnen (höhere Tätigkeit) | 60,2 |

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt, Mikrozensus Gesundheit, 1994

In **Wien** betreiben laut Mikrozensus Gesundheit (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1994) 19,9 Prozent der Bevölkerung körperliche Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen.

Univ.-Prof. KUNZE und Univ.-Prof. RIEDER weisen darauf hin, dass der Mangel an körperlicher Bewegung für eine Reihe von Krankheiten ein Risiko darstellt, unter anderen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Man kann davon ausgehen, dass 50 Prozent der Bevölkerung im mittleren und höheren Alter überhaupt keine sportlichen Aktivitäten setzen und weitere 10–15 Prozent sich nur ungenügend körperlich betätigen. Bereits zügiges Gehen wirkt positiv auf das Herz-Kreislauf-System. Aus Untersuchungen bei älteren Menschen zeigte sich, dass körperliche Bewegung die Lebenserwartung um bis zu zwei Jahre erhöht.

Ausdauerbelastungen kommt der höchste Stellenwert für die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, für die positive Beeinflussung der Risikofaktoren und für die Rehabilitation zu. Durch vermehrte Bewegung kann langfristig Gewicht abgenommen, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte gesenkt sowie das „gute“ Cholesterin (HDL-Cholesterin) erhöht werden. Weiters ist es durch vermehrte Bewegung möglich, Stress abzubauen und risikoreiche Verhaltensweisen, die man unter Stressbedingungen besonders oft einsetzt, zu reduzieren („Stress-Rauchen“, „Stress-Essen“). Körperliche Aktivität verbessert das Wohlbefinden insgesamt (KUNZE & SCHMEISER-RIEDER, 1999).

Körperlich inaktive Menschen entwickeln doppelt so häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen als körperlich aktive Menschen. Mangelnde körperliche Bewegung stellt allerdings ein **Gesundheitsrisiko** für verschiedene Erkrankungen dar:

- koronare Herzkrankheit,
- Schlaganfall,
- Bluthochdruck,
- nichtinsulinpflichtiger Diabetes,
- Osteoporose.

Menschen mit körperlicher Fitness haben insgesamt **niedrigere Todesraten** (für alle Todesursachen). Die Risikoreduktion scheint proportional zum Bewegungsgrad zu sein (Intensität). 20 Prozent der Bevölkerung bewegen sich regelmäßig, gemäß den Empfehlungen für kardiovaskulären Benefit. In einer Untersuchung an Harvardabsolventen⁸⁸ konnte gezeigt werden, dass körperliches Training bereits ab 2.000 Kilokalorien pro Woche (2–3 Stunden mäßig intensives Ausdauertraining in der Woche) nicht nur die Herzinzidenz, sondern auch die allgemeine Sterberate erheblich zu senken vermag. Damit ist es gelungen nachzuweisen, dass die Lebensspanne durch körperliche Aktivität verlängert werden kann.

Körperliche Aktivität ist ein wesentlicher Faktor des Gesundheitsverhaltens. Dieses wird aus zahlreichen Einflussfaktoren bestimmt: Glaube an einen Benefit durch körperliche Aktivität, Einstellung zur Bewegung, Selbstmotivation, Selbstdisziplin, Verfügbarkeit von Trainingsmöglichkeiten, Erfahrung, Rückfallprophylaxe und Zielsetzung, Freude am Sport, Unterstützung durch die Familie, etc. Grundlegende Einflussfaktoren sind **Einkommen** und **Bildung**: Je „ärmer“ und „geringer gebildet“ jemand ist, desto häufiger findet sich gesundheitsschädigendes Verhalten. Die Herausforderung an das Gesundheitsverhalten

⁸⁸ PFAFFENBERGER, R.S. et al. (1993): The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med, 328, 538–545.

sen und die Gesundheitsberufe besteht daher unter anderem darin, eine Verhaltensmodifikation gesünderem Lebensstil – u. a. mehr körperliche Bewegung – in den Bevölkerungsgruppen mit geringerem sozioökonomischen Status zu unterstützen.⁸⁹

In jedem Lebensalter – auch noch im höheren Lebensalter – ist es wichtig, die Prävention körperlicher Aktivität zu ergreifen. Ziel ist es, dass der Mensch möglichst gesund altern kann und handlungskompetent bleibt. Diese Handlungskompetenz beinhaltet mehrere Bereiche:

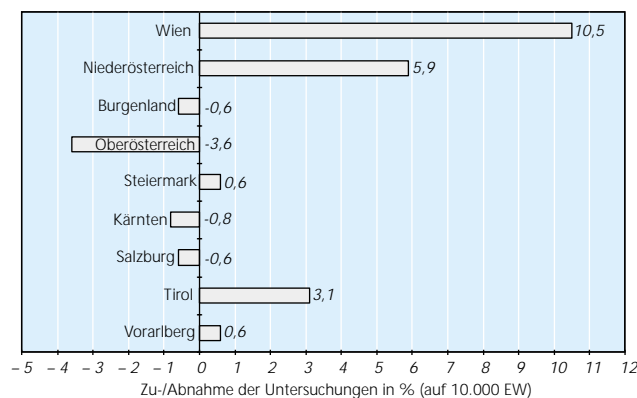
- **motorische Kompetenz:** die Mobilität soll erhalten bleiben, Bewegungssicherheit und ein aktives Bewegungsverhalten sind Voraussetzungen dafür;
- **soziale Kompetenz:** soziale Kontaktfreudigkeit ist auch an Mobilität gebunden. Geriatrische Menschen, die außerhalb des Berufslebens stehen, sind von Desintegration und Vereinsamung bedroht.

Für SeniorInnensport können auf Grund von Untersuchungen mit anfänglich ungeübten SportlerInnen folgende Aussagen getroffen werden:

- **Auch im hohen Alter** haben die Muskeln die Fähigkeit zur Hypertrophie. Gerade der Muskelschwund bedingten Altersschwäche kann mittels gezieltem Krafttraining entgegengewirkt werden.
- Die **Elastizität lässt sich verbessern** (Gelenke).
- Die absinkende **kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit** kann durch systematisch betriebenes Ausdauertraining verzögert werden.
- Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit und Koordination im Sport verbessern im Alter die **Leistungsfähigkeit** an Umweltreize.

⁸⁹ GREEN, L. et al. (1978). Education and life-style determinants of health and disease. In: Oxford Textbook of Public Health, 3rd edition, Oxford Medical Publications, New York.

Grafik 11: Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber 1998 nach Bundesländern, in % (auf 10.000 EW), 1999



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Bevölkerungsdaten: Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Von jenen Wienerinnen und Wienern, welche sich der Untersuchung durch das Gesundheitsamt unterziehen, zeigten fast die Hälfte auffällige Befunde bzw. erhielten vom Gesundheitsamt die Empfehlung einer eingehenderen fachmedizinischen Untersuchung zu unterziehen.

7.5.1 Ergebnisse der Untersuchungen

Aus den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich, dass in der Wiener Bevölkerung trotz einer intensiven Aufklärungskampagne kaum Veränderungen in den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu finden sind. Erhöhte **Blutfettwerte** (Gesamtcholesterin, Triglyzeride) sowie Veränderungen mit negativen Auswirkungen in der Lipidfraktion des Gesamtcholesterin (HDL, LDL) stehen noch immer an erster Stelle bei der Diagnostik der Vorsorgeuntersuchungen. Da erhöhte Blutfettwerte als einer der bedeutendsten Risikofaktoren der Arteriosklerose heute in der Wissenschaft unbestritten sind, kann mit einer deutlichen Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für die nächsten Jahre nicht gerechnet werden.

Die zwar schmackhafte, aber schwere und aus ernährungswissenschaftlicher sowie medizinischer Sicht nicht gesunde Wiener Küche, sowie der Bewegungsmangel sind wohl hauptverantwortlich für die **Gewichtprobleme** der Wiener Bevölkerung. Gegenüber dem Jahr 1998 ist eine leichte Besserung bezüglich des Übergewichtes festzustellen: Lag Wien in den Vorjahren mit seinen rund 50 Prozent „Übergewichtigen“, d. h. Gewicht, das über dem Normalgewicht (Körpergröße minus 100) liegt – über dem Österreichischen Durchschnitt,⁹⁰ so konnten 1999 „nur“ mehr bei rund 45 Prozent der untersuchten Männer (1998: 52 Prozent) und bei 33 Prozent der untersuchten Frauen Gewichtprobleme diagnostiziert werden. Allerdings sind doch noch immer knapp 30 Prozent der Untersuchten (bei den Männern sogar 42 Prozent) durch ein erhöhtes Body-Mass-Index (BMI > 27) stark gefährdet für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch die Zahl der Personen mit einem pathologischen **atherogenen Index** (Neigung zu arteriosklerotischen Gefäßveränderungen) hat sich mit 38 Prozent gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. Festzustellen ist allerdings, dass nach der geschlechtsspezifischen Auswertung wesentlich mehr Männer als Frauen betroffen sind. Diese Tatsache korreliert auch mit der Auftretenshäufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Das zweite Problem in Wien liegt bei den **Leberzellschädigungen**, wobei ebenfalls Männer in der größeren Zahl betroffen sind als Frauen. Diese Leberzellschäden sind sicherlich mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang zu bringen. Auch die erhöhten **Harnsäurewerte** als Ausdruck für das erhöhte Risiko für Gicht sind als Hinweis für hohen Wein- und Fleischkonsum anzusehen. Besonders in diesem Bereich ist die Differenz zwischen Männern und Frauen deutlich ausgeprägt. Während bei den Männern ein Viertel aller untersuchten betroffen ist, sind bei den Frauen nur 3,5 Prozent mit diesem Problem konfrontiert.

⁹⁰ Österreichdurchschnitt 1997: 42 Prozent.

Der Verdacht auf **Bluthochdruck** bleibt relativ konstant bei elf Prozent aller untersuchten bei auch hier Männer (14 Prozent) stärker betroffen sind als Frauen (8,5 Prozent). Erhöhte Werte sind ebenfalls als Risikofaktor für verschiedene Folgekrankheiten zu sehen (z. B. Schädigung der Niere und Gehirn, Augenhintergrundveränderungen, etc.).

Verdacht auf **Anämie** (Blutarmut) besteht insgesamt bei 15 Prozent der Untersuchten. In der Stichprobe sind Frauen im Verhältnis 2:1 überrepräsentiert.

Lungenfunktionsstörungen sind gegenüber 1998 (10,7 Prozent) leicht angestiegen und werden in diesem Jahr knapp zwölf Prozent der Untersuchten festgestellt werden. Dies dokumentiert unter anderem die Wichtigkeit von Lungenfunktionstests als Feldscreeningverfahren. Weltweit ist bereits ein Anstieg von Lungenerkrankungen (allergische Erkrankungen der Lunge sowie Lungenerkrankungen) zu beobachten.

Tabelle 12: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der MA 15, 1999¹⁾

| Untersuchungsergebnis | Frauen | | Männer | |
|---|---------|--------------------|---------|--------------------|
| | absolut | in % ²⁾ | absolut | in % ²⁾ |
| Übergewicht (> Normalgewicht) ³⁾ | 2.029 | 33,4 | 2.869 | 44,8 |
| Body-Mass-Index (BMI > 27) | 979 | 16,1 | 2.695 | 42,1 |
| Verdacht auf Hypercholesterinämie ⁴⁾ (Cholesterin > 200) | 3.950 | 65,0 | 4.272 | 66,7 |
| Verdacht auf Hypertriglyzeridämie ⁴⁾ (Triglyceride > 150) | 705 | 11,6 | 1.573 | 24,6 |
| pathologischer atherogener Index (AI: Männer > 4,5; Frauen > 3,5) ⁵⁾ | 2.001 | 32,9 | 2.791 | 43,6 |
| Verdacht auf Diabetes | 226 | 3,7 | 470 | 7,3 |
| Verdacht auf Leberzellschaden (GGT: Männer > 28; Frauen > 18) | 726 | 12,0 | 1.150 | 18,0 |
| Verdacht auf Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurekonzentration im Blut; HS > 7) | 211 | 3,5 | 1.625 | 25,4 |
| Verdacht auf Hypertonie (WHO-Grenzen) | 499 | 8,2 | 894 | 14,0 |
| Verdacht auf Haltungsschäden | 261 | 4,3 | 148 | 2,3 |
| Verdacht auf Hörstörungen | 290 | 4,8 | 449 | 7,0 |
| Verdacht auf Struma | 569 | 9,4 | 144 | 2,3 |
| Verdacht auf Nierenfunktionsstörung (Kreatinin > 1,2) | 17 | 0,3 | 233 | 3,6 |
| Verdacht auf Harnwegsinfekt | 71 | 1,2 | 7 | 0,1 |
| Verdacht auf Anämie | 1.231 | 20,3 | 662 | 10,3 |
| pathologische Lungenfunktion | 685 | 11,3 | 799 | 12,5 |
| pathologischer EKG-Befund | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Mastopathie | 490 | 3,9 | - | - |
| pathologische Zellabstriche | 7 | 0,1 | - | - |
| Untersuchungsempfehlungen | 2.731 | 45,0 | 2.870 | 44,8 |

1) Gesamtzahl der Untersuchten: 12.478 (6.076 Frauen, 6.402 Männer).

2) In Prozent der Untersuchten.

3) Normalgewicht = Körpergröße minus 100.

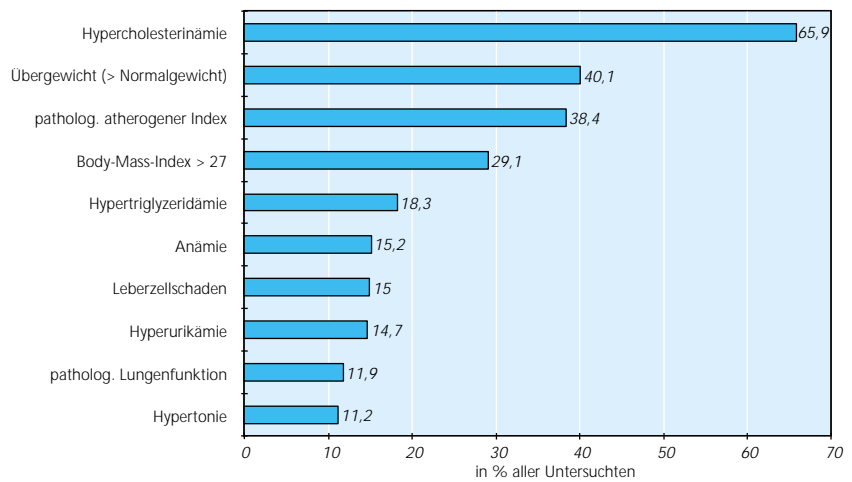
4) Blutabnahmen: 12.110 (5.962 Frauen, 6.148 Männer).

5) Atherogener Index: Cholesterin, HDL.

Im Beobachtungsjahr 1999 wurden 0 Praecancerosen, 0 Carcinome und 0 Morbus Hodgkin (Blutkrebs) festgestellt.

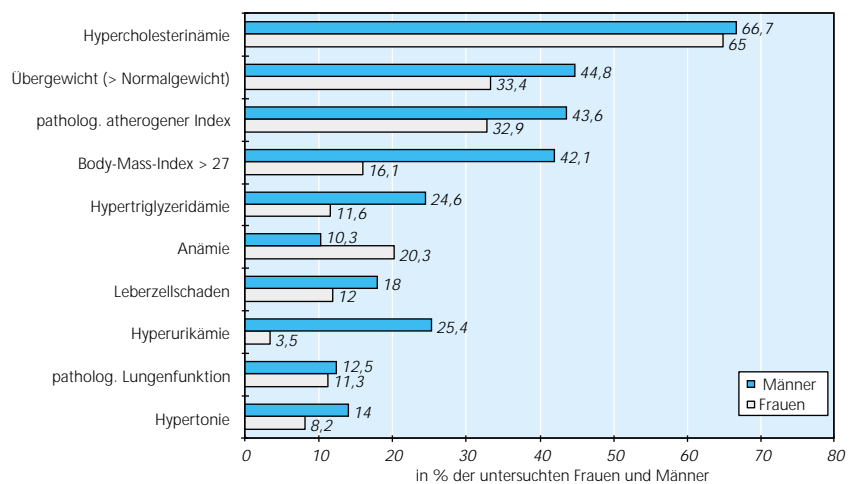
Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 12: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen 1999



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

Grafik 13: Vorsorgeuntersuchungen der MA 15 – häufigste Diagnosen nach Geschlecht, 1999



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/1

7.5 Gesundenvorsorgeuntersuchungen

Zusammenfassung

In Wien ließen im Jahr 1999 über 101.000 Personen eine Gesundenvorsorgeuntersuchung durchführen, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurde. Dies bedeutet einen Anstieg um 10,5 Prozent gegenüber 1998, womit sich der Trend der Vorjahre fortsetzt. 56 Prozent der vorsorgeuntersuchten Personen waren Frauen. Die vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wurden auch in diesem Jahr von mehr als 12.000 Personen in Anspruch genommen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, dass nach wie vor erhöhte Blutfettwerte (und damit erhöhte Risikofaktoren für Arteriosklerose) sowie Übergewicht, Leberzellschäden und erhöhte Harnsäurewerte (Risiko für Gicht) die häufigsten Diagnosen darstellen.

Summary: Precautionary check-ups

In 1999, 101,000 people in Vienna performed precautionary check-ups performed were paid for by their insurance. This constitutes a 10.5 percent increase compared to 1998, and a continuation of the trend begun in previous years. 56 percent of persons examined were women. This means more than 12,000 people have also availed themselves of the check-ups offered by the health authorities of the Municipal Department 15 – Public Health.

Most frequent diagnoses continue to be elevated levels of blood lipids (high risk of arteriosclerosis) as well as overweight, liver damage and elevated levels of uric acid (high risk of gout).

Gesundenvorsorgeuntersuchungen stehen seit 1974 allen in Österreich krankenversicherten Personen kostenlos zur Verfügung. Österreichweit hat die soziale Krankenversicherung 1999 rund 700 Millionen Schilling für Vorsorgeuntersuchungen ausgegeben, das sind um etwa zehn Millionen Schilling mehr als im Vorjahr. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen in Österreich steigt weiter, wenn auch nicht in demselben Ausmaß wie im Jahr zuvor; gegenüber 1998 ergibt sich eine Erhöhung um 1,8 Prozent.

In **Wien** ließen im Jahr 1999 insgesamt 101.659 Personen eine Vorsorgeuntersuchung durchführen, die über eine Krankenkasse abgerechnet wurde. Dies bedeutet einen Anstieg um 10,5 Prozent gegenüber 1998. Damit setzt sich nicht nur der Trend der Vorjahre fort, Wien verzeichnet 1999 auch österreichweit den weitaus stärksten Anstieg bei den Vorsorgeuntersuchungen. 56 Prozent der Personen, die in Wien eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen, waren Frauen und 44 Prozent Männer. In Wien sind auch die vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 angebotenen Vorsorgeuntersuchungen, welche im Berichtsjahr von 12.478 Personen in Anspruch genommen wurden (gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozent Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozent). Von gesundheitspolitischer Seite wäre eine Erhöhung der Inanspruchnahme dieser Untersuchungen überlegenswert. Es müsste möglich sein, die Zahl der vom Gesundheitsamt durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen z. B. mit Hilfe einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Ausgabe von Informationsbroschüren in den städtischen Spitälern, etc.) zu erhöhen.

Das **gynäkologische Vorsorgeprogramm** wurde im Jahr 1999 in Wien um 7,5 Prozent öfter in Anspruch genommen als 1998 (da hatte es einen Rückgang von 18 Prozent gegenüber 1997 gegeben). Österreichweit hingegen ist eine Abnahme um 3,5 Prozent zu verzeichnen. In Wien wird dieses Programm von nur etwa 0,6 Prozent aller über 30-jährigen Frauen genutzt.

Tabelle 10: Vorsorgeuntersuchungen, Österreich und Wien, 1998 und 1999

| Vorsorgeuntersuchungen | Wien | | Österre |
|---------------------------------|---------------|----------------|----------------|
| | 1998 | 1999 | 1998 |
| Untersuchungen insgesamt | 92.087 | 101.659 | 735.437 |
| Frauen | 49.152 | 56.638 | 454.289 |
| Männer | 42.935 | 45.021 | 281.148 |
| davon: | | | |
| Basisuntersuchungen | 88.656 | 97.969 | 622.159 |
| Frauen | 45.721 | 52.948 | 341.011 |
| Männer | 42.935 | 45.021 | 281.148 |
| gynäkologische Untersuchungen | 3.431 | 3.690 | 113.278 |

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Insgesamt betrachtet nahmen im Jahr 1999 924 von 10.000 ÖsterreicherInnen das Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch. Im Bundesländervergleich liegt Wien mit 633 Vorsorgeuntersuchungen auf 10.000 EinwohnerInnen weit unter dem Durchschnitt und wird nur noch von Niederösterreich mit knapp 381 Untersuchungen unterboten. Die vorsorgefreudigsten ÖsterreicherInnen sind in Vorarlberg, Tirol und in Kärnten zu finden.

Tabelle 11: Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern, 1999

| Bundesland | Anzahl der Untersuchungen | | auf 10.000 |
|------------------|---------------------------|---------|------------|
| | 1998 | 1999 | 1998 |
| Wien | 92.087 | 101.659 | 573,1 |
| Niederösterreich | 55.266 | 58.613 | 359,3 |
| Burgenland | 34.255 | 33.855 | 1.225,4 |
| Oberösterreich | 112.865 | 109.043 | 820,6 |
| Steiermark | 116.712 | 117.336 | 969,7 |
| Kärnten | 83.381 | 82.647 | 1.478,1 |
| Salzburg | 51.962 | 51.868 | 1.010,9 |
| Tirol | 116.165 | 120.339 | 1.745,8 |
| Vorarlberg | 72.744 | 73.560 | 2.097,0 |

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Bevölkerungsdaten: Statistik Österreich; eigene Berechnungen

Dennoch zeigt der bundesländerspezifische Vorjahresvergleich, dass Wien im Jahr 1999 mit dem stärksten Zuwachs an Vorsorgeuntersuchungen (bezogen auf EW) zu verzeichnen hat. In Niederösterreich nahmen mehr Personen das Vorsorgeuntersuchungsprogramm in Anspruch. Eine weitere Fortsetzung des Aufwärtstrends ist in Tirol festzustellen (+ 3,1 Prozent). In Vorarlberg hingegen kam es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Leichte Rückgänge sind weiters in Kärnten, Salzburg und im Burgenland zu beobachten (siehe Tabelle 11).

In Relation zur Zahl der Untersuchungsberechtigten ist der Anteil der Untersuchten in Wien im Jahr 1999 aber noch immer sehr gering. Dies ist angesichts der durch die Untersuchung gegebenen gesundheitlichen und präventiven Möglichkeiten bedauerlich: Derzeit können wegen der unterschiedlichen Inanspruchnahme einzelner Bevölkerungsgruppen an den Vorsorgeuntersuchungen aus den Untersuchungsergebnissen nur mit Einschränkungen Schlüsse auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung gezogen werden.

Ziel der Gesundheits-Checks ist es, die häufigsten Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Krebs, Diabetes und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

7.6 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

Zusammenfassung

Mit dem Wegfall der erhöhten Geburtenbeihilfe bei Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gingen zunächst auch die absolvierten Untersuchungen zurück, wenngleich sich die Situation für Wien in den vergangenen Jahren deutlich besser darstellte als in den übrigen Bundesländern. 1999 konnte in Wien eine weitere Zunahme der Untersuchungen um etwa 1,5 Prozent festgestellt werden. Auch in den anderen Bundesländern überwog 1999 der Anstieg der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

Der Vorsorgegedanke bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. In den 55 Wiener Elternberatungsstellen und neun Eltern-Kind-Zentren werden Information und Beratung angeboten. Die drei Perinatalzentren bieten die höchste Versorgungstufe für Neugeborene und Frühgeborene aller Gewichtsklassen sowie die Betreuung von Risikoschwangerschaften an.

Summary: Health care for mother and child

When mothers who availed themselves of the so-called "mother-child-pass" examinations no longer received birth allowance, their inclination to undergo examinations performed went down significantly. The situation in Vienna recovered considerably compared to other provinces. In 1999, examination rates went up by approximately 1.5% in Vienna, as well, more than in other provinces, as well, more than in the previous years.

Mother-child-pass examinations are primarily performed for the purpose of the recognition of health risks on the mother, as well as of developmental disorders and diseases on the child. In Vienna 55 parent counselling centres and 9 parent-child centres offer information and counselling for mothers who require it. Three perinatal centres offer top-of-the-range treatment for newborns and premature babies of all weights, as well as specialised care for high-risk pregnancies.

7.6.1 Mutter-Kind-Pass/Vorsorgemedizinische Beratungsstellen

Der Vorsorgegedanke bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gilt vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. Die Vernachlässigung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems wäre mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter und des Kindes (z. B. Zunahme von Fehlbildungen) als auch im sozialmedizinischen und wirtschaftlichen Bereich (Zunahme von Spätfolgekosten) zu rechnen.

Bis Ende 1996 erhielten Eltern für die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung Geburtenbeihilfe und Sonderzahlungen in der Höhe von 15.000 Schilling. Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller vorgesehenen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Seit 1. Jänner 1997 gibt es einen einmaligen Bonus von 2.000 Schilling bei der Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes.

Mit der im Rahmen des Sparpakets erfolgten Senkung der staatlichen „Geburtenbeihilfe“ im Fall des finanziellen Anreizes bei Erfüllung der vorgeschlagenen (kostenlosen) Vorsorgeuntersuchungen im zweiten bis zum vierten Lebensjahr sind auch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen anfänglich zurückgegangen. So wurde im Jahr **1997** in Wien (unter Berücksichtigung des Geburtenrückgangs um 1 Prozent) ein Nettorückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von etwa ein Prozent festgestellt. In diesem Ergebnis wies Wien jedoch noch eine deutlich bessere Situation auf als die übrigen Bundesländer.

1998 konnte für Wien eine **Zunahme der Untersuchungen** um 1,7 Prozent errechnet werden. lag Wien eindeutig im Spitzenfeld. Allerdings konnten nur Oberösterreich und die Steiermark ebenfalls eine Zunahme verzeichnen, in allen anderen Bundesländern gingen die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen weiter zurück.

1999 ist in den meisten Bundesländern eine stärkere Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen festzustellen. In Wien ist eine Zunahme um 1,5 Prozent zu verzeichnen. Dieser Wert setzt sich aus der tatsächlichen Zunahme der Untersuchungen um ein Prozent, sowie aus dem Rückgang der Geburten um 0,5 Prozent zusammen. Der stärkste Anstieg kann in Tirol (+ 3,5 Prozent) registriert werden. In Burgenland und in Vorarlberg setzte sich jedoch der Rückgang der Untersuchungen fort.

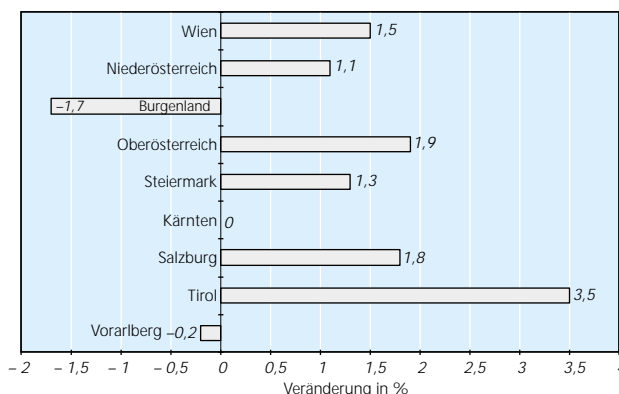
Tabelle 13: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1998 (in %)

| Bundesland | prozentuelle Veränderungen gegenüber dem Vorjahr ¹⁾ | | |
|------------------|--|-----------------------|--|
| | Rückgang/Zunahme der Untersuchungen | Rückgang der Geburten | Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in % Berücksichtigung des Geburtenrückgangs |
| Wien | + 1,0 | - 0,5 | + 1,5 |
| Niederösterreich | - 3,0 | - 4,1 | + 1,1 |
| Burgenland | - 6,0 | - 4,3 | - 1,7 |
| Oberösterreich | - 3,4 | - 5,3 | + 1,9 |
| Steiermark | - 2,3 | - 3,6 | + 1,3 |
| Kärnten | - 4,7 | - 4,7 | 0,0 |
| Salzburg | - 0,4 | - 2,2 | + 1,8 |
| Tirol | - 4,4 | - 7,9 | + 3,5 |
| Vorarlberg | - 3,3 | - 3,1 | - 0,2 |
| Österreich | - 2,3 | - 3,8 | + 1,5 |

- 1) Zeitraum: 1. – 4. Quartal 1998/1999.
- 2) Ohne Berücksichtigung jener Schwangerschaften, welche noch in das Jahr 1998 fielen.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Grafik 14: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1999 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern)



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Für die Gesundheit von Mutter und Kind im Bereich der Geburtshilfe ist ein hochwertiges und Prophylaxesystem unabdingbar. So können im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen u. a. Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten schneller erkannt werden und zu einer Verringerung von Komplikationen in der Schwangerschaft während der Geburt führen.

Die Ärztekammer warnt sowohl vor den gesundheitlichen als auch den sozialmedizinischen Auswirkungen, welche sich aus einer Gefährdung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems ergeben würde. So besteht z. B. die Gefahr der schlechteren Betreuung von sozial Schwachen, mehr Missbildungen (insbesondere im Bereich der Hüftgelenksdysplasien) und damit zu S. in größerem Ausmaß führen könnte.

Langfristig trifft ein Negativtrend jedoch vor allem die Zwei- bis Vierjährigen. Zu den Gesundheitsproblemen, die leicht übersehen werden können, zählen Entwicklungsstörungen. Oftmals verbirgt sich dahinter eine Sprachverzögerung, einer grob- oder feinmotorischen Ungeschicklichkeit eine Teilleistungsstörung oder eine Wahrnehmungsstörung. Unbehandelt fallen die Kinder dann durch Schulprobleme auf. Gesundheitsprobleme betreffen Hörstörungen infolge häufiger Mittelohrentzündungen, und durch Malabsorptionssyndrome bedingter Minderwuchs. Ferner müsste mit einer erhöhten Zahl von Sehfehlern gerechnet werden, wenn zu wenig Untersuchungen vorgenommen werden. Zu erwarten ist aber auch ein Anstieg bei den chronischen Erkrankungen zu erwarten, deren Früherkennung durch das Auslassen von Untersuchungen erschwert wird (z. B. Asthma bronchiale).

Werden Erkrankungen bei Kindern zu spät erkannt, verursacht das nicht nur persönliche, sondern auch enorme volkswirtschaftliche Folgekosten. Besonders im Bereich der Stoffwechselerkrankungen und Hörschwächen, Erkrankungen des Bewegungsapparates oder hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit (welche seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 von 20 Promille auf 5,1 Promille gesunken ist) können die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vorbeugend einwirken.

Wenngleich sich die Befürchtungen eines starken Rückgangs von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen als Folge des Wegfalls der erhöhten Geburtenbeihilfe nicht in diesem Ausmaß bestätigt haben, sind doch noch Bemühungen zu zusätzlichen Informations- und Betreuungsmaßnahmen. Im Entwurf eines Frauengesundheitsprogrammes wird ein Maßnahmenpaket vorgeschlagen, welches nicht nur eine verbesserte medizinische Betreuung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und danach, sondern auch eine enge Zusammenarbeit von Sozialeinrichtungen, Familienhebammen der 1. und 2. Ordnung, 15, niedergelassenen Hebammen und ÄrztInnen sicherstellen soll.

Derzeit wird das Wiener Sicherheitsnetz in Sachen Vorsorgemedizin noch als sehr solide bezeichnet. Dem neuen Wiener Impfkonzept (1998) stehen allen Kindern im Vorschulalter die vom Sanitätsrat empfohlenen Impfungen kostenlos in den Elternberatungsstellen, Bezirksgesundheitsämtern und bei den niedergelassenen ÄrztInnen zur Verfügung. Im Schulalter erhalten die SchülerInnen die empfohlenen Impfungen kostenlos in den Schulen oder in den Bezirksgesundheitsämtern.

7.6.2 Die Wiener Elternberatungsstellen

In den 55 Wiener Elternberatungsstellen fanden 1999 an 3.609 Beratungstagen 59.458 Beratungsgespräche, ärztliche Untersuchungen und Beratungen statt. Dieses für die Wiener Bevölkerung kostenlos angebotene Angebot wird den Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum 6. Lebensjahr von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und SozialarbeiterInnen angeboten.

Neben den Untersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Eintragungen, Vitamin-D- und Vitamin-K-empfindlichen Impfstoffen wurden Beratungen, z. B. über Ernährung, Pflege, Entwicklung, Elternschaft, Erziehung, durchgeführt.

Seit Ende 1998 werden außer in den öffentlichen Impfstellen auch bei den niedergelassenen ÄrztInnen die empfohlenen Kinderimpfungen kostenlos verabreicht. Dies bewirkte einen Rückgang der Besucherfrequenz in den Elternberatungsstellen um ein Drittel im Vergleich zu 1998 (85.882 BesucherInnen). Die Anzahl der in den Elternberatungsstellen erstmals vorgestellten Säuglinge betrug 1999 in

(vorgestellte Säuglinge insgesamt: 30.966). Die Beratungsstellen wurden im Berichtsjahr von beschäftigten ÄrztInnen (KinderfachärztInnen und praktische ÄrztInnen) betreut, welche 25.948 Kinder untersuchten.

Im Jahr 2000 ist die Neuorganisation der Elternberatungen mit Auflassung einzelner Stellen und dem zukommen von Beratungsangeboten vor allem in den neun Eltern-Kind-Zentren geplant.

Die Eltern-Kind-Zentren richten ihr Informations- und Beratungsangebot an die Zielgruppe „werdende Eltern, Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“. Neben den Beratungen durch SozialarbeiterInnen, PädagogInnen und ÄrztInnen stehen auch PsychologInnen und Familienhebammen zur Verfügung. Neben den Hör- und Sehtests sowie entwicklungsdiagnostische Untersuchungen durchgeführt. Neben den Elternberatungen finden auch Elternschulen, Stillgruppen, Elterncafés, etc. statt. Dadurch soll die Gesundheitsvorsorge in Bezug auf die Kinder gefördert werden.

Hör- und Sehtests

Hören und Sehen sind entscheidende Funktionen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Menschen. Schlecht hörende Kinder lernen verzögert zu sprechen und finden dadurch oft Kontakt zur Umwelt. Sprachstörungen und Lernschwierigkeiten sind die Folge. Ebenso ist die Früherkennung und Frühbehandlung von Sehfehlern außerordentlich wichtig. Jedes siebente bis achte Kind im Vorschulalter braucht eine augenärztliche Behandlung. Sehschwache Kinder sind in der Schule benachteiligt. Eine frühzeitige Behandlung kommt dann oft schon zu spät.

Zur frühzeitigen Identifikation von Seh- und Hörstörungen wird in allen Wiener Tagesheimern ein Screening durchgeführt. 1999 wurden bei 11.955 fünfjährigen Kindern Hörtestungen vorgenommen, wobei 780 Kinder auffällig waren. Sehtestungen werden ab dem vollendeten 3. Lebensjahr durchgeführt. 1999 waren dies 15.988 Untersuchungen. Es wurden 2.060 Kinder mit Auffälligkeiten wie Schwa-
chheit, Schielen oder Störungen des räumlichen Sehens gefunden.

Entwicklungsdiagnostische Untersuchungen

An zwei entwicklungsdiagnostischen Stellen der Stadt Wien erfolgt die Überprüfung der psychischen und motorischen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, um möglichst frühzeitig Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen zu erkennen und die notwendige Frühförderung und Therapie einzuleiten. Im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes werden die Säuglinge nach Risikoschwangerschaft oder einer komplizierten Geburt im Alter von vier, sieben und 15 Monaten einer Untersuchung eingeladen. 1999 wurden in den beiden Stellen (1100, Gellertgasse 42–48 und Währinger Gürtel 141) insgesamt 8.936 Untersuchungen vorgenommen. Von den 772 Untersuchungen nach dem Wiener Risikokinderprogramm waren 93 Kinder gering auffällig und acht deutlich auffällig. Es wurden Auffälligkeiten im Sinne von motorischen Bewegungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsschwächen, Sprachstörungen und Verhaltensproblemen bis hin zur Mehrfachbehinderung diagnostiziert. Die Frühförderung von Risikokindern oder beeinträchtigten Kindern muss so rasch wie möglich einsetzen, um eine Verminderung dieser Auffälligkeiten erreichen und die weitere Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen zu können.

Familienhebammen

Die elf Familienhebammen der Stadt Wien betreuen werdende und „eben gewordene“ Mütter. Ihre Hauptaufgaben sind Geburts- und Stillvorbereitung, Abbau von Geburtsängsten, Schwangerengymnastik mit Atem- und Entspannungsübungen und Betreuung von Risikoschwangeren. Die Familienhebammen sind in einigen Schwangerenambulanzen der Wiener Spitäler, in Eltern-Kind-Zentren und an verschiedenen Punkten tätig. Es werden aber auch Hausbesuche angeboten.

Eine optimale Schwangerenvorsorge ist ein wesentlicher Beitrag zur Senkung von Frühgeburtenrate, Säuglingssterblichkeit sowie zur Prävention von Morbidität. Neben der ärztlichen ist auch die psychologische Betreuung bedeutend. Hier setzt die Arbeit der Familienhebammen mit ihren Schwerpunkten an. Durch eine niederschwellige Betreuung können Probleme und Unsicherheiten frühzeitig angesprochen, Lösungsweg erarbeitet und Ratschläge erteilt werden, noch bevor sich die Ängste manifestieren. Die Frauen werden in ihrer Kompetenz bestärkt. Auf diese Weise können einige psychische Faktoren vermieden werden.

zum Zustandekommen einer Früh- oder Risikogeburt beitragen. 1999 wurden insgesamt 1.510 Risikoschwangere betreut, davon waren 1.510 Risikoschwangere.

Gezielte Betreuung bei Vorliegen sozialer Risikofaktoren

Im Sommer 1998 wurde anhand einer repräsentativen Stichprobe an 13 Elternberatungsstellen die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erhoben. Die Ergebnisse zeigen deutlich auf die ungleiche Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach sozioökologischer Zugehörigkeit hin. Die einzelnen Bezirksergebnisse zeigten, dass Mütter nichtösterreichischer Herkunft weniger oft an den Untersuchungen teilnahmen als InländerInnen. Die Bezirke 2, 16 und 20 traten schlechter ab als die Bezirke 13, 14, 18 und 23.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Schwangeren- und Neugeborenen-Untersuchungen unter Berücksichtigung sozialer und Lebensumstände wurde aber bereits während den Jahren der erhöhten Geburtsterminstermachtet. Besonderes Augenmerk sollte daher auch künftig auf die Gruppe jener sozial benachteiligten Frauen gelegt werden, welche ein oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweisen:

- Alter unter 20 Jahre,
- Pflichtschule ohne Berufsausbildung,
- Ausländerin,
- drei Kinder oder mehr,
- lebt ohne den Vater der Kinder,
- ungeplante Schwangerschaft.

Im Jahr 1999 wurde ein zweites Frauen-Eltern-Mädchen-Zentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital (Süd),⁹¹ das vor allem auch für die Gruppe der sozial benachteiligten Frauen eine Anlaufstelle

Früherkennung von medizinischen Risikofaktoren

Im November 1993 wurden bei dem ExpertInnensymposium „Kinder kriegen in Wien“ Strategien für die Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung festgelegt, die auch die Durchführung von Untersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt – über das Mutter-Kind-Pass-Programm hinausgehend – vorsehen. Dabei geht es neben der Früherkennung von Fehlentwicklungen auch um die Diagnose und Therapie von Diabetes. Dem liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass in der Schwangerschaft zu Diabeteserkrankungen kommen kann.

7.6.3 Perinatalzentren

Die Schaffung von Perinatalzentren, vor allem im AKH und im Donauespital, an die Risikoschwangere überwiesen werden (incl. Antenatal-Transport), hat sich bewährt. Ein drittes Zentrum wurde im Donauespital (Glanzing) eröffnet. Im Sommer 2000 ging auch das „Babynest Glanzing im Donauespital“ in Betrieb. Dies ist eine soziale Einrichtung, in der schwangere Frauen in Problemsituationen Beratung und Information erhalten. In ausweglosen Lebenslagen können sie ihr Neugeborene im Babynest deponieren, wodurch über Sensoren in der Kinderambulanz Alarm ausgelöst wird und das Kind sofort abgeholt und medizinisch betreut wird.

Perinatalzentren bieten die höchste Versorgungsstufe für Neugeborene und Frühgeborene. Insbesondere Risikoschwangerschaften mit Bedarf einer intensivmedizinischen Betreuung der Säuglinge werden hier behandelt. Ein derartiges Zentrum soll unmittelbar an die Geburtshilfe angeschlossen und in eine Kinderabteilung integriert sein bzw. alle Spezialfächer (wie Kinderchirurgie, Radiologie mit Computertomographie, Kinderkardiologie, etc.) direkt zur Verfügung stehen.

⁹¹ Das erste Frauen-Eltern-Mädchen-Zentrum befindet sich in der Semmelweis-Klinik.

VIII.
GESUNDHEITS
VERSORGUNG

*HEALTH CARE
IN VIENNA*

8 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN

8.1 Intramurale (stationäre) Versorgung

8.2 Extramurale (ambulante) Versorgung

8.2.1 Ambulatorien

8.2.2 Mobile Gesundheits- und Krankenpflege der Gemeinde Wien

8.2.3 Freiberuflich ausgeübter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

8.2.4 Freiberuflich ausgeübter gehobener medizinisch-technischer Dienst

8.2.5 Hebammen

8.2.6 Ausbildung in Wien

8.2.7 Psychosoziale Betreuung

8.2.7.1 Kuratorium Psychosozialer Dienste

8.2.7.2 PsychotherapeutInnen, GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen

8.3 Ärztinnen und Ärzte

8.3.1 Aktueller Stand der ärztlichen Versorgung

8.3.2 Betreuung durch ÄrztInnen

8.3.3 Kassenärztliche Versorgung

8.3.3.1 Visiten

8.4 ZahnärztInnen und DentistInnen

8.5 Apotheken

8.6 Wiener Rettungsdienste

7 GESUNDHEITSVERHALTEN

Da die Ursachen von Krankheit bzw. deren Intensität vielfach umwelt- und lebensstilbedingten sie besonderer Aufmerksamkeit. Das Aufzeigen solcher gesundheitsstärkender oder gesundheitsfördernder Faktoren ist Voraussetzung für entsprechende gesundheitspolitische Ansätze.

Gleichzeitig soll aber auch die Aufmerksamkeit auf Risiken und Chancen gelenkt werden, die mit bestimmten Verhalten verbunden sind. Damit wird der Hinwendung der Gesundheitspolitik von Krankheiten und Förderung von Gesundheit Rechnung getragen.

Der Begriff **Prävention** umfasst dabei alle Maßnahmen zur Feststellung und Beseitigung von Risikofaktoren für spezifische Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten. Wichtige Instrumente dieser Präventionsstrategie sind die Gesundheitsuntersuchungen sowie die Pass-Untersuchungen.

Gesundheitsförderung setzt hingegen noch vor dem Auftreten spezifischer Krankheiten ein. Ihr Anliegen ist die Stärkung eines positiven Gesundheitsverhaltens mit dem Ziel, auf eine Beseitigung von krankmachenden Lebensweisen hinzuwirken. Grundsätzlich geht es um die Verwirklichung des größtmöglichen Gesundheitspotenzials im Sinne von seelischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden. Durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, etc. sollen soziale Fähigkeiten entwickelt und gefördert werden, welche die Menschen zu mehr Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheitsbewusstheit befähigen. Voraussetzung dafür ist, dass die Menschen sich wieder vermehrt für ihre Gesundheit verantwortlich fühlen.⁷³

In diesem Abschnitt werden neben den am verbreitetsten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie dem Rauchen und Alkoholkonsum, auch die Themen Ernährung und Bewegung/Sport diskutiert. Diese sollen Anstöße zu stärkerem Bewusstsein, Verhaltensänderung sowie die Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen liefern.

⁷³ In diesem Zusammenhang sei auf die 1986 verabschiedete, heute aber noch immer gültige „**Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**“ hingewiesen. Sie definiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, durch den allen Menschen ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit bzw. über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglicht wird. Sollen die Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden. Gesundheit wird hier in einem sehr umfassenden, wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden.