

3 EPIDEMIOLOGIE

3.1 Infektionskrankheiten

3.1.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

Im Jahr 2001 konnte eine leichte Zunahme der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festgestellt werden (+5 Prozent). Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden in Wien im Berichtsjahr insgesamt 2.865 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (dies entspricht einer Erkrankungsrate von 178,4 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien).

Wie immer nahmen den weitaus größten Teil (81 Prozent) die **bakteriellen Lebensmittelvergiftungen** ein, welche darüber hinaus eine deutliche Zunahme im Vergleich zum Vorjahr aufweisen (+13 Prozent). Nach wie vor gelten als Hauptverursacher Campylobacter- und Salmonella-Infektionen.

Außer der Zunahme bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ist 2001 auch ein Anstieg bei **Meningitis** (32 Fälle) und **Malaria** (38 Fälle) zu verzeichnen (in beiden Fällen besteht diese Zunahme auch im Vergleich zum Durchschnittswert der Vorjahre).

Rückgänge – sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch hinsichtlich des Durchschnittswertes der letzten drei Jahre – sind hingegen bei der infektiösen **Hepatitis** (127 Fälle) und der Kinderkrankheit **Scharlach** (324 Fälle) zu beobachten.

Infolge einer **Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung** verstarben 2001 – wie bereits in den drei vorangegangenen Jahren – drei Personen.

Summary: Infectious Diseases

In 2001, registered notifiable infectious diseases increased slightly (+5 percent). Excluding tuberculosis, sexually transmitted diseases and AIDS, a total of 2,865 cases of infectious diseases were recorded in Vienna in the year under review (this corresponds to a morbidity rate of 178.4 persons per 100,000 inhabitants).

*As always, cases of **bacterial food poisoning** which moreover presented a marked increase as compared with the previous year (+13 percent), accounted for the largest share by far (81 percent), the main causative agents being, as in the past, campylobacter and salmonella infections.*

*In addition to the increase of bacterial food poisoning, **meningitis** (32 cases) and **malaria** (38 cases) were also diagnosed more frequently in 2001 (in both instances; this is also an increase in comparison with the average figures for the previous years).*

*Conversely, reductions were recorded for infectious **hepatitis** (127 cases) and the childhood disease **scarlet fever** (324 cases) with respect to both the previous year and the average figures for the last three years.*

*As in the three previous years, three persons died in 2001 as a consequence of **Creutzfeldt-Jakob disease**.*

Nachdem zu Beginn der 90er Jahre die Zahl der gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) kurzfristig angestiegen ist, wurde während der darauf folgenden Jahre wieder ein Abwärtstrend beobachtet. Ab 1996 war jedoch erneut eine Zunahme festzustellen, die 1999 und 2000 durchbrochen wurde. 2001 konnte wie-

der eine leichte Zunahme (+5 Prozent) der meldepflichtigen Infektionskrankheiten verzeichnet werden. Dies entspricht einer Rate von 178,4 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien (2000: 170 Personen), die in diesem Jahr an einer der unten aufgelisteten Infektionskrankheiten erkrankten.

Von den 2.865 im Jahr 2001 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** bei weitem den größten Teil ein (2.324 Fälle = 81 Prozent aller Infektionen). Gleichzeitig ist in diesem Jahr auch eine Zunahme der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen zu verzeichnen (+13 Prozent gegenüber dem Vorjahr und +10 Prozent gegenüber dem Durchschnitt der letzten drei Jahre).

So wie im Vorjahr, in welchem **Campylobacter-Infektionen** erstmals die häufigste bakterielle Lebensmittelver-

giftung darstellten, nahmen diese auch im Jahr 2001 die erste Stelle ein (Campylobacteriose: 1.176 Fälle = 51 Prozent aller Lebensmittelinfektionen), gefolgt von den **Salmonellosen** (1.031 Fälle = 44 Prozent). Dazu ist jedoch zu bemerken, dass die Campylobacteriose erst im Sommer 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz als meldepflichtige Erkrankung nach dem Epidemiegesetz²³ definiert wurde. Seither nehmen zwar diese Infektionskrankheiten generell zu, allerdings muss bei der Interpretation die anfänglich etwas verzögerte Umsetzung der Meldepflicht sowie die darauf folgende Zunahme von Meldungen mitberücksichtigt werden.

Möglichkeiten der Ansteckung

Campylobacter-Arten werden in der Regel indirekt durch kontaminierte Lebensmittel übertragen. Besonders häufig sind Geflügel und Fleischprodukte betroffen. Eine Übertragung durch den Kontakt mit erkrankten Tieren oder direkt von Mensch zu Mensch kann vorkommen.

Die Übertragung von **Salmonellen** erfolgt in der Regel ebenso indirekt über kontaminierte Lebensmittel, vor allem durch unzureichend gekochtes/gebratenes Geflügel und Fleisch, rohe Eier oder aus diesen hergestellte Speisen (z. B. Mayonnaise, Tiramisu). Jedoch auch durch nachträglich in der Küche kontaminierte Speisen wie diverse Salate wird immer wieder eine Übertragung beobachtet. Ebenso können Salmonellen im Rahmen einer Schmierinfektion von Mensch zu Mensch und von Tier zu Mensch übertragen werden.

Der Anstieg der nicht im Ausland erworbenen **Shigelleninfektionen** (bakterielle Ruhr) ist zum Teil auf eine Kleinraumepidemie in einer Wiener Schule mit insgesamt 13 Erkrankten zurückzuführen.

Scharlach, eine vor allem Kinder betreffende bakterielle Infektionskrankheit (Häufigkeitsmaximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr), trat im Vergleich zu den Vorjahren mit 324 Fällen deutlich seltener auf.²⁴

Bei den **viralen Infektionen** kam es im Jahr 2001 zu einem weiteren Rückgang der **Hepatitis**-Erkrankungen (–31 Prozent im Vergleich zum Vorjahr bzw. –44 Prozent im Vergleich zum Durchschnittswert der letzten drei Jahre). Insgesamt erkrankten im Berichtsjahr 127 Personen an Hepatitis infectiosa.

Bei der übertragbaren **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) ist seit 1962 keine einzige in Wien erworbene Erkrankung mehr aufgetreten, was als Folge der konsequent durchgeführten Impfkation angesehen werden kann. Im Berichtsjahr wurde auch kein einziger Fall von **Enzephalitiden**, unter welche auch FSME subsumiert wird, gemeldet.

Ein Anstieg der Fälle ist jedoch bei der übertragbaren Genickstarre, **Meningitis**, sowie bei **Malariafällen** zu beobachten – und zwar sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch hinsichtlich der Durchschnittswerte der letzten drei Jahre. 2001 wurden 32 Fälle von Meningitis gemeldet²⁵ und 38 Fälle von Malaria²⁶.

²³ Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Offizielles Organ für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich, 101. Jahrgang/Heft 4, April 2000, S. 17–20.

²⁴ Scharlachfälle 2000: 445 Fälle; 1999: 361 Fälle; 1998: 500 Fälle.

²⁵ Meningitisfälle 2000: 14 Fälle; Ø 1998–2000: 24 Fälle.

²⁶ Malariafälle 2000: 23 Fälle; Ø 1998–2000: 29 Fälle.

Infolge der **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** verstarben in Wien 2001 – wie auch schon in den letzten drei Jahren – drei Personen. Die Erkrankung ist in Österreich nicht

meldepflichtig. Todesfälle aufgrund dieser Prionen-Infektion sind jedoch seit 1. April 1996 meldepflichtig; bisher gibt es insgesamt 14 nachgewiesene Todesfälle.

Tabelle 1: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 2001

Infektionskrankheiten	Erkrankungen		Sterbefälle	
	Ø 1998–2000	2001	Ø 1998–2000	2001
bakterielle Infektionen				
Scharlach	435	324	–	–
Diphtherie	–	–	–	–
bakterielle Lebensmittelvergiftungen	2.117	2324	–	–
davon: Salmonella-Infektionen	994	1031	–	–
Campylobacter-Infektionen	998	1176	–	–
Yersinia-Infektionen	45	43	–	–
Shigellen-Infektionen ¹⁾ (bakterielle Ruhr)	77	71	–	–
andere Infektionen	3	3	–	–
Lepra	–	–	–	–
Typhus abdominalis	5	3	–	–
Paratyphus	1	–	–	–
Cholera	–	–	–	–
Tularaemie (Hasenpest)	1	–	–	–
Keuchhusten	10	10	–	–
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	–	–	–	–
Leptospiren-Erkrankungen	–	1	–	–
Legionellen	–	3	–	–
virale Infektionen				
Encephalitiden ²⁾	1	–	–	–
Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)	–	–	–	–
Hepatitis infectiosa ³⁾	227	127	1	–
übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁴⁾	24	32	3	1
Chlamydien				
Psittakose (Papageienkrankheit)	–	–	–	–
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	–	–	–	–
Protozoenerkrankungen				
Malaria	29	38	–	3
Amöbenruhr	2	3	–	–
Wurmerkrankungen				
Trichinose (importiert)	1	–	–	–
Prionen-Infektion				
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung ⁵⁾	–	–	3 ⁶⁾	3
insgesamt	2.855	2.865	8	7

1) 36 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

2) Darunter: 0 Fall von FSME (CEE) und 1 Fall von Herpes. Seit 1996 sind alle durch Viren hervorgerufenen Encephalitiden meldepflichtig.

3) Davon 46 Hepatitis A, 40 Hepatitis B, 39 Hepatitis C.

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

5) Todesfälle seit 1. April 1996 meldepflichtig (keine Meldepflicht der Erkrankung). Offizieller Überbegriff: subacute spongiforme Encephalopathien.

6) 1996: zwei Sterbefälle infolge einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung; 1997: kein Sterbefall; 1998: drei Sterbefälle; 1999: drei Sterbefälle; 2000: drei Sterbefälle; 2001: drei Sterbefälle.

Quelle: Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen, Referat I/2 Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen.

3.1.2 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.150 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von diesen litten 712 an aktiver Tuberkulose, über die Hälfte davon an offener Tuberkulose.

2001 wurden 389 **Neuerkrankungen** (d. s. 23,9 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen) registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Rückgang bedeutet. Die größten Risikogruppen stellen sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie MigrantInnen aus ärmeren Zuwanderungsgebieten, Alkoholranke und Obdachlose dar.

Bei den **Todesfällen** ist seit Anfang der 80er Jahre ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Starben 1981 in Wien noch 6,4 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen an Tuberkulose, schwankten die diesbezüglichen Werte seit 1996 zwischen 1,4 und 1,7. Der auffallend niedrige Wert von 1,0 des Jahres 2001 könnte durch die niedrigere Obduktionsrate mitverursacht sein. Im Berichtsjahr 2001 wurden nur 16 Todesfälle infolge einer Tuberkuloseerkrankung gemeldet.

Summary: Tuberculosis

Currently, about 1,150 persons suffering from tuberculosis live in Vienna. All in all, more men than women are affected by tuberculosis. Of these patients, 712 suffered from active tuberculosis; more than half of them had open tuberculosis.

In 2001, 389 new infections were registered (i.e. 23.9 cases per 100,000 inhabitants); a marked reduction as compared with the previous years. The largest risk group is composed of socially weak strata of the population, such as migrants from poorer regions of origin, alcoholics and homeless people.

*With respect to **deaths**, a considerable reduction was noted since the early 1980s. While in 1981 the mortality rate for tuberculosis was still 6.4 persons per 100,000 inhabitants, the relevant rate has been oscillating between 1.4 and 1.7 since 1996. The strikingly low rate of 1.0 for 2001 might, at least in part, be due to the reduced autopsy rate. In the year under review, the notified number of deaths from tuberculosis was merely 16.*

Die Tuberkulose ist eine chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die weltweit verbreitet ist und durch die Ausbreitung von HIV und verstärkte Migration auch in Industriestaaten wieder zunehmend an Bedeutung gewinnt. Schlechter Ernährungszustand, ungünstige soziale Verhältnisse und ein geschwächtes Immunsystem begünstigen Infektion und Erkrankung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung (rund zwei Milliarden Menschen) den Tuberkulose-Erreger in sich trägt, dass 5 bis 10 Prozent der Infizierten krank sind oder im Laufe ihres Lebens ansteckend werden, dass sich jährlich mehr als 1 Prozent der Weltbevölkerung neu mit dem Tuberkulose-Erreger infiziert und dass pro Jahr rund zwei Millionen Menschen an Tuberkulose sterben. Eine Ansteckung erfolgt ausschließlich

durch Kranke, die an Lungentuberkulose leiden. Im Durchschnitt steckt ein aktiver Tuberkulose Leidender 10 bis 15 Menschen an.²⁷

Weltweit weisen die Staaten Südasiens und Afrikas südlich der Sahara die höchsten Erkrankungsdaten auf. In Ost- und Zentraleuropa liegen die Erkrankungsdaten weit über jenen von Westeuropa, ohne jedoch an die Werte Asiens und Afrikas heranzureichen.

Derzeit leben in **Wien** rund 1.150 an Tuberkulose erkrankte Personen (davon 712 Personen mit aktiver Tuberkulose), die einer besonderen Betreuung, sowie der Behandlung und Überwachung bei Lungenspezialisten und der Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten Risikogruppen und damit die meisten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen nach wie

²⁷ WHO, Fact Sheet No.104, April 2000.

vor sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie Alkoholranke, Obdachlose und ärmere MigrantInnen dar.

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb zwischen 1981 und 1996 – mit Ausnahme der Jahre 1981 und 1990, in welchen eine besonders hohe Inzidenzrate zu verzeichnen war – relativ konstant. Seit 1997 nahm die Inzidenzrate jedoch kontinuierlich ab und erreichte im Jahr 2001 ihren bisherigen Tiefstwert: 2001 betrug die rohe, nicht altersstandardisierte, jährliche Neuerkrankungsrate in Wien 23,9 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen.

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia und Ib), der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 2001 gegenüber 2000 um fast 4 Prozent gesunken. Der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) stieg um etwas mehr als 12 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Der Anteil der AusländerInnen bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen ist sehr wechselnd:

seit 1987 schwankt er zwischen 15 und 39 Prozent. 2001 betrug der AusländerInnenanteil bei allen Tuberkuloseformen 36 Prozent; auffallend hoch war dabei der Anteil an extrapulmonalen Formen (32,8 Prozent; Lymphknoten-TBC: 34,2 Prozent).

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

Die Anzahl der Erkrankungen an **Kindertuberkulose** schwankt von 1997–2000 zwischen 12 und 22 Fällen. Im Jahr 2001 erkrankten 27 Kinder (davon 18 österreichische) an Tuberkulose.

Tabelle 2: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–2001

Jahr	Kategorie ¹⁾			insgesamt	
	Ia + Ib	Ic	Id	absolut	auf 100.000 EW
1981	278	232	90	600	38,3
1982	280	216	67	563	36,8
1983	246	186	79	511	33,5
1984	250	166	37	453	29,9
1985	233	167	52	452	29,8
1986	216	165	53	434	28,9
1987	254	156	40	450	29,9
1988	288	169	58	515	33,6
1989	282	197	49	528	34,5
1990	313	238	51	602	38,5
1991	283	186	67	536	33,7
1992	300	223	60	583	36,2
1993	293	204	62	559	34,1
1994	299	209	79	587	35,8
1995	239	186	79	504	31,8
1996	308	160	58	526	32,3
1997	266	124	63	453	28,1
1998	275	81	78	434	27,0
1999	261	76	66	403	25,1
2000	240	105	57	402	24,9
2001	231	91	64	389	23,9

- 1) Ia: ansteckungsfähige Lungentuberkulose mit Bazillennachweis.
 Ib: ansteckungsfähige Lungentuberkulose ohne Bazillennachweis.
 Ic: aktive geschlossene Lungentuberkulose.
 Id: aktive extrapulmonale Tuberkulose.

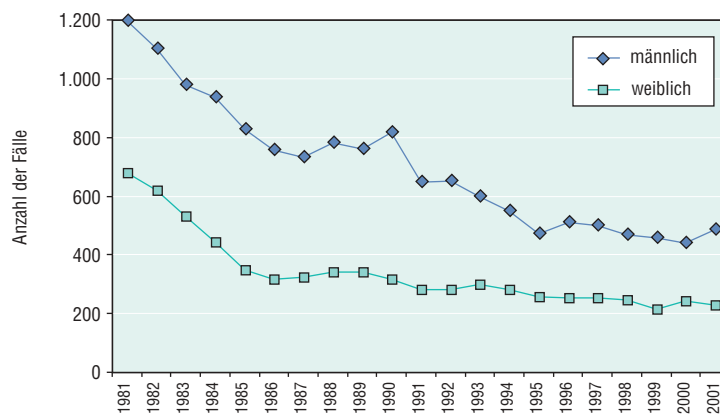
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Im Berichtsjahr lebten insgesamt 712 Personen mit aktiver Tuberkulose in Wien. Dies ergibt eine **Prävalenz** von 44,3 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien. Nahezu die Hälfte der PatientInnen leidet an offener Tuberkulose (346 Fälle). Gegenüber 2000 (683 Fälle bzw. 42,6 Fälle pro 100.000) stieg die Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose leicht an, wobei diese Zunahme auf einen Anstieg bei den Männern zu-

rückzuführen ist. Trotz des Anstieges im Jahr 2001 entspricht der Wert annähernd dem des Jahres 1998.

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr Männer als Frauen betroffen. Derzeit leiden mehr als doppelt so viele Männer (484 Fälle) als Frauen (228 Fälle) an dieser Krankheit.

Grafik 1: Personen mit aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Tabelle 3: Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–2001

Jahr	aktive Tuberkulose			davon: offene Tuberkulose ¹⁾		
	Geschlecht		insgesamt	Geschlecht		insgesamt
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	
1981	678	1.196	1.874	149	420	569
1982	621	1.102	1.723	149	399	548
1983	531	979	1.510	133	354	487
1984	443	935	1.378	122	377	499
1985	350	828	1.178	98	343	441
1986	316	757	1.073	85	309	394
1987	324	732	1.056	97	312	409
1988	341	781	1.122	109	310	419
1989	342	759	1.101	106	315	421
1990	318	816	1.134	103	332	435
1991	280	647	927	114	300	414
1992	281	651	932	103	311	414
1993	300	600	900	112	273	385
1994	281	549	830	111	250	361
1995	258	471	729	98	210	308
1996	254	512	766	113	248	361
1997	255	501	756	109	249	358
1998	245	469	714	112	213	325
1999	215	457	672	96	234	330
2000	242	441	683	103	226	329
2001	228	484	712	98	248	346

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

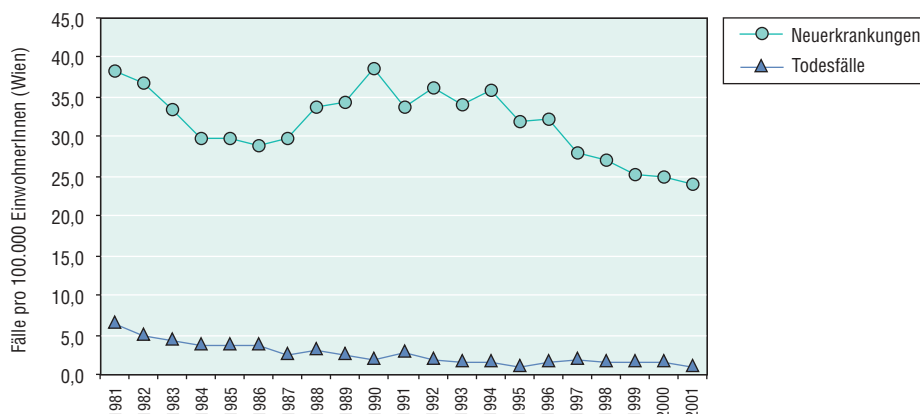
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Die Anzahl der an Tuberkulose **verstorbenen Personen** in Wien ist seit Anfang der 80er Jahre deutlich rückläufig. Seit 1996 bewegten sich die Tuberkulosefälle pro 100.000 EinwohnerInnen zwischen 1,4 und 1,7. Im Berichtsjahr 2001 machte sich jedoch bereits die niedrigere Obduktionsrate und daraus resultierende Fehlerquellen bemerkbar. Es sind Fälle von PatientInnen mit offener Tuberkulose bekannt, die nicht obduziert wurden bzw. bei denen Tuberkulose nicht als Todesursache angeführt wurde (manchmal nicht einmal als Nebenursache). Häufig wurde statt Tuberkulose Pneumonie (Lungen-

entzündung) als Todesursache gemeldet. Die im Berichtsjahr 2001 deutlich niedrigere Sterberate der an Tuberkulose verstorbenen Wienerinnen und Wiener ist daher nicht sehr aussagekräftig. Es wurde sogar mit einem Anstieg der Mortalität aufgrund der Zunahme antibiotikaresistenter Bakterienstämme gerechnet.

2001 wurden in Wien nur 16 Todesfälle an Tuberkulose gemeldet (davon 8 Männer und 8 Frauen). Dies entspricht einer Sterberate von 1,0 pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien.

Grafik 2: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–2001



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

Tabelle 4: Todesfälle an Tuberkulose¹⁾ 1981–2001

Jahr	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	auf 100.000 weibl. EW	absolut	auf 100.000 männl. EW	absolut	auf 100.000 EW (Wien)
1981	46	5,1	58	8,1	104	6,4
1982	28	3,1	50	7,0	78	4,8
1983	22	2,6	46	6,7	68	4,4
1984	24	2,8	35	5,1	59	3,8
1985	16	1,9	40	5,9	56	3,7
1986	28	1,9	28	4,1	56	3,7
1987	11	1,3	25	3,7	36	2,4
1988	19	2,3	28	4,0	47	3,1
1989	18	2,1	20	2,9	38	2,5
1990	11	1,3	19	2,6	30	1,9
1991	9	1,1	32	4,5	41	2,6
1992	7	0,8	23	3,0	30	1,9
1993	9	1,0	15	1,9	24	1,4
1994	13	1,5	11	1,4	24	1,5
1995	3	0,4	14	1,8	17	1,0
1996	11	1,3	13	1,7	24	1,5
1997	13	1,5	14	1,8	27	1,7
1998	7	0,8	18	2,4	25	1,6
1999	7	0,8	16	2,1	23	1,4
2000	9	1,1	17	2,2	26	1,6
2001	8	1,0	8	1,0	16	1,0

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

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tuberkulose in Wien im Jahr 2001 statistisch um 4,2 Prozent gestiegen ist. Die Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten dürfte aber weiterhin verhältnismäßig hoch liegen – ein Umstand, der auch in Zukunft verstärkt beachtet werden muss.

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien erfassen die Tuberkulosekranken in medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung. Die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach Tuberkuloseerkrankungen in den Gesundheitsfürsorgestellen bzw. bei den niedergelassenen FachärztInnen für Lungenerkrankungen zeigen eine steigende Anzahl von Rezidiverkrankungen

an Lungentuberkulose. Diese Zahlen werden aber in den Statistiken im Allgemeinen nicht erwähnt. Auch die sinkende Obduktionsrate führt bereits zu Fehlerquellen und einer Verminderung der Aussagekraft der Statistik.

Alkoholranke und obdachlose Personen – im Jahr 2001 wurden 2.926 Obdachlose von den Stellen des Tuberkulosereferates untersucht – sowie ärmere MigrantInnen und die in Österreich lebenden Flüchtlinge aus den Gebieten der ehemaligen UdSSR, der Osttürkei, sowie des ehemaligen Jugoslawiens, vor allem aus dem Kosovo, stellen nach wie vor die größten Risikogruppen für eine Tuberkuloseerkrankung dar.

Tabelle 5: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–2001¹⁾

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	2	10	4
1984	3	2	9	4
1985	5	5	28	11
1986	13	7	27	17
1987	32	11	87	46
1988	55	20	108	43
1989	72	32	144	72
1990	80	50	165	83
1991	121	65	200	118
1992	95	83	192	159
1993	140	97	236	155
1994	90	87	167	161
1995	106	77	206	153
1996	71	45	139	81
1997	33	17	98	36
1998	30	15	98	45
1999	42	11	100	33
2000	18	17	82	48
2001	20	8	49	30
insgesamt	1.032	651	2.145	1.299

1) Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

3.1.3.1 Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen

Nach den Spitzenwerten zwischen 1991 und 1995 zeigt sich in Österreich und auch in Wien bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der AIDS-Erkrankungsrate. In Wien wurde 2001 mit 20 Fällen der besonders niedrige Wert des Vorjahres (18 Fälle) nur geringfügig überschritten. Nach wie vor liegen die Werte der Frauen (3 Fälle) deutlich unter jenen der Männer (17 Fälle).

Insgesamt sind in Wien seit 1983 (bis Ende 2001) 887 Männer und 145 Frauen an AIDS erkrankt. 567 Männer

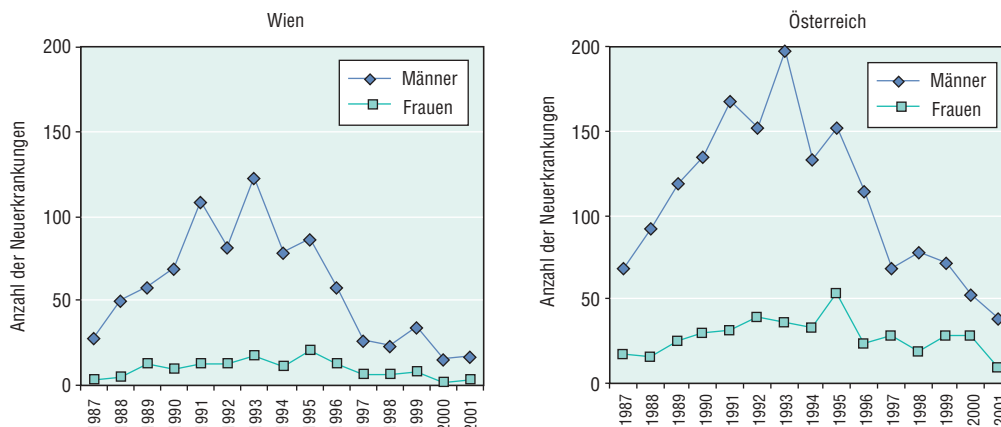
und 85 Frauen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit gestorben.

Österreichweit ist insbesondere bei den Frauen ein Rückgang der Neuerkrankungen um fast 70 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.³⁴ Bei den Männern ist der Rückgang zwar auch deutlich, beträgt jedoch nur 25 Prozent.³⁵ Von 1983 bis Ende des Jahres 2001 sind in Österreich 2.145 Personen, davon 1.718 Männer und 427 Frauen, an AIDS erkrankt. 1.304 Personen (davon 1.071 Männer und 233 Frauen) sind an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben. Bei den Todesfällen ist insbesondere seit 1999 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

³⁴ Neuerkrankungen Frauen – 2001: 9 Fälle; 2000: 29 Fälle.

³⁵ Neuerkrankungen Männer – 2001: 40 Fälle; 2000: 53 Fälle.

Grafik 4: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–2001 (Wien und Österreich)



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

Tabelle 6: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, Wien und Österreich 1987–2001¹⁾

Jahr	Wien						Österreich					
	insgesamt		Frauen		Männer		insgesamt		Frauen		Männer	
	neu	kumulativ ²⁾	neu	kumulativ ²⁾	neu	kumulativ ²⁾	neu	kumulativ ²⁾	neu	kumulativ ²⁾	neu	kumulativ ²⁾
1987	32	59	3	5	29	54	87	161	18	25	69	136
1988	55	114	5	10	50	104	108	269	15	40	93	229
1989	72	186	13	23	59	163	144	413	25	65	119	348
1990	80	266	10	33	70	233	165	578	30	95	135	483
1991	121	387	13	46	108	341	200	778	32	127	168	651
1992	95	482	13	59	82	423	192	970	39	166	153	804
1993	140	622	17	76	123	546	236	1.206	37	203	199	1.003
1994	90	712	11	87	79	625	167	1.373	33	236	134	1.137
1995	106	818	20	107	86	711	206	1.579	53	289	153	1.290
1996	71	889	12	119	59	770	139	1.718	24	313	115	1.405
1997	33	922	7	126	26	796	98	1.816	29	342	69	1.474
1998	30	952	6	132	24	820	98	1.914	19	361	79	1.553
1999	42	994	8	140	34	854	100	2.014	28	389	72	1.625
2000	18	1012	2	142	16	870	82	2.096	29	418	53	1.678
2001	20	1032	3	145	17	887	49	2.145	9	427	40	1.718

1) Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

2) Kumulativ seit 1983 (Frauen: seit 1984).

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

3.1.3.2 Wien im Bundesländervergleich

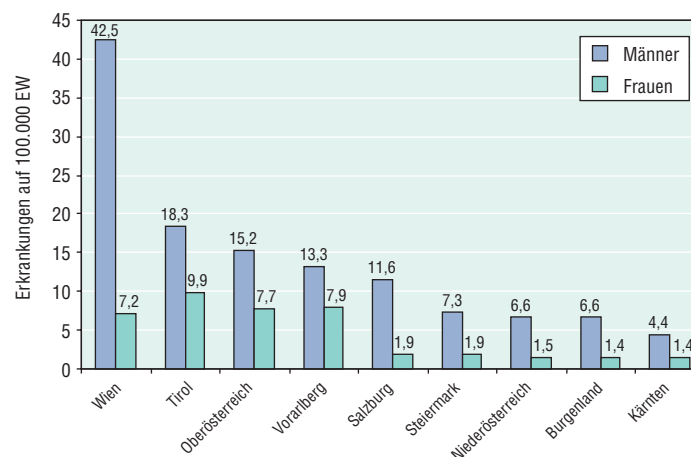
Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien im Berichtsjahr 2001 bei den absoluten Fällen mit 20 Erkrankungen die meisten Neuerkrankungen an AIDS aufweist (gefolgt von Oberösterreich). Auch bei der Gesamtanzahl der Erkrankungen (kumulativ seit 1983) steht Wien innerhalb Österreichs mit Abstand an der Spitze der AIDS-Erkrankungen.

Mit Bezugnahme auf die jeweilige Bevölkerungszahl relativiert sich dieses Bild etwas, wenngleich die Spitzenposition Wiens erhalten bleibt. Für das Jahr 2001 ergibt sich für Wien eine **Inzidenz** von 1,2 Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen (Männer 2,2; Frauen 0,4). Berücksichtigt man alle seit 1983 registrierten Fälle

(ausgenommen inzwischen Verstorbene), so errechnet sich mit Ende 2001 eine **Prävalenz** von 24 Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen (Männer 42,5; Frauen 7,2). (Vgl. Tabelle 7 und Grafik 5.)

Neben Wien weisen insbesondere die Bundesländer Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg hohe Inzidenz- und Prävalenzwerte auf. Die Ursache für die hohen Erkrankungsrate in diesen Bundesländern dürfte im intravenösen Drogenkonsum liegen – vor allem Linz (Oberösterreich), Innsbruck (Tirol) und das 3-Länder-Eck (Vorarlberg) gelten als „Drogenhochburgen“. Hingegen haben Niederösterreich, die Steiermark, das Burgenland und Kärnten die günstigsten diesbezüglichen Werte aufzuweisen.

Grafik 5: AIDS-Erkrankungen in den einzelnen Bundesländern, Prävalenz Ende 2001



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002); Bevölkerungszahlen von 2000, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Tabelle 7: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 2001 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Bundesland	Erkrankungen absolut					
	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen		
	Jänner 2001 – Dezember 2001			kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	3	17	20	145	887	1.032
Niederösterreich	1	4	5	15	105	120
Oberösterreich	3	8	11	127	244	371
Steiermark	–	2	2	31	138	169
Burgenland	–	–	–	5	18	23
Kärnten	–	–	–	6	44	50
Salzburg	1	–	1	13	69	82
Tirol	1	6	7	60	155	215
Vorarlberg	–	3	3	25	58	83
Österreich	9	40	49	427	1.718	2.145

Bundesland	Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen					
	Inzidenz – Neuerkrankungen auf 100.000 EW zwischen Jänner 2001 – Dezember 2001			Prävalenz – Gesamtzahl der Erkrankungen, ausgenommen Verstorbene, bis einschließlich 2001 – auf 100.000 EW		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	0,35	2,22	1,24	7,22	42,53	23,99
Niederösterreich	0,12	0,52	0,32	1,52	6,61	4,01
Oberösterreich	0,42	1,18	0,79	7,69	15,20	11,38
Steiermark	–	0,34	0,16	1,94	7,34	4,57
Burgenland	–	–	–	1,40	6,62	3,95
Kärnten	–	–	–	1,37	4,40	2,84
Salzburg	0,37	–	0,19	1,87	11,60	6,57
Tirol	0,29	1,83	1,04	9,92	18,34	14,03
Vorarlberg	–	1,73	0,85	7,93	13,29	10,58
Österreich	0,21	1,01	0,60	4,74	16,59	10,50

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002); Bevölkerungszahlen von 2000, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

3.1.3.3 Hauptbetroffenengruppen

Nach wie vor zählen ungeschützter Verkehr zwischen homo- oder bisexuellen Männern, der achtlose Konsum von intravenösen Drogen sowie der ungeschützte Verkehr für heterosexuelle Frauen zu einem risikanten Verhalten in Bezug auf eine HIV-Infektion. Mittlerweile ist das Risiko zu jeweils etwa 25 Prozent zwischen diesen drei Hauptbetroffenengruppen verteilt.

Während die verschiedenen Präventionsprogramme hinsichtlich Aufklärung, Verwendung von Kondomen in der Gruppe der Homo-/Bisexuellen, Ersatzdrogen-

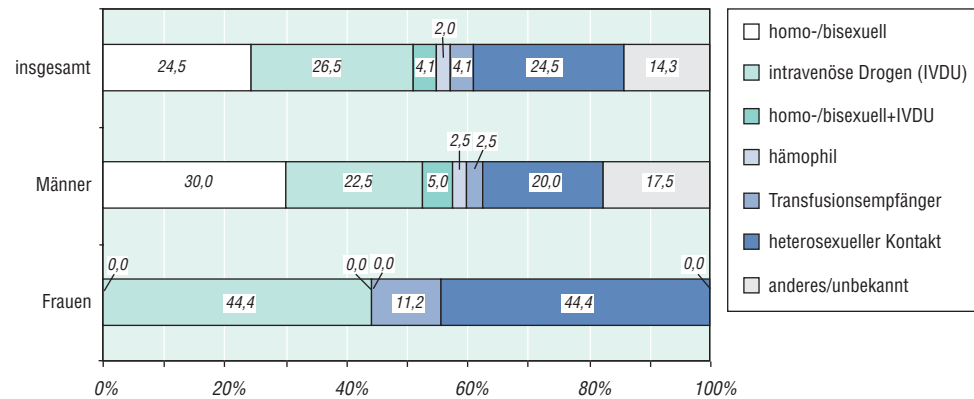
programme, Sprizentausch, etc. als sehr erfolgreich anzusehen sind, kam es in den letzten Jahren zu einer Verschiebung des Risikos in Richtung ungeschützter Verkehr bei DrogenkonsumentInnen und Heterosexuellen.

Insbesondere heterosexuelle **Frauen** sind von diesem Risiko verstärkt betroffen. 2001 waren bei den Frauen rund 44 Prozent der Neuerkrankungen auf eine Infektion infolge heterosexueller Kontakte zurückzuführen, was jedoch einer Abnahme gegenüber dem Vorjahr um mehr als 20 Prozent entspricht. Gleich hoch war der Anteil der Neuerkrankungen aufgrund intravenösen Drogenkonsums (vgl. Tabelle 8 und Grafik 6).

Bei **Männern** erfolgte die Erkrankung in erster Linie infolge ungeschützter homo- oder bisexueller Kontakte (30 Prozent) sowie intravenösem Drogenkonsum (22,5 Prozent). Aber auch heterosexuelle Kontakte spielen mit 20 Prozent eine wesentliche Rolle.

Die bisher sehr erfolgreiche **Präventionsarbeit** im Bereich HIV/AIDS sollte sich in Zukunft vermehrt an die Zielgruppe der Heterosexuellen (einschließlich KonsumentInnen von intravenösen Drogen) und hier insbesondere an die Frauen richten.

Grafik 6: AIDS-Hauptbetroffenengruppen, Österreich 2001



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

Tabelle 8: AIDS-Hauptbetroffenengruppen in Österreich, 2001

Hauptbetroffenengruppen	Anzahl der Neuerkrankungen					
	insgesamt		Männer		Frauen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
homo-/bisexueller Kontakt	12	24,5	12	30,0	0	–
intravenöse Drogen (IVDU)	13	26,5	9	22,5	4	44,4
homo-/bisexuell + IVDU	2	4,1	2	5,0	0	–
haemophil	1	2,0	1	2,5	0	–
Transfusionsempfänger	2	4,1	1	2,5	1	11,2
heterosexueller Kontakt	12	24,5	8	20,0	4	44,4
Mutter zu Kind	0	–	0	–	0	–
nosokomiale Infektion	0	–	0	–	0	–
anderes/unbekannt	7	14,3	7	17,5	0	–
insgesamt	49	100,0	40	100,0	9	100,0

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

3.1.3 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

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

Trotz der Zunahme der HIV-Infektionen ist jedoch in Österreich sowohl bei den AIDS-Neuerkrankungen als auch bei den Todesfällen infolge einer AIDS-Erkrankung ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. 2001 wurden sogar die niedrigsten Werte seit etwa 1987 verzeichnet. Als Hauptursache für diese Rückgänge ist wohl der Einsatz der antiretroviralen Therapie (Kombinationstherapie) zu nennen, sowie die erfolgreiche Präventionsarbeit insbesondere in Bezug auf die beiden Hauptbetroffengruppen, das sind homo- und bisexuelle Männer sowie KonsumentInnen von intravenösen Drogen.

Nach wie vor sind von dieser Krankheit überwiegend Männer betroffen. Allerdings stieg in den letzten Jahren das Risiko auch bei heterosexuellen Kontakten, insbesondere für Frauen. Hier wäre vermehrte Prävention notwendig.

In **Wien** wurden von 1983 bis Ende 2001 insgesamt 1.032 AIDS-Erkrankte registriert, von diesen sind im gleichen Zeitraum 651 an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit verstorben (63 Prozent). Im Jahr 2001 erkrankten 20 Personen an AIDS (17 Männer und 3 Frauen), 8 Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Damit setzt sich der niedrige Wert des Vorjahres fort; bei den Todesfällen wurde sogar der tiefste Stand seit 1986 verzeichnet.

Der Bundesländervergleich zeigt, dass Wien mit derzeit 24 Erkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen die höchste Prävalenz aufweist. Aber auch die Bundesländer Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg weisen hohe Raten auf.

Summary: AIDS and HIV Infections

*In **Austria**, the number of HIV infected persons is between approx. 12,000 and 15,000, roughly half of which (7,000 persons) live in Vienna. An increase in new HIV infections – mainly due to new infections of heterosexuals – was recorded.*

Despite the growing number of HIV infections, however, a marked reduction was recorded in Austria for both new AIDS cases and AIDS-related deaths. In fact, the lowest figures since 1987 were registered in 2001. The main cause for these reductions may be assumed to lie in the use of antiretroviral therapy (combination therapy) as well as in successful prevention work, in particular with the two key risk groups, i.e. homosexual and bisexual men and intravenous drug users.

Although the disease still mainly affects men, the risk for heterosexual contacts has increased over the past few years, in particular for women. This field would seem to call for intensified prevention work.

*Between 1983 and the end of 2001, a total of 1,032 AIDS cases were registered in **Vienna**; of these, 651 persons died in the same period from this immunodeficiency syndrome (63 percent). In 2001, 20 persons developed AIDS (17 men and 3 women), while 8 persons died as a consequence of the disease. This trend continues the low figure for the previous year; with respect to deaths, an absolute low since 1986 was recorded.*

A comparison of the nine federal provinces reveals that Vienna currently shows the highest prevalence with 24 cases per 100,000 inhabitants. However, the federal provinces of Upper Austria, Tyrol and Vorarlberg likewise present high rates.

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind weltweit mehr als 40 Millionen Menschen direkt von HIV/AIDS betroffen. Im Jahr 2001 haben sich 5 Millionen Menschen mit der Immunschwächekrankheit neu infiziert, davon 90 Prozent in den Entwicklungsländern. Die stärksten Zuwachsraten verzeichnen Osteuropa und Südostasien (+60 Prozent zwischen 1999 und 2000). Bisher sind knapp 21,8 Millionen Menschen an der Immunschwächekrankheit gestorben.²⁸ Durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist die Zahl der Todesfälle in der westlichen Welt rückläufig.

In Westeuropa ist seit 1996 ein abnehmender Trend bei der AIDS-Inzidenz zu beobachten. Allerdings nahm der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen AIDS-Fälle in den letzten Jahren zu und es ist anzunehmen, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzen wird.²⁹

Österreich

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

Trotz verstärkter Anstrengungen durch aktive Präventionstätigkeit, Ersatzdrogenprogramme, Spritzenaustausch, etc. ist in Österreich bei der Zahl der HIV-Neuinfektionen kein Rückgang zu verzeichnen. Die Zahl der Neuinfektionen hat sich vorerst auf hohem Niveau eingependelt. Der Trend weist darüber hinaus in die Richtung, dass die Neuinfektionen bei Heterosexuellen zunehmen; von dieser Tendenz sind Frauen stärker betroffen als Männer.

Pro Jahr werden in Österreich rund 1 Million HIV-Antikörper-Tests durchgeführt, die Hälfte davon im Blutspendewesen. Ein Problem der Tests im Zuge von Blutspenden wird darin gesehen, dass die Tests oft in

der falschen Zielgruppe durchgeführt werden (z. B. PensionistInnen, etc.) bzw. bei positivem Ergebnis oft keine adäquate Betreuung bei Bekanntgabe des Ergebnisses erfolgt. Insgesamt wird zwar sehr viel getestet, doch wird bei bis zu 60 Prozent der Betroffenen die HIV-Infektion erst im Zuge der tatsächlichen Erkrankung bekannt.³⁰

Bis Ende 2001 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 2.145 **Erkrankungen an AIDS** gemeldet; 1.304 Personen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben (61 Prozent).³¹ Somit gibt es derzeit in Österreich 841 AIDS-PatientInnen.³²

Im Jahr 2001 sind in Österreich 49 Personen an AIDS erkrankt, 30 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Diese Zahlen stellen seit dem Jahr 1987 einen absoluten Tiefststand dar (vgl. Tabelle 5).

Sowohl der Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen als auch insbesondere der Rückgang der Todesfälle ist vor allem auf den Einsatz der Kombinationstherapie seit 1996 zurückzuführen. Die Gesamtabnahme der Neuerkrankungen wird aber auch durch eine bessere Prävention bei homosexuellen Männern und KonsumentInnen von intravenösen Drogen bedingt. Allerdings stellen heterosexuelle Kontakte nach wie vor ein hohes Risiko sowohl für Konsumenten und Konsumentinnen von intravenösen Drogen als auch für Frauen generell dar.³³

Bei den **Todesfällen** infolge einer AIDS-Erkrankung kommt es – wie schon oben erwähnt – im Jahr 2001 mit 30 Toten zu einem deutlichen Tiefststand seit 1987.

Trotz gleichbleibend hoher Infektionsraten kann man vorerst eine rückläufige Tendenz in der AIDS-Entwicklung konstatieren. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern und deshalb in Zukunft mit einer erhöhten Prävalenz

²⁸ www.aids.at/daten_fakten

²⁹ HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000.

³⁰ www.aids.at/daten_fakten

³¹ Die Werte für den erweiterten Zeitraum 1983 bis 28. Juni 2002 betragen 2.159 Erkrankungen und 1.306 Todesfälle.

³² www.aids.at/daten_fakten

³³ Siehe Kap. 3.1.3.3 Hauptbetroffenengruppen.

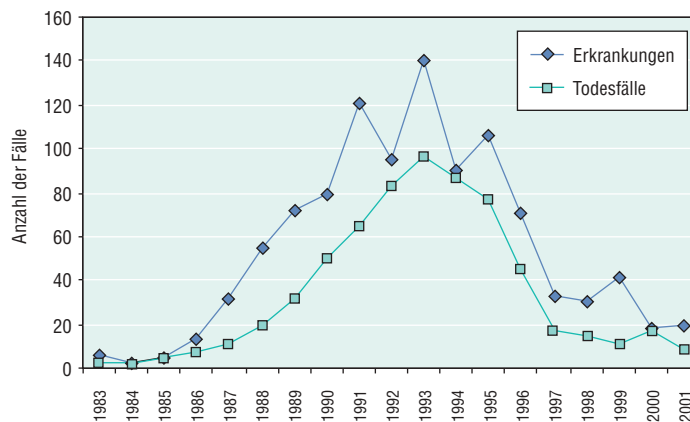
zu rechnen ist. Die Präventionsarbeit muss daher nach wie vor in Richtung Verhinderung einer Infektion gehen.

Wien

In Wien wurden von 1983 bis Ende 2001 insgesamt 1.032 AIDS-Erkrankte registriert; 651 Personen (63 Prozent) verstarben im selben Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit.

Im Berichtsjahr 2001 erkrankten in Wien 20 Personen an AIDS, 8 Personen starben an den Folgen dieser Krankheit. Die Zahl der Neuerkrankungen wiederholt in etwa den niedrigen Wert des Vorjahres (2000: 18 Erkrankungen), bei den Todesfällen stellt dieser Wert mit Abstand den niedrigsten Wert seit 1987 dar. Als Ursache dieser Entwicklung kann der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden, welche sowohl den Ausbruch der Krankheit verzögert als auch die Mortalitätsrate senkt.

Grafik 3: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–2001



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Abt. VI/B/21 (Stand: 20.6.2002).

Tabelle 9: Geschlechtskrankheiten in Wien, 2000 und 2001

angezeigte Neuerkrankungen	gesamt in Wien		festgestellt in der STD ¹⁾ -Ambulanz	
	2000	2001	2000	2001
Gonorrhoe	293	413	44	71
Männer	206	297	17	21
Frauen	87	116	27	50
Lues (Syphilis)	176	228	19	36
Männer	98	128	10	12
Frauen	78	100	9	24
insgesamt ²⁾	469	641	63	107

1) STD = Sexually Transmitted Diseases.

2) Im Jahr 2001 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle gemeldet.

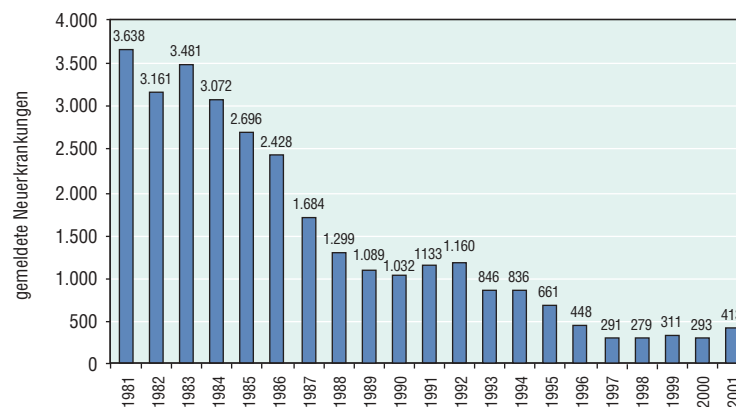
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

3.1.4.1 Gonorrhoe (Tripper)

Die Gonokokkeninfektion (Gonorrhoe; der so genannte „Tripper“) ist zwar nach wie vor die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten; jedoch hat sich das Verhältnis von Gonorrhoe zur zweithäufigsten Geschlechtskrankheit, der Lues, seit 1990 von etwa 9:1 auf

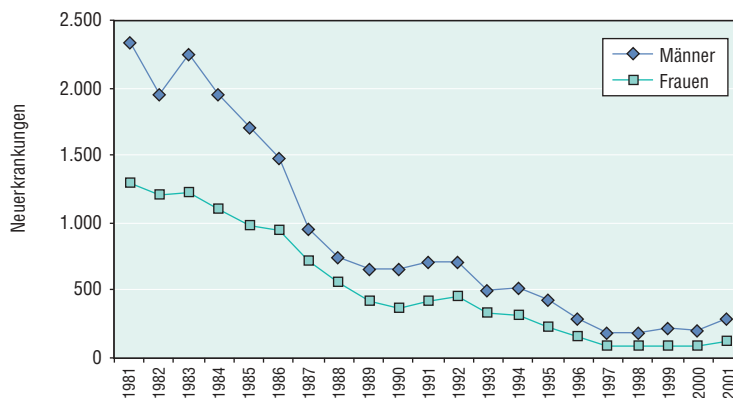
1,8:1 geändert. Waren 1990 noch 1.032 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festzustellen, erreichte die Anzahl der gemeldeten Tripperfälle 1998 mit 279 ihren Tiefstand. 2000 gab es mit 293 gemeldeten Fällen einen leichten Anstieg, 2001 waren es bereits 413 Fälle in ganz Wien. Dies entspricht einem Anstieg um 41 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Grafik 8: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 9: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

3.1.4.2 Syphilis (Lues)

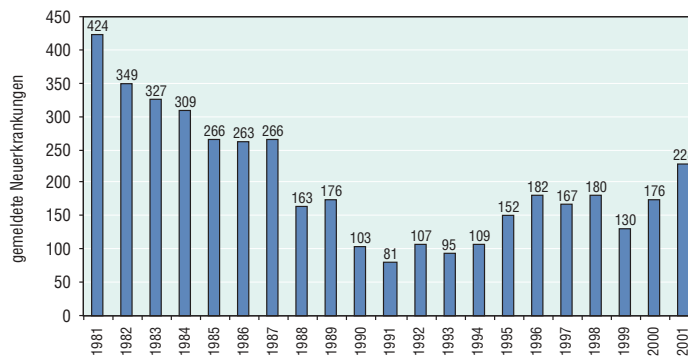
Die Syphilis (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe in den 90er Jahren, zeichnete sich bereits seit 1994 (nach dem AIDS-Höhepunkt) ein kräftiger Anstieg dieser Geschlechtskrankheit ab.³⁶

Mit den aus ganz Wien gemeldeten 228 Fällen ergab sich 2001 ein neuerlicher deutlicher Anstieg von 30 Prozent gegenüber 2000 (176 Fälle).

Auch im STD-Ambulatorium der MA 15 nahmen die Syphilisfälle gegenüber 2000 zu (2001: 36 Fälle; 2000: 19 Fälle). In zwei Drittel der Fälle handelte es sich dabei um ein frühes Stadium der Syphilis (Erkrankungsdauer unter einem Jahr). Bei 6 Patienten wurde eine Lues I, bei 18 Personen eine Lues II festgestellt. In nur 12 Fällen handelte es sich um eine spätlatente Syphilis (späteres Stadium der Erkrankung).

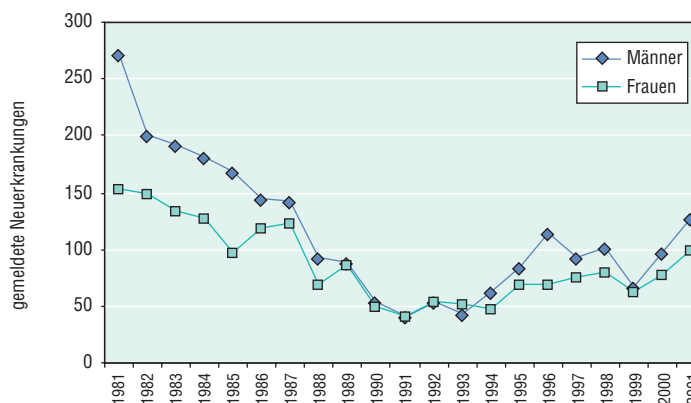
³⁶ Aufgrund des österreichischen Meldesystems sind in den Zahlen auch serologisch nachgewiesene Infektionen ohne Aktivitätszeichen enthalten. Insgesamt ist jedoch seit 1994 auch ein Anstieg der aktiven Infektionen festzustellen.

Grafik 10: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 11: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

3.1.4.3 Andere Geschlechtskrankheiten

Weitere meldepflichtige Geschlechtskrankheiten sind Lymphogranuloma venereum (die so genannte Vierte Geschlechtskrankheit), welche vor allem in den Tropen vorkommt, sowie Ulcus molle (weicher Schan-

ker), welcher ebenfalls in Europa nur sehr sporadisch auftritt.

In den Jahren 1997 bis 2001 wurde in Wien kein Fall dieser beiden Geschlechtskrankheiten gemeldet (1996: eine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum).

3.1.4 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Nach dem Rückgang der anzeigepflichtigen Geschlechtskrankheiten (v. a. Gonorrhoe und Syphilis) in den 90er Jahren ist, ebenso wie im Vorjahr, auch im Jahr 2001 wieder ein Anstieg zu verzeichnen (+36,7 Prozent). Sowohl die gemeldeten Fallzahlen von Syphilis (Lues) als auch von Gonorrhoe (Tripper) wiesen einen deutlichen Anstieg auf.

Während 1990 das Verhältnis von Gonorrhoe zu Syphilis bei 90:10 Prozent lag, verschob sich 2001 dieses Verhältnis zu Gunsten der Syphilis auf etwa 65:35 Prozent. Die Gonorrhoe stieg auf 413 gemeldete Fälle (+41 Prozent gegenüber 2000) deutlich an, die Syphilis um knapp 30 Prozent auf 228 Fälle.

Summary: Sexually Transmitted Diseases

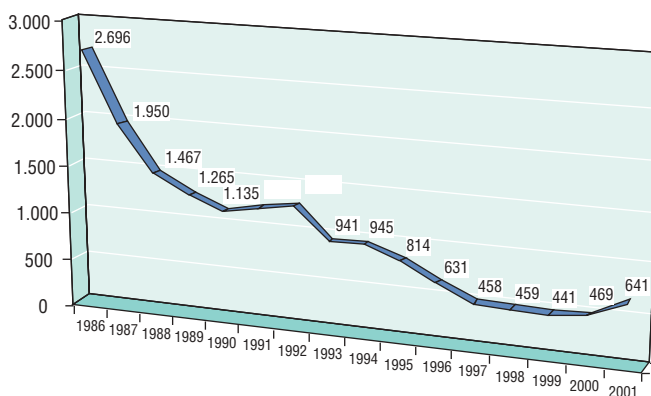
Following the drop in notifiable sexually transmitted diseases (in particular gonorrhoea and syphilis) in the 1990s, an increase was recorded for 2001 (+37 percent), as in the preceding year. The number of notified cases of both syphilis (lues) and gonorrhoea (clap) increased markedly.

While in 1990 the ratio of gonorrhoea to syphilis was 90:10 percent, this ratio shifted to roughly 65:35 in 2001 (in favour of syphilis). The incidence of gonorrhoea rose substantially to 413 notified cases (+41 percent as compared with 2000), that of syphilis increased by close to 30 percent to 228 cases.

Die Häufigkeit neu aufgetretener, anzeigepflichtiger Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Lues, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle) ist in den 90er Jahren deutlich zurückgegangen. Ab dem Jahr 2000 kam es allerdings wieder zu einem Anstieg, der sich 2001 sogar sehr deutlich abzeichnete.

2001 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 641. Dies entspricht einem Anstieg um 36,7 Prozent gegenüber 2000. Diese Zunahme ist sowohl bei der Gonorrhoe als auch bei der Syphilis zu beobachten. Die Anzahl der aus Wien gemeldeten Tripperfälle stieg gegenüber dem Vorjahr sogar um 41 Prozent.

Grafik 7: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–2001



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

3.1.5 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der zehn Wochen dauernden, aber milden Influenza-Welle des Winters 2001/2002 erkrankten in Wien etwa 117.100 Menschen an dieser Infektionskrankheit.

Dem Gesundheitsamt wurden in diesem Winter keine Influenza-Todesfälle gemeldet (keine Meldepflicht).

Summary: Influenza and Influenzal Infections

During the ten week, but mild, influenza epidemic of the winter of 2001/2002, approx. 117,100 persons in Vienna contracted this infection.

This winter, no deaths of influenza were notified to the Public Health Authority (influenza is not a notifiable disease).

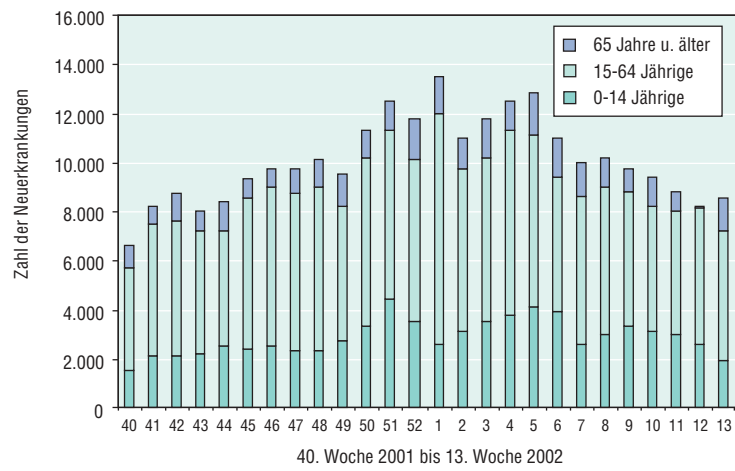
Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza und grippalen Infekten sowie die durch Influenza-Viren hervorgerufenen Epidemien werden in Wien durch ein Grippeinformationssystem der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen erfasst (Meldepraxen).

Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 51. Woche des Jahres 2001 der Beginn einer Influenza-Welle registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza B-Virus. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 13.500 Neuerkrankungen bereits in der 1. Woche des Jahres 2002 erreicht. In der 5. Kalenderwoche zeichnete sich eine 2. Spitze mit 12.800 Neuerkrankungen ab. Der Jahreszeit entsprechende „Normalwerte“ wurden erst wieder in der 9. Kalenderwoche 2002, 10 Wochen nach Beginn, ermittelt. Während dieser Periode erkrankten in Summe etwa 117.100 Personen.

Der zweiphasige und protrahierte Verlauf der heurigen Influenzawelle lässt sich durch das zusätzliche Auftreten einer neuen Variante des Influenza B-Virus, die vom Impfstoff nicht abgedeckt war, erklären. Der insgesamt milde Verlauf ist für die Erkrankung mit dem Influenza B-Virus, im Gegensatz zu einer Infektion mit dem Influenza A-Virus, typisch.

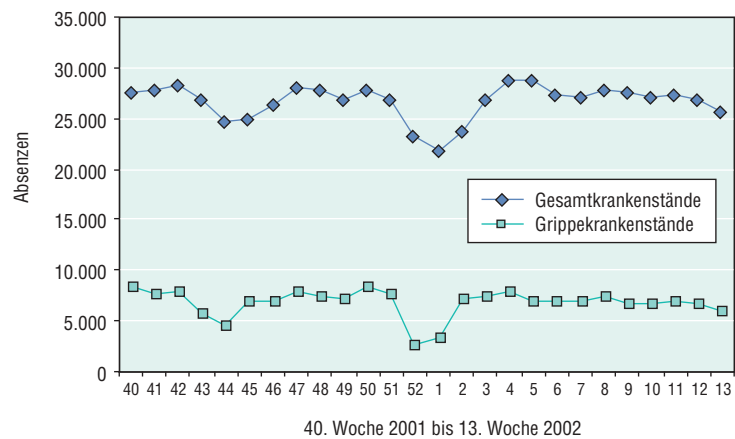
In diesem, wie auch im vergangenen Winter wurden dem Gesundheitsamt keine Influenza-Todesfälle gemeldet. Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Es muss jedoch internationalen Untersuchungen zufolge während einer Influenza-Epidemie mit 2 bis 50 Toten pro 100.000 EinwohnerInnen gerechnet werden.

Grafik 12: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 2001/2002



Quelle: Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

Grafik 13: Wöchentliche Absenzen Winter 2001/2002 (laut Meldungen der WGKK)



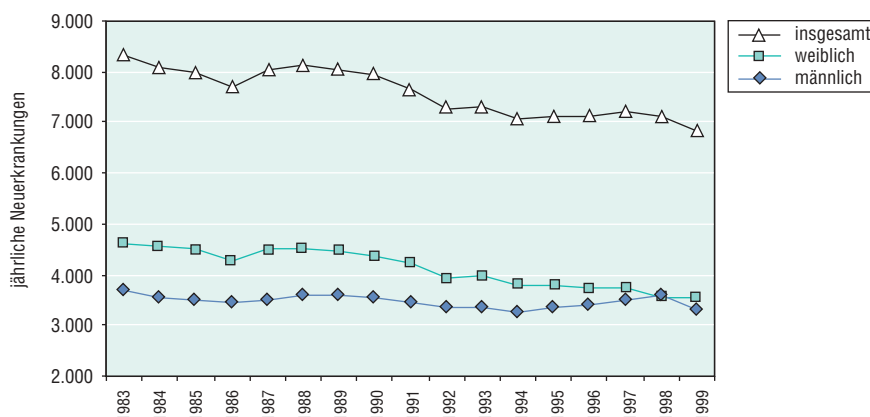
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V; Wiener Gebietskrankenkasse.

Tabelle 10: Influenza und grippale Infekte, 1971–2002

Zeitraum: Okt.–März	Erregertyp	höchste Anzahl wöchentlicher Neuerkrankungen	höchster Anteil wöchentlicher Absenzen	
			Betriebe	Schulen
1971/72	A2-Hongkong (H3N2)	37.700	5,4	13,1
1972/73	A2-England (H3N2)	29.800	5,6	9,9
1973/74	–	13.200	4,4	6,8
1974/75	A2-Port Chalmers (H3N2)	25.100	5,6	8,3
1975/76	A2-Victoria (H3N2)	44.300	6,4	16,5
1976/77	–	15.600	5,2	8,6
1977/78	A2-Texas (H3N2) A-UdSSR (H1N1)	32.200	5,6	9,4
1978/79	A-UdSSR/90/77 (H1N1)	28.300	5,1	17,7
1979/80	–	15.300	4,8	6,0
1980/81	–	15.600	5,3	7,3
1981/82	–	9.700	4,4	4,3
1982/83	A-Bangkok 1/79	21.100	4,4	7,5
1983/84	B	11.800	3,5	8,0
1984/85	A-Philippines 2/82/(H3N2)	23.600	4,8	8,8
1985/86	B, A (H3N2)	26.800	5,0	10,1
1986/87	B, A (H3N2)	17.900	3,5	7,7
1987/88	–	9.700	3,6	7,0
1988/89	A (H1N1), B	22.800	4,3	8,9
1989/90	A (H3N2), B	20.000	4,0	12,6
1990/91	–	11.200	4,1	4,5
1991/92	A (H3N2)	33.500	5,4	17,1
1992/93	A (H3N2), B	18.100	4,2	7,9
1993/94	A (H3N2)	22.600	3,7	9,7
1994/95	A (H3N2), B	14.700	4,3	7,6
1995/96	A (H3N2), B	26.200	4,4	11,0
1996/97	A (H3N2), B	22.600	4,4	7,2
1997/98	A (H3N2)	15.000	3,9	7,4
1998/99	A (H3N2) Sydney	28.500	5,6	11,3
1999/00	A (H3N2)	26.900	5,2	13,9
2000/01	A (H1N1)	23.700	5,3	14,6
2001/02	B	13.500	4,5	9,6

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

Grafik 14: Krebsinzidenz Wien, jährliche Neuerkrankungen 1983–1999



Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

3.2.1.1 Krebslokalisationen

Ähnlich wie im Vorjahr bildeten – gemessen an den **absoluten Fällen** – die häufigsten Krebserkrankungen bei Wiener **Frauen** bösartige Neubildungen der Brustdrüse (26 Prozent aller Fälle), des Darms (v. a. Dickdarm und Mastdarm – Kolorektum; 16 Prozent) sowie der Lunge (10 Prozent). Werden jedoch die bösartigen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutterkörper, Gebärmutterhals, Ovar, etc.) zusammengezogen, nehmen diese den dritthäufigsten Rang ein (13 Prozent aller weiblichen Lokalisationen).

Bei Wiener **Männern** treten hingegen bösartige Neubildungen der Prostata (22,5 Prozent aller Krebslokalisationen), der Lunge (18 Prozent), und des Darms (v. a. des Kolorektums; 13 Prozent) am häufigsten auf. Zieht

man jedoch den in der männlichen Bevölkerung sehr hohen Anteil von Neubildungen im Bereich der Harnorgane zusammen (Harnblase und Niere), so nehmen diese mit ebenfalls 13 Prozent den gleichen Rang wie Darmkrebs ein.

In Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich bei Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an Leber- und Lungenkrebs, bösartigen Neubildungen im Bereich Lippe, Mundhöhle und Rachen sowie Krebserkrankungen des Kehlkopfes, des Magens, der Bauchspeicheldrüse, der Harnblase und der Niere feststellen. Diese sind teilweise durch Rauchverhalten und erhöhten Alkoholkonsum erklärbar.

Die **nach Geschlecht getrennte Rangreihung** der Krebserkrankungen des Jahres 1999 ergibt für Wien:

Rang	Frauen			Männer		
	Lokalisation	Fälle	in %	Lokalisation	Fälle	in %
1.	Brustdrüse	910	25,8	Prostata	748	22,5
2.	Darm (Kolorektum, Dünndarm)	568	16,1	Lunge, Kehlkopf, sonstige Atmungsorgane (darunter Lunge)	663 (598)	20,0 (18,0)
3.	weibliche Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovar, etc.)	451	12,8	Harnorgane (Harnblase, Niere)	427	12,9
4.	Lunge, Kehlkopf, sonstige Atmungsorgane (darunter Lunge)	375 (358)	10,7 (10,2)	Darm (Kolorektum, Dünndarm)	424	12,8

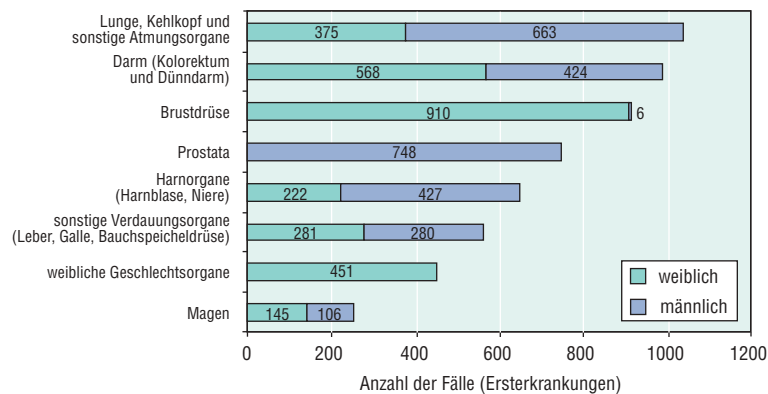
Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts bzw. ohne die beiden geschlechtsspezifischen Lokalisationen Prostata und Brustdrüse) stellten 1999 bösartige Neubildungen im Bereich der Atmungsorgane (vor allem Lunge) sowie des Darmes (vor allem Dickdarm und Mastdarm – Kolorektum) die häufigsten Krebserkrankungen der Wiener Bevölkerung dar.

Beide Krebsarten stehen in engem Zusammenhang zum Lebensstil der Betroffenen. Vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege sind zu einem hohen

Anteil mit dem Tabakkonsum verbunden. Darmkrebs weist häufig auf langjähriges falsches Ernährungsverhalten hin.

Die **Präventionsarbeit** sollte daher in Zukunft verstärkt auf die Bereiche Darm-, Lungen-, Brust- und Prostatakrebs konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils zum Teil vermieden, die zuletzt genannten durch Früherkennung mittels Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Verlauf gemildert werden könnten.

Grafik 15: Häufigste bösartige Neubildungen (Ersterkrankung), Wien 1999



Quelle: Statistik Austria.

Tabelle 11: Krebsinzidenz¹⁾ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 1999²⁾³⁾

ICD-9 Code ⁴⁾⁵⁾	Lokalisation	Frauen		Männer		insgesamt	
		absolut	auf 100.000 ⁶⁾	Absolut	auf 100.000 ⁶⁾	absolut	auf 100.000 ⁷⁾
140–149	B.N. ⁸⁾ d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Rachens	47	4,2	132	16,8	179	11,2
150	B.N. d. Speiseröhre	12	1,3	51	6,6	63	3,9
151	B.N. d. Magens	145	9,8	106	13,1	251	15,7
152	B.N. d. Dünndarms	6	0,5	2	0,3	8	0,5
153, 154	B.N. d. Kolorektum	562	38,7	422	52,7	984	61,4
155	B.N. d. Leber	71	5,0	110	13,9	181	11,3
156	B.N. d. Gallenblase	59	3,7	39	4,8	98	6,1
157	B.N. d. Bauchspeicheldrüse	151	10,6	131	16,3	282	17,6
160, 163–165	B.N. sonstiger Atmungsorgane	12	1,0	15	1,9	27	1,7
161	B.N. d. Kehlkopfes	5	0,5	50	6,5	55	3,4
162	B.N. d. Lunge	358	29,7	598	75,3	956	59,7
171	B.N. d. Bindegewebes u. sonstiger Weichteile	20	2,0	23	3,1	43	2,7
172	Bösartiges Melanom d. Haut ⁴⁾	70	6,0	82	10,2	152	9,5
175	B.N. d. Brustdrüse	910	80,5	6	0,7	916	57,2
180	B.N. d. Zervix Uteri (Gebärmutterhals)	99	9,8	–	–	99	6,2
182	B.N. d. Corpus Uteri (Gebärmutter)	159	13,8	–	–	159	9,9
183	B.N. d. Ovars und sonstiger Adnexe	158	13,1	–	–	158	9,9
184	B.N. sonstiger weiblicher Geschlechtsorgane	35	2,5	–	–	35	2,2
185	B.N. d. Prostata	–	–	748	94,1	748	46,7
186, 187	B.N. sonstiger männlicher Geschlechtsorgane	–	–	60	6,9	60	3,7
188	B.N. d. Harnblase	108	7,5	297	36,9	405	25,3
189	B.N. d. Niere	114	8,9	130	16,2	244	15,2
191, 192	B.N. d. Gehirns	42	4,0	58	7,5	100	6,2
193	B.N. d. Schilddrüse	30	2,9	11	1,3	41	2,6
201	Morbus Hodgkin	13	1,3	18	2,2	31	1,9
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphome	107	7,7	81	9,9	188	11,7
203	Multiples Myelom	42	2,8	20	2,5	62	3,9
204–208	Leukämien	83	6,4	82	10,7	165	10,3
158, 159, 166–170, 179, 181, 190, 194–199	sonstige Krebslokalisationen	103	7,7	48	6,7	151	9,4
insgesamt	alle Lokalisationen	3.521	281,8	3.320	417,0	6.841	426,8

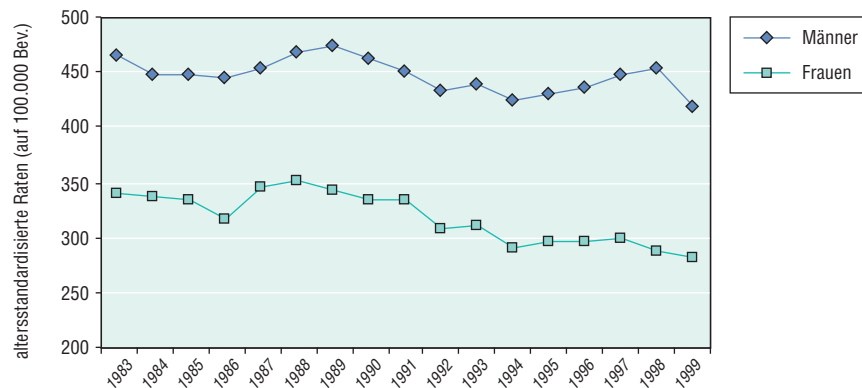
- 1) Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
- 2) Daten für 2000 und 2001 bei Drucklegung noch nicht verfügbar.
- 3) Aufgrund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BGBl.Nr.138/1969 und BGBl.Nr. 425/1969 sowie der Krebsstatistikverordnung BGBl.Nr.171/1978.
- 4) Ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (173) sowie ohne Carcinoma in Situ-Fälle (CIS-Fälle).
- 5) Nummer der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9), Revision 1979.
- 6) Altersstandardisierte Raten auf 100.000 Bevölkerung. Als Standardbevölkerung wurde die Europäische Standardbevölkerung (alt) der WHO verwendet.
- 7) Rohe Raten auf 100.000 Bevölkerung.
- 8) B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistik Austria.

Die Entwicklung der **altersstandardisierten Raten** der Krebserkrankungen in Wien seit 1983 zeigt für Frauen – vor allem ab 1988 – einen relativ kontinuierlich abnehmenden Trend (seit 1983 insgesamt –17 Prozent, seit 1988 –20 Prozent).

Bei den Männern ist zwar seit 1983 eine Gesamtabnahme von 10 Prozent zu beobachten, doch ist dies zu einem beträchtlichen Teil auf den deutlichen Rückgang der Krebsrate zwischen 1998 und 1999 zurückzuführen.

Grafik 16: Krebsinzidenz ¹⁾ Wien, 1983–1999 (altersstandardisierte Raten ²⁾)



- 1) Inklusive DCO-Fälle, ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (173) sowie ohne Carcinoma in Situ-Fälle.
- 2) Berechnung basierend auf alter Europa Standardbevölkerung der WHO.

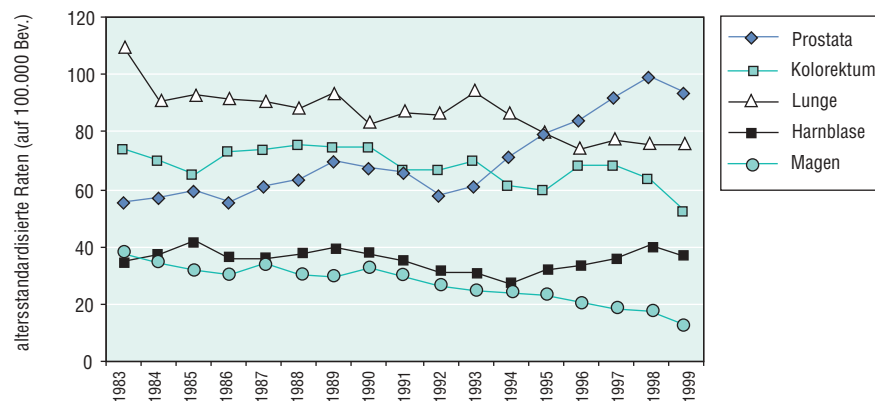
Quelle: Statistik Austria.

Männer

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei Männern ist einerseits erklärbar durch den starken Anstieg des **Prostatakrebses**, insbesondere seit 1992 (+62 Prozent; seit 1983 +70 Prozent), andererseits durch den gleichzeitigen Rückgang von **Magenkrebs** (-65 Prozent), **Lungenkrebs** (-31 Prozent) und **Kolorektalkrebs** (-29 Prozent).

Der Lungenkrebs, der in Wien – trotz des seit 1993 beobachtbaren Rückganges – bis 1995 die häufigste Krebserkrankung bei Männern darstellte, wurde 1996 vom stetig ansteigenden Prostatakrebs überholt. Der rasante Anstieg der Prostatakrebsinzidenz ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen⁴² („Screening-Effekt“).

Grafik 17: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1983–1999



Quelle: Statistik Austria.

⁴² Vgl. dazu auch Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Frauen

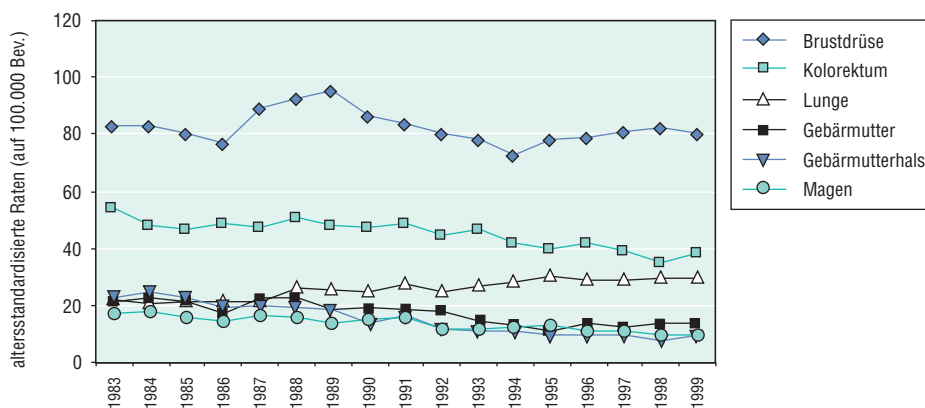
Bei den Wiener Frauen ist der im Zeitraum zwischen 1983 und 1999 beobachtete Rückgang der altersstandardisierten Krebserkrankungsrate vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des **Gebärmutterhalses** (-57 Prozent), des **Magens** (-44 Prozent), des **Gebärmutterkörpers** (-35 Prozent) und des **Kolorektums** (-28 Prozent) zurückzuführen.

Eine Zunahme ist jedoch bei den Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** festzustellen. Dieser nahm bei den Frauen zwischen 1983 und 1999 um 34 Prozent zu. 1999 erkrankten 29,7 von 100.000 Frauen (altersstandardisiert) an Lungenkrebs. Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken ist zwar weiterhin für Männer ungleich höher, doch verringerte sich das Verhältnis

zwischen Frauen und Männern in den letzten zehn Jahren von 1:3,7 auf 1:2,5. Der starke Anstieg bei den Lungenkarzinomen ist als Folge des zunehmenden Raucheranteiles in der weiblichen Bevölkerung zu interpretieren.⁴³

Das Erkrankungsrisiko an weiblichem **Brustkrebs** ging in diesem Zeitraum (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1990) vorerst etwas zurück, zwischen 1994 und 1998 war jedoch wieder ein leichter Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr kam es allerdings wieder zu einem leichten Rückgang um 1,8 Prozent. In der Zunahme der letzten Jahre bzw. der nach wie vor hohen Erkrankungsrate dürfte sich vor allem auch die vermehrte Brustkrebs-Früherkennung (Vorsorgeuntersuchungen) widerspiegeln („Screening-Effekt“).⁴⁴

Grafik 18: Krebsinzidenz Frauen – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1983–1999



Quelle: Statistik Austria.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken ist für die männliche Bevölkerung etwa 2,5-mal so hoch wie für die weibliche. Auch haben Männer – trotz des starken Rückganges im Vergleich zum Vorjahr – noch immer ein 1,4-mal so hohes Risiko an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms oder Mastdarms (Kolorektums) zu erkranken als Frauen.

3.2.1.2 Vorsorgeuntersuchungen

Durch die vermehrte Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sowie Screening-Programmen zeigt sich generell eine frühere Erkennung der Krebserkrankungen.

Das Tumorstadium gibt Auskunft über den Fortschritt der Krebserkrankung. Die Ausbreitung des Tumorstadiums ist bei den einzelnen Tumorlokalisationen oft

⁴³ Siehe auch Kap. 3.2.3.4 zu Rauchen und Krebs.

⁴⁴ Siehe auch Kap. 3.2.3.1 zu Brustkrebs.

Mortalität: 2001 wurden insgesamt 4.019 Todesfälle infolge einer bösartigen Neubildung gemeldet, davon entfielen 52 Prozent auf Personen weiblichen und 48 Prozent auf Personen männlichen Geschlechts.

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

Rauchen und Krebs: RaucherInnen weisen eine erhöhte Mortalität und Morbidität, insbesondere von chronischen Krankheiten (darunter vor allem Krebs) auf. Nicht nur der vielzitierte Lungenkrebs, sondern auch Krebserkrankungen im Bereich des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens, aber auch Blasenkrebs und andere Krebserkrankungen stehen in engem Zusammenhang mit dem Rauchen.

1999 erkrankten in Wien 1.190 Personen (davon 66 Prozent männlich) an einer bösartigen Neubildung der Lunge, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle oder des Rachens. Im selben Jahr starben 952 Personen, im Jahr 2001 907 Personen infolge einer dieser Krebslokalisationen. An Blasenkrebs erkrankten 1999 405 Personen (davon 73 Prozent männlich), 123 Personen starben im gleichen Jahr, 131 Personen im Jahr 2001.

Mortality: In 2001, a total of 4,019 deaths due to malignant neoplasms was notified; of these, 52 percent were women, while 48 percent concerned men.

With respect to the cancer-related mortality rate, malignant neoplasms of the digestive organs (above all intestinal cancer) were the most frequent cause of death in both women and men, followed by cancer of the mammary gland in women and malignant neoplasms of the respiratory tract (mainly lung cancer) in men.

Smoking and cancer: Smokers tend to present higher mortality and morbidity rates, in particular with regard to chronic diseases (including above all cancer). Not only lung cancer, but also laryngeal, lip, oral cavity and throat as well as bladder cancer are closely connected with smoking.

In 1999, 1,190 persons (of which 66 percent men) were diagnosed with malignant neoplasms of the lung, larynx, lips, oral cavity or throat. In the same year, 952 persons died as a consequence of one of these types of cancer; in 2001, this figure was 907. Moreover, 405 persons (of which 73 percent men) were diagnosed with cancer of the bladder in 1999; 123 persons died in the same year; in 2001, 131.

3.2.1 Krebsinzidenz

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

Ein Teil der Krebserkrankungen (z. B. Darm-, Lungen- und Hautkrebs) könnte durch eine Änderung

des Lebensstils (Rauchen, Ernährung, Sonnenbäder) sowie durch Früherkennung vermieden bzw. geheilt werden.

Seit 1969 gibt es per Gesetz ein österreichisches Krebsregister. Die Qualität der Daten kann seit 1983 als sehr gut beurteilt werden.

Die folgenden Zahlen zu den Krebserkrankungen beinhalten nur invasive Tumoren, also keine Carcinoma in Situ-Fälle. Enthalten sind jedoch die so genannten DCO-Fälle (Death Certificate Only), also jene Sterbefälle an Krebs, welche vor dem Ableben der Person bzw. vor

Feststellung der Todesursache nicht dem Krebsregister gemeldet waren.³⁹

Österreich

Im letztverfügbaren Berichtsjahr 1999 erkrankten rund 32.500 Österreicherinnen und Österreicher (davon 49,6 Prozent Frauen und 50,4 Prozent Männer) an Krebs (Inzidenz). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang der Inzidenzfälle um -5,7 Prozent, im Vergleich zu vor zehn Jahren aber nur einen Rückgang um -2,4 Prozent.

Während sich die Inzidenzfälle in etwa zur Hälfte auf Frauen und Männer verteilen, ergibt sich nach Ausschaltung von demographischen Faktoren durch Altersstandardisierung⁴⁰ ein etwas anderes Bild: Die altersstandardisierte Inzidenzrate ergibt 1999 für Frauen einen Wert von 286,0, für Männer 397,1. Das Risiko an Krebs zu erkranken war daher im Berichtsjahr – unter Zugrundelegung altersstandardisierter Raten – bei Männern um fast 39 Prozent höher als für Frauen. Insgesamt zeigen aber die altersstandardisierten Raten für beide Geschlechter einen sinkenden Verlauf.

Wien

In Wien wurden 1999 knapp 7.000 Krebs-Neuerkrankungen festgestellt (*siehe Tabelle 11*). Dies entspricht einem leichten Rückgang von -4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Nahezu zwei Drittel aller Krebs-Neuerkrankungen treten im Alter von über 65 Jahren auf.

Absolut gesehen verteilen sich die Neuerkrankungen zu 51,5 Prozent (3.521 Personen) auf die weibliche und zu 48,5 Prozent (3.320 Personen) auf die männliche Bevölkerungshälfte. Werden allerdings die altersstandardisierten Erkrankungsdaten berechnet, zeigt sich, dass die Rate von Männern über jener der Frauen liegt: 417 Neuerkrankungen pro 100.000 Männer stehen 281,8 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen gegenüber.⁴¹ Bezieht man die Absolutzahlen auf die Wiener Bevölkerung des gleichen Jahres, so bedeutet dies, dass 1999 jede 240. Wienerin und jeder 230. Wiener an Krebs erkrankte.

Damit setzt sich für Frauen der kontinuierliche Rückgang der Inzidenzrate während der letzten Jahre fort, während es für Männer nach dem Anstieg der letzten Jahre 1999 erstmals zu einem Rückgang der Krebsinzidenz kam. Im Bundesländervergleich erweist sich das Krebsinzidenzrisiko bei Wiener Männern als überdurchschnittlich hoch. Insgesamt ist jedoch in Wien, wie in Österreich, eine sinkende Tendenz der Krebsinzidenz festzustellen (*siehe folgende Grafik*).

³⁹ Vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 260.

⁴⁰ Beruht auf fiktiver Bevölkerung (pro 100.000). Als Berechnungsbasis wurde noch die „alte“ Europa-Standardbevölkerung der WHO verwendet.

⁴¹ Siehe vorhergehende Fußnote.

sehr unterschiedlich. Dass z. B. nur ein geringer Teil aller bösartigen Neubildungen der Gebärmutter das doch weiter fortgeschrittene regionalisierte Tumorstadium aufweist (Tumorausbreitung in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen) wird auf die meist frühe Erkennung durch den im Rahmen der regelmäßigen gynäkologischen Untersuchung durchgeführten „Krebs-Abstrich“ zurückgeführt. In Österreich wurden mehr als 30 Prozent aller Fälle bereits im Vorstadium (CIS) erkannt, bei 42 Prozent war der Tumor noch auf das Ursprungsorgan beschränkt (lokalisiert). Auch beim Prostata- und Brustkrebs wird beinahe die Hälfte aller Tumorerkrankungen sehr früh erkannt. Rund ein Viertel aller Lungenkrebs- und ein Fünftel aller Magenkrebs- (Österreich) wiesen bereits bei der Ersterkennung nachgewiesene Fernmetastasen auf (disseminiert).⁴⁵

Damit zeigt sich auch die gesundheitspolitische Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen, die von der Bevölkerung zwar bereits in hohem Ausmaß genutzt werden⁴⁶, deren Inanspruchnahme aber weiterhin gefördert werden muss.

3.2.2 Krebsmortalität

Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben im Jahr 2001 in Wien 4.019 Menschen an einer bösartigen Neubildung, und zwar 2.103 Frauen (52 Prozent) und 1.916 Männer (48 Prozent).⁴⁷

Krebs stellt in Wien die zweithäufigste Todesursache dar: Rund 24 Prozent der im Jahr 2001 Verstorbenen starben an den Folgen einer Krebserkrankung. Allerdings zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Männern erklären Krebserkrankungen 27 Prozent aller Todesfälle, bei Frauen 22 Prozent.

Innerhalb der Krebserkrankungen stellen für beide Geschlechter bösartige Neubildungen im Bereich der **Verdauungsorgane** (v. a. Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel die häufigste Todesursache dar.

An zweiter Stelle folgt bei den Frauen **Brustkrebs** mit rund 19 Prozent aller Krebslokalisationen, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (v. a. Lungenkrebs) mit 28 Prozent.

Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den 60er Jahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten stark an. Mittlerweile sind bösartige Neubildungen der Atmungsorgane bereits die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Wiener Frauen (14 Prozent aller Krebstodesfälle).⁴⁸

Bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** sind wiederum mit 11 Prozent an den Krebstodesfällen der Wiener Männer vertreten und bilden damit die dritthäufigste Krebstodesursache in der männlichen Bevölkerung.

Zusammenfassend stellt sich die Rangfolge der Todesursachen der 2001 in Wien an Krebs Verstorbenen nach Geschlecht – wie im Vorjahr – folgendermaßen dar:

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

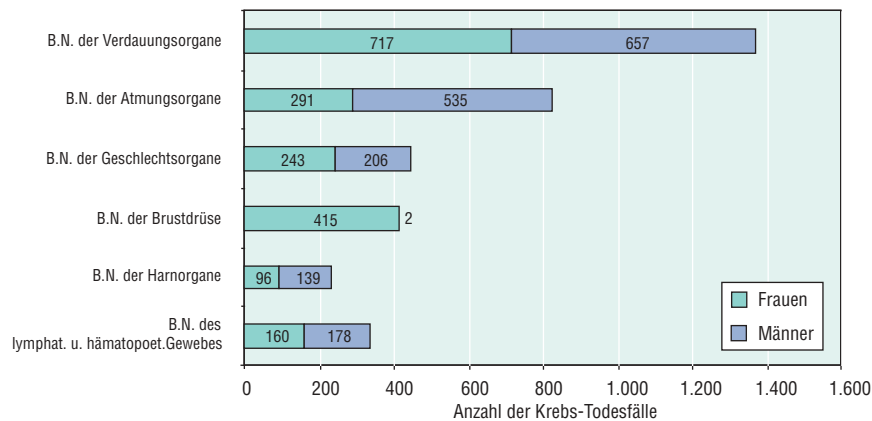
⁴⁵ Vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 261.

⁴⁶ Zum Thema Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen siehe Kap. 5.3.

⁴⁷ Siehe Tabelle 5 in Kapitel 2.2.3.1 – Todesursachenstatistik. Die hier angeführten Zahlen basieren auf den Neubildungen insgesamt, abzüglich gutartige Neubildungen sowie Neubildungen mit unsicherem Verhalten.

⁴⁸ Siehe Kapitel 3.2.3.4 zu Rauchen und Krebs.

Grafik 19: Häufigste Krebstodesfälle, Wien 2001



Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Austria.

3.2.3 Ausgewählte Krebserkrankungen

3.2.3.1 Weiblicher Brustkrebs

In der **Ätiologie** von Brustkrebs werden mehrere mögliche Einfluss- und Risikofaktoren diskutiert. Einflüsse und Belastungen bereits vor dem Erwachsenenalter scheinen einen wichtigen Einfluss auf eine spätere Erkrankung zu haben. Zum einen dürften bereits Risikofaktoren im frühen Lebensstadium eine wichtige Rolle im Entstehen dieser Krankheit spielen – diskutiert werden z. B. Einflüsse der Ernährung in der Kindheit, präpubertärer Wachstumsprozess (z. B. Körpergröße im Alter von 7 Jahren), sowie pränatale Einflüsse und Geburtsgewicht.⁴⁹ Weithin anerkannte Risikofaktoren sind jedoch vor allem Familiengenese, spätes Alter bei Erstgeburt, niedrige Fertilität, frühe Menarche, und Vorhandensein von endogenen Östrogenen. Zum andern sucht man auch Erklärungen unter Berücksichtigung der Ereignisse des gesamten Lebensverlaufes der Patientin (*life course approach*). Bedeutende Lebensereignisse sowie Ernährungsgewohnheiten (insbesondere Fettkonsum) scheinen

deshalb ebenfalls bedeutende Einflussfaktoren darzustellen.⁵⁰

Es lässt sich daher festhalten, dass Risikofaktoren zur Entstehung von Brustkrebs in jedem Lebensalter auftreten. Damit wird auch die Erhebung und Analyse von Lebensstil-Daten gesundheitspolitisch relevant. Insgesamt sind die kausal-temporären Beziehungen im Zusammenhang mit der Entstehung von Brustkrebs als sehr komplex zu bezeichnen.

Das Erkrankungsrisiko (**Inzidenz**) an weiblichem Brustkrebs ging seit 1983 (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1990) vorerst etwas zurück, zwischen 1994 und 1998 war jedoch wieder ein leichter Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr kam es allerdings wieder zu einem leichten Rückgang um 1,8 Prozent.

1999 erkrankten 910 Wienerinnen (d. h. jede 927. Frau⁵¹) an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse; die altersstandardisierte Inzidenzrate betrug 80,5.

⁴⁹ Die Kombination hohes Geburtsgewicht und überdurchschnittliche Körpergröße im Alter von 7 Jahren scheint z. B. ein Risikofaktor für die Entstehung von Brustkrebs zu sein.

⁵⁰ D. LEON & Y. BEN-SHLOMO: Preadult influences on cardiovascular disease and cancer. In: Life Course Influences on Adult Disease.

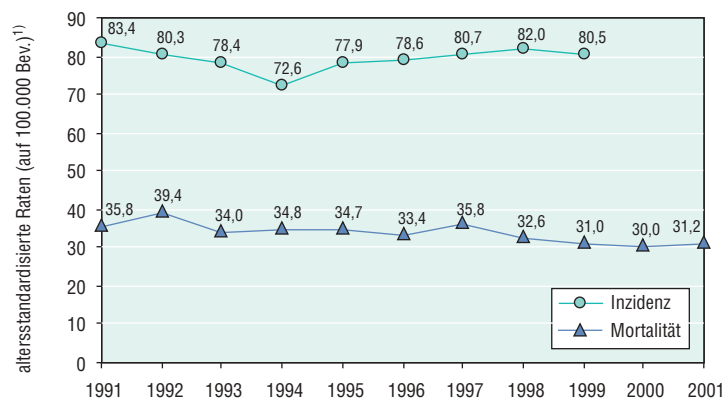
⁵¹ Alle Altersgruppen.

In der Zunahme der letzten Jahre bzw. der nach wie vor hohen Erkrankungsrate dürfte sich vor allem auch die vermehrte Brustkrebs-Früherkennung (Vorsorgeuntersuchungen) widerspiegeln („Screening-Effekt“). Auswirkungen der vermehrten Früherkennung auf die **Mortalität** sind jedoch bisher nur in geringem Ausmaß feststellbar. Zwischen 1997 und 2000 lässt sich zwar ein leichter, aber kontinuierlicher Rückgang be-

obachten, doch stieg die Mortalitätsrate 2001 wieder um 4 Prozent auf nunmehr 31,2 Todesfälle pro 100.000. Im Berichtsjahr verstarben 415 Wienerinnen infolge einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse.

Die folgende Grafik veranschaulicht die Entwicklung der Neuerkrankungen im Vergleich zu den Todesfällen auf der Basis von altersstandardisierten Raten.

Grafik 20: Brustkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2.3.2 Prostatakrebs

Während die Mortalität von Prostatakrebs seit 1997 eine leicht sinkende Tendenz aufweist, kam es in Wien seit etwa 1992 zu einer drastischen Zunahme der diagnostizierten Erkrankungen. Dieser rasante Anstieg ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen („Screening-Effekt“).

Zur Zeit gibt es keine wirkliche Heilung bei Prostatakrebs. Die derzeit noch recht unbefriedigenden und aggressiven, für den Patienten teilweise auch risikoreichen Behandlungsmöglichkeiten (radikale Prostatektomie, Strahlentherapie oder abwarten und beobachten), sprechen gegen ein umfassendes Screening-

Programm. In der Mehrzahl der Fälle verursacht die Erkrankung an Prostatakrebs nicht die spätere Todesursache. Trotz mangelnder Beweise für die Wirksamkeit, hohem Risiko (erhöhte Morbidität und möglicherweise auch Mortalität infolge von operativen Behandlungen⁵²), bedeutsamen psychischen Auswirkungen sowie Verlust an Lebensqualität haben jedoch Prostataoperationen und großteils unnötige Biopsien in den letzten Jahren in vielen Ländern stark zugenommen.

Inzidenz: Bösartige Neubildungen der Prostata bilden mit 22,5 Prozent aller Krebslokalisationen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Der starke Anstieg von Prostatakrebs-Erkrankungen seit 1992 wurde 1999 mit einem leichten Rückgang vorerst unterbrochen. 1999 erkrankten 748 Wiener (d. h. jeder 1022. Mann⁵³) an

⁵² The International Prostate Screening Trial Evaluation Group: Rationale for Randomized Trials of Prostate Cancer Screening (Review). – European Journal of Cancer 1999; 35 (2): 262–271.

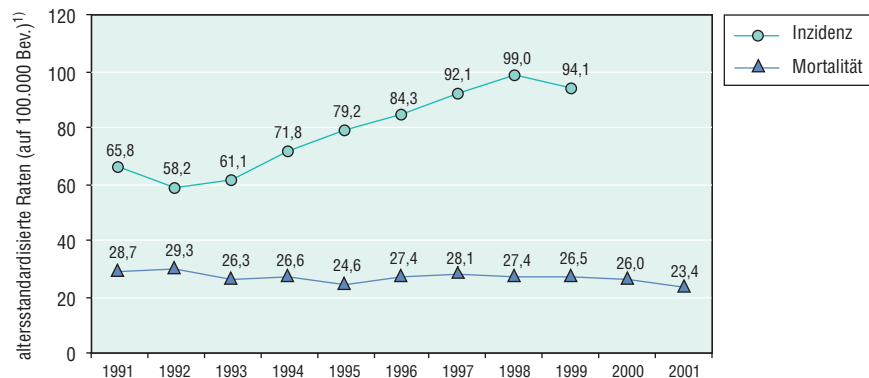
J.M. LEGLER et al.: The role of prostate-specific antigen (PSA) testing patterns in the recent prostate cancer incidence decline in the United States. – Cancer Causes and Control 1998; 9 (5): 519–527.

Prostatakrebs. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 94,1.

Im Gegensatz zur Entwicklung der Inzidenz ist der Verlauf der **Mortalität** innerhalb der letzten zehn Jahre re-

lativ konstant, wenngleich zwischen 1992 und 1995, sowie seit 1997 eine leicht sinkende Tendenz zu beobachten ist. Im Jahr 2001 verstarben 201 Wiener infolge einer Prostatakreberkrankung. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 23,4.

Grafik 21: Prostatakrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2.3.3 Kolorektalkrebs

Inzidenz: Darmkrebs (vor allem im untersten Darmabschnitt⁵⁴) zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. Die im Unterschied zu den Absolutzahlen deutlich höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate der Männer zeigt nach einem vorangegangenen Anstieg seit 1997 eine deutliche Abnahme. Bei den Frauen erstreckt sich die sinkende Tendenz relativ kontinuierlich bereits auf einen längeren Zeitraum, wenngleich es im Vergleich zum Vorjahr zu einem Anstieg um knapp 10 Prozent kam.

1999 erkrankten in Wien 984 Personen (562 Frauen und 422 Männer) an einer bösartigen Neubildung des

Kolorektums (Dickdarm und Mastdarm). Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von insgesamt 61,4 (Frauen: 38,7; Männer: 52,7).

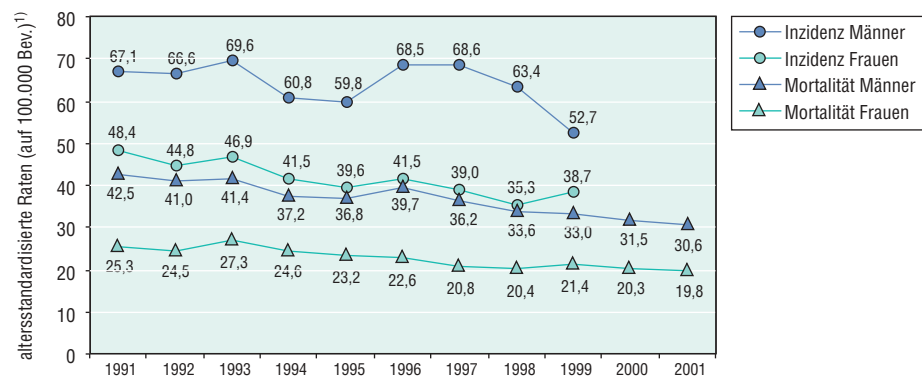
Auch bei der **Mortalität** weisen Männer höhere Raten auf als Frauen. Bei beiden Geschlechtern kommt es jedoch in den letzten zehn Jahren zu einem relativ kontinuierlichen Rückgang (Männer –28 Prozent; Frauen –22 Prozent).

2001 wurden in Wien insgesamt 573 Todesfälle (davon 313 Frauen und 260 Männer) infolge eines Kolorektalkarzinoms gemeldet. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 25,2 (Frauen 19,8; Männer 30,6).

⁵³ Alle Altersgruppen.

⁵⁴ Nach ICD-9 Code: 153, 154.

Grafik 22: Kolorektalkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2.3.4 Rauchen und Krebs

Dass RaucherInnen eine erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen, ist in der Literatur bereits gut dokumentiert. Eine norwegische Studie⁵⁵ untersuchte z. B. den Einfluss von Rauchen auf die Dauer von chronischen Krankheiten vor dem Tod. Die 23 Jahre dauernde follow-up Studie belegt, dass RaucherInnen im Durchschnitt neun Jahre früher als Nicht-RaucherInnen an einer chronischen Krankheit erkranken, im Durchschnitt fünf Jahre früher sterben, und im Durchschnitt vier Jahre länger krank sind bevor sie sterben.

Vergangene und gegenwärtige Missverständnisse in Bezug auf die Gefahren des Rauchens beruhen zu einem großen Teil auf der langen Zeitspanne zwischen dem Beginn des Rauchens und dem Auftreten von Krankheiten, welche in Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, bzw. einem feststellbaren Anstieg von entsprechenden Erkrankungsraten innerhalb einer Bevölkerung und in der Folge einem deutlichen Anstieg der Sterberaten in dieser Bevölkerung.⁵⁶

Neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane zählt Krebs

zu den bedeutendsten chronischen Krankheiten. Nicht nur der vielzitierte Lungenkrebs, sondern auch Krebserkrankungen im Bereich des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens, aber auch Blasenkrebs und andere Krebserkrankungen von Organen, die keinen direkten Kontakt zum Rauchen aufweisen (wie z. B. Bauchspeicheldrüse, Niere, Magen, hämatopoetisches Gewebe, Gebärmutterhals, etc.), stehen in engem Zusammenhang mit dem Rauchverhalten.⁵⁷

Lunge, Kehlkopf, Lippe, Mundhöhle und Rachen

Innerhalb der Krebserkrankungen von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchvorgang stehen, nimmt freilich der Lungenkrebs den Hauptanteil ein (siehe Grafik 23). Bei den Männern ist jedoch auch der Anteil an Todesfällen infolge von Krebserkrankungen im Bereich von Lippe, Mundhöhle und Rachen (Zungenkrebs, etc.) nicht unwesentlich.

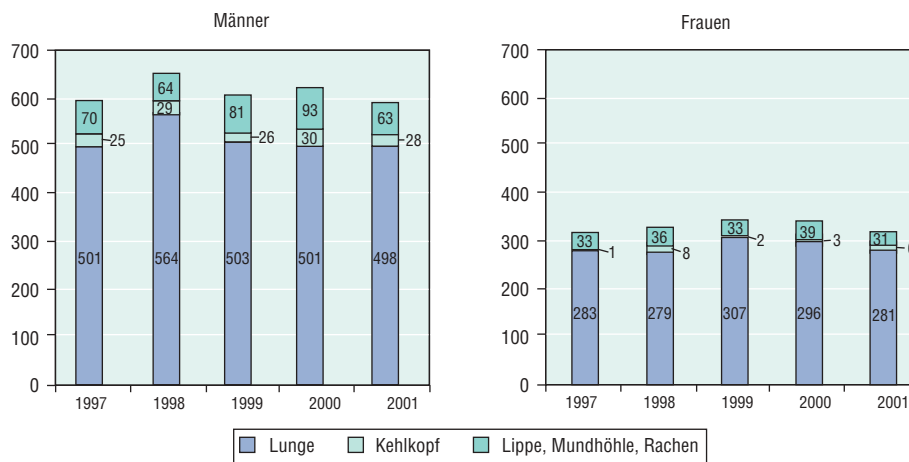
Die folgende Grafik veranschaulicht den Anteil von Lungenkrebs an den Organen, die in direktem Bezug zum Rauchverhalten stehen.

⁵⁵ L. SANDVIK, P. MOWINCKEL, M. ABDELNOOR, G. ERIKSEN, J. ERIKSEN: The impact of smoking on duration of chronic disease until death.

⁵⁶ P. JHA & F.J. CHALOUKPA (Eds.): Tobacco control in developing countries. Oxford University Press. – Oxford, New York 2000 (S. 23).

⁵⁷ Ebd.

Grafik 23: Todesfälle an Krebserkrankungen mit Bezug zum Rauchverhalten, nach Geschlecht, Wien 1997–2001



Quelle: Statistik Austria; Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

1999 erkrankten in Wien 780 Männer und 410 Frauen an einer bösartigen Neubildung der Lunge, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle oder des Rachens. Im selben Jahr starben 952 Personen, im Berichtsjahr 2001 907 Personen infolge einer dieser Krebslokalisationen.

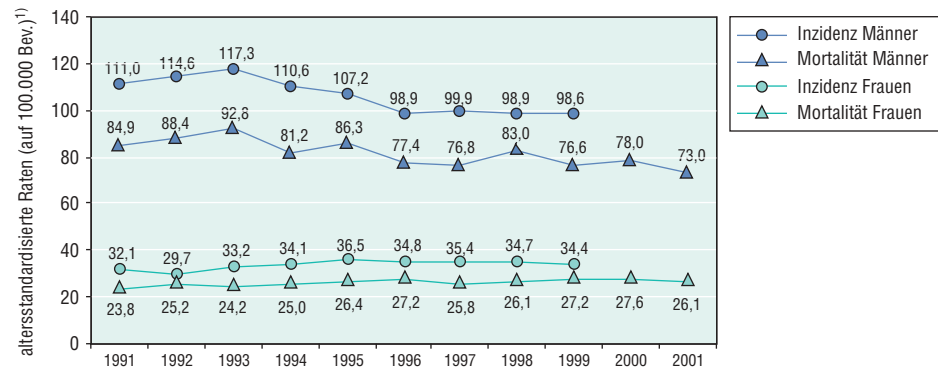
Betrachtet man die Organe, welche in direktem Bezug zum Rauchvorgang stehen, gesamt – also Lippe, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Lunge⁵⁸ – so zeigt sich folgendes Bild:

- Männer weisen sowohl eine fast dreimal so hohe Erkrankungsrate als auch eine fast dreimal so hohe Sterblichkeit auf als Frauen.

- Bei beiden Geschlechtern zeigt sich zwischen 1996 und 1999 ein eher stagnierender Verlauf der Erkrankungsrate. Diese folgt bei den Männern einer vorangegangenen sinkenden Tendenz, bei den Frauen jedoch einer leicht steigenden Tendenz.
- Wenngleich noch immer sehr hoch, weisen die Mortalitätsraten der Männer eine sinkende Tendenz auf, während die Raten der Frauen leicht ansteigen.

⁵⁸ Nach ICD-9 Code: 162, 161 und 140–149.

Grafik 24: Bösartige Neubildungen der Lunge, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Lungenkrebs

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge⁵⁹ (Lungenkrebs, auch Bronchialkarzinom) ist wohl diejenige Lokalisation, welche quantitativ den größten Anteil an denjenigen Krebserkrankungen und Krebstodesfällen einnimmt, die in hohem Ausmaß mit dem Rauchverhalten in Zusammenhang stehen. Zwar wird diese Krebserkrankung nicht *nur* durch Rauchen verursacht, doch weisen RaucherInnen im Vergleich zu Nicht-RaucherInnen ein 10- bis 20-faches Risiko auf. Der tatsächlichen Erkrankung gehen etwa 20 Jahre lang dauernder Rauchkonsum voraus. Der Häufigkeitsgipfel tritt daher erst um das 50. bis 60. Lebensjahr auf.

Insbesondere bei der Abnahme von Sterblichkeit und Häufigkeit eines Lungenkarzinoms bei den Männern ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Abnahme durch das Zurückgehen von berufsbedingten Risikofaktoren (z. B. Kadmium in der Schwerindustrie)⁶⁰ sowie durch Umweltschutzmaßnahmen (v. a. betreffend Luftverschmutzung) mitbedingt ist. Auch der vermehrte Konsum von Leicht-Zigaretten (Erhöhung der Quantität der gerauchten Zigaretten sowie tieferes Inhalieren) spiegelt sich bereits in der Art des Lungen-

karzinoms wider: War dieses ursprünglich ein zentraler Krankheitsherd in der Lunge, so ist es nun häufig an die Peripherie gewandert.⁶¹

Inzidenz: Bei den Männern ist nach einem Gipfel im Jahr 1993 ein deutlich abnehmender Trend in der Erkrankungsrate festzustellen, wenngleich die Entwicklung in den letzten Jahren eher stagniert und der Tiefstand von 1996 seither nicht mehr erreicht wurde. Dennoch kam es zwischen 1993 und 1999 zu einem Rückgang der Inzidenz um –20 Prozent. 1999 erkrankten 956 Personen, davon 598 Männer (63 Prozent) an Lungenkrebs. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 75,3.

Bei den Frauen ist zwischen 1992 und 1999 eine Zunahme der Inzidenz um +20 Prozent festzustellen. Dies dürfte mit dem gestiegenen Raucheranteil in der weiblichen Bevölkerung seit den frühen 70er Jahren in Zusammenhang stehen. Der in den letzten Jahren insbesondere bei weiblichen Jugendlichen gestiegene Raucheranteil wird sich wahrscheinlich erst in späteren Jahren statistisch auswirken. Die Auswirkungen von Spätfolgen sowie die derzeit geringen Heilungschancen machen eine Prävention vor allem bei noch jungen Menschen deshalb doppelt wichtig.

⁵⁹ Nach ICD-9 Code: 162

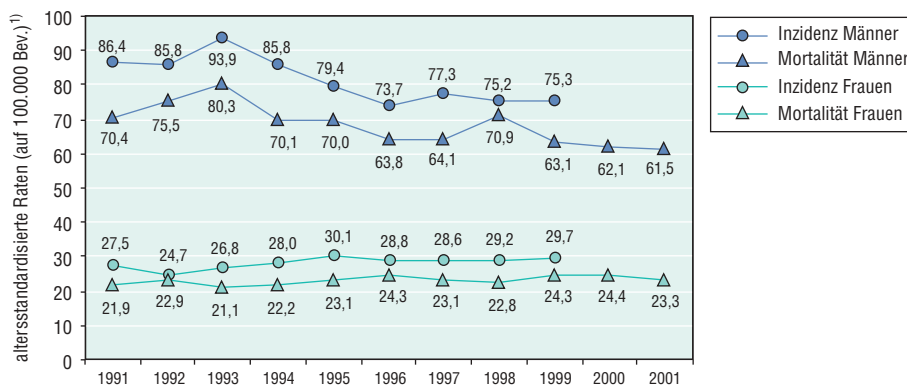
⁶⁰ Professor Christian VUTUC (Krebsforschungsinstitut der Universität Wien) am Zentraleuropäischen Lungenkrebskongress 2002 in Wien.

⁶¹ Christian VUTUC: „In den 70ern waren elf Prozent der Karzinome peripher, 1990 dann 28 Prozent, heute sind es 57 Prozent.“ (zitiert aus: der Standard; 4. September 2002, Seite 23).

Mortalität: Die folgende Grafik veranschaulicht den seit 1993 beobachtbaren Rückgang der Mortalitätsrate

bei den Männern, bzw. den leichten Anstieg der Sterblichkeit bei den Frauen

Grafik 25: Lungenkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

Blasenkrebs

Im Zusammenhang mit Krebslokalisationen, die auf das Rauchverhalten zurückzuführen sind, muss hier auch das Blasenkarzinom erwähnt werden. Dieses Karzinom tritt vor allem nach dem 60. Lebensjahr bei Männern auf und wird – unter anderen Risikofaktoren – auch von Zigarettenrauchen verursacht.

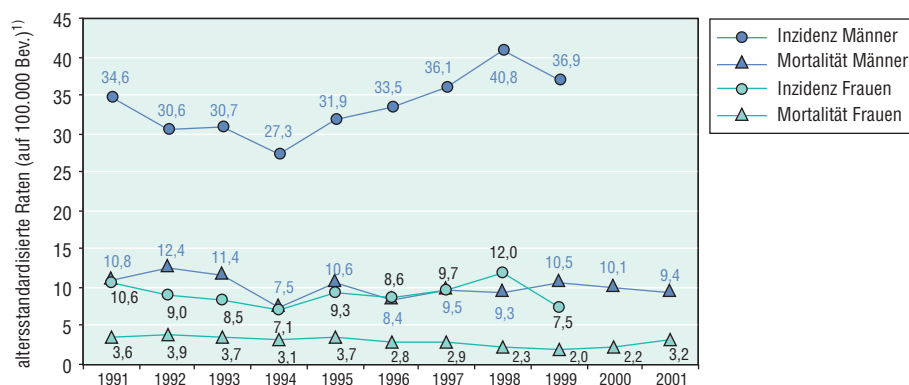
Die folgende Grafik zeigt die grundsätzlich deutlich höhere **Inzidenz** sowie den starken Anstieg von Blasenkrebs bei Männern seit 1994.⁶² 1999 ging die Inzidenzrate zwar etwas zurück, betrug aber noch immer 36,9. Auch bei den Frauen ist ein Anstieg der Inzidenzrate ab

1994 zu beobachten, doch ist auch hier 1999 im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang zu verzeichnen. 1999 erkrankten in Wien 297 Männer und 108 Frauen an Blasenkrebs.

Der starke Anstieg der Inzidenz spiegelt sich jedoch nicht in einer erhöhten **Mortalität** wider. Dies dürfte unter anderem auch auf die relativ guten Heilerfolge – vor allem bei frühem Tumorstadium und geringer Eindringtiefe – zurückzuführen sein. 1999 starben 123 Personen an Blasenkrebs (86 Männer und 37 Frauen), im Jahr 2001 waren es 131 (80 Männer und 51 Frauen). Die für das Jahr 2001 berechnete altersstandardisierte Mortalitätsrate betrug für Männer 9,4, für Frauen 3,2.

⁶² Anstieg zwischen 1994 und 1998: +50 Prozent!

Grafik 26: Blasenkrebs: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten nach Geschlecht, Wien ab 1991



1) Berechnung basiert auf alter Europa Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

3.2 Krebs

Zusammenfassung

Neuerkrankungen: 1999³⁷ erkrankten insgesamt 3.521 Wienerinnen und 3.320 Wiener an Krebs (d. h. jede 240. Wienerin und jeder 230. Wiener). Die altersstandardisierte Inzidenzrate pro 100.000³⁸ betrug für Frauen 282, für Männer 417.

Die häufigsten Krebserkrankungen erfolgen – insgesamt betrachtet – nach wie vor im Bereich der Atmungsorgane (vor allem Lunge) und des Darmes (vor allem Dickdarm und Mastdarm). Beide Erkrankungen stehen in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil der Betroffenen. Getrennt nach Geschlecht ist jedoch für Frauen Brustkrebs (26 Prozent aller Lokalisationen) und für Männer Prostatakrebs (23 Prozent aller Lokalisationen) die häufigste aller Krebserkrankungen.

Die altersstandardisierte Krebserkrankungsrate zeigt für Frauen seit 1983 (und insbesondere ab 1988) einen relativ kontinuierlich abnehmenden Trend. Der Rückgang ist vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers, des Magens und des Kolorektums zurückzuführen. Allerdings ist seit 1987 auch ein deutlicher Anstieg der Lungenkrebsrate in der weiblichen Bevölkerung festzustellen, was vor allem auf das veränderte Rauchverhalten der Frauen zurückgeführt wird.

Wenngleich auch bei den Wiener Männern insgesamt eine sinkende Tendenz der Erkrankungsraten feststellbar ist, so ist doch die Entwicklung weniger kontinuierlich. Eine bedeutende Abnahme ist jedoch im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Dennoch kann seit 1983 ein deutlicher Rückgang bei Magenkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs beobachtet werden. Der starke Anstieg von Prostatakrebs, vor allem seit 1992, wird unter anderem mit den vermehrten Vorsorgeuntersuchungen („Screening-Effekt“) sowie verbesserten Diagnosemöglichkeiten erklärt.

Summary: Cancer

New cancer cases: In 1999³⁷, a total of 3,521 female and 3,320 male citizens of Vienna were diagnosed with cancer (i.e. one in every 240 women and 230 men). The age standardised incidence rate per 100,000 inhabitants³⁸ was 282 for women and 417 for men.

In total, the most frequent types of cancer remain cancer of the respiratory organs (above all the lungs) and the intestinal tract (mostly the colorectum). Both diseases are closely connected to the lifestyle of the patients. However, if viewed separately for each sex, cancer of the mammary gland (26 percent of all localisations) is the most frequent type of cancer in women, while cancer of the prostate is the commonest form of cancer in men (23 percent of all localisations).

For women, the age-standardised cancer rate presents a relatively continuously decreasing trend since 1983 (and in particular since 1988). This reduction is mainly due to a decrease in malignant neoplasms of the cervix, the body of the uterus, the stomach and the colorectum. However, a marked increase in the lung cancer rate for women was recorded since 1987, which is chiefly attributed to the changed smoking behaviour of women.

Although an overall downward tendency of morbidity rates was identified for the male citizens of Vienna as well, this development was less continuous than that for women. However, a marked reduction was recorded compared with the previous year. A substantial decrease in the incidence of cancer of the stomach, lungs and intestine was recorded since 1983. The significant increase of cancer of the prostate, above all since 1992, is explained, inter alia, by the greater availability of screenings (“screening effect”) and improved diagnostic techniques.

³⁷ Zur Krebsinzidenz sind derzeit keine neueren Daten verfügbar. / No more recent data on cancer incidence are available.

³⁸ Berechnung von altersstandardisierten Raten basiert auf fiktiver Bevölkerung (hier: alte Europa-Standardbevölkerung der WHO) zu Zwecken der Vergleichbarkeit. / Calculation based on WHO-Old European Standard Population.

3.3.1 Krankenstandsfälle⁶³

Im Jahr 2001 wurden bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse rund 765.000 Krankenstandsfälle registriert. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme um 2,4 Prozent.

Der größte Teil aller Krankenstandsfälle (insgesamt rund 41 Prozent) fiel auch im Jahr 2001 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf die Gruppe der **Krankheiten der Luftwege und der Atmungsorgane**. An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand, folgen die **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** (rund 14 Prozent). **Infektions-**

krankheiten (10 Prozent) und **Unfälle** (8 Prozent) bilden noch immer einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen.

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine leichte Überrepräsentanz der Krankenstandsfälle bei urogenitalen Erkrankungen, bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei den Krankheiten des Nervensystems erkennen. **Männer** weisen hingegen einen doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Geringfügig erhöht ist zudem der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

Tabelle 12: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien ¹⁾ 2001

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	40.809	10,0	37.003	10,4	77.812	10,2
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	5.404	1,3	3.308	0,9	8.712	1,1
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.113	0,5	2.165	0,6	4.278	0,6
Krankheiten des Blutes (18)	361	0,1	231	0,1	592	0,1
psychische Krankheiten (19)	8.320	2,0	4.420	1,2	12.740	1,7
Krankheiten des Nervensystems (20)	9.698	2,4	5.128	1,4	14.826	1,9
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	6.836	1,7	6.370	1,8	13.206	1,7
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	11.788	2,9	10.137	2,8	21.925	2,9
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	170.477	41,8	146.716	41,0	317.193	41,5
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	23.153	5,7	21.590	6,0	44.743	5,8
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	19.465	4,8	4.353	1,2	23.818	3,1
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	9.469	2,3	0	0,0	9.469	1,2
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	4.845	1,2	5.151	1,4	9.996	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	53.227	13,1	56.142	15,7	109.369	14,3
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	370	0,1	245	0,1	615	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	18.785	4,6	13.151	3,7	31.936	4,2
Unfälle (47–51)	21.134	5,2	39.726	11,1	60.860	8,0
Vergiftungen (52–53)	113	0,0	198	0,1	311	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	274	0,1	568	0,2	842	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	698	0,2	889	0,3	1.587	0,2
insgesamt	407.339	100,0	357.491	100,0	764.830	100,0

1) Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

⁶³ Als Basis für die Erfassung der Krankenstandsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen.

Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten zeigt eine Überrepräsentanz der **Angestellten** bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (46 Prozent aller Krankenstandsfälle, im Vergleich zu 35 Prozent bei den ArbeiterInnen) sowie ein leichtes Überwiegen bei Infektionskrankheiten und Neubildungen.

Bei den **ArbeiterInnen** überwiegen hingegen deutlich die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (20 Prozent im Vergleich zu 10 Prozent bei den Angestellten) sowie die Krankenstände aufgrund von Unfällen (11 Prozent im Vergleich zu 6 Prozent bei den Angestellten).

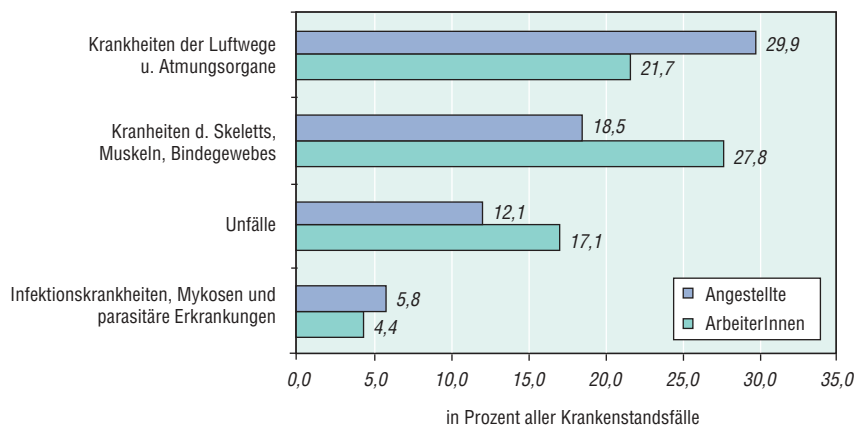
Tabelle 13: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien ¹⁾ 2001

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	10.036	19.193	29.229	30.773	17.810	48.583
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	1.459	1.177	2.636	3.945	2.131	6.076
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	684	1.087	1.771	1.429	1.078	2.507
Krankheiten des Blutes (18)	129	117	246	232	114	346
psychische Krankheiten (19)	2.607	2.085	4.692	5.713	2.335	8.048
Krankheiten des Nervensystems (20)	3.068	3.034	6.102	6.630	2.094	8.724
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	1.686	3.124	4.810	5.150	3.246	8.396
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	4.299	4.923	9.222	7.489	5.214	12.703
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	40.663	70.353	111.016	129.814	76.363	206.177
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	6.905	11.903	18.808	16.248	9.687	25.935
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	5.351	2.020	7.371	14.114	2.333	16.447
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	2.533	–	2.533	6.936	–	6.936
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	1.713	3.029	4.742	3.132	2.122	5.254
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	24.720	38.103	62.823	28.507	18.039	46.546
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	117	115	232	253	130	383
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	6.456	7.654	14.110	12.329	5.497	17.826
Unfälle (47–51)	7.595	26.432	34.027	13.539	13.294	26.833
Vergiftungen (52–53)	38	131	169	75	67	142
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	120	393	513	154	175	329
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	206	448	654	492	441	933
insgesamt	120.385	195.321	315.706	286.954	162.170	449.124

1) Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Grafik 27: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2001 (WGKK, Beschäftigte)



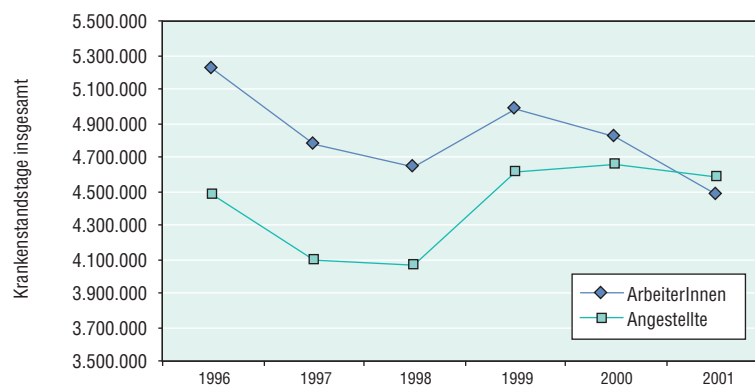
Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen.

3.3.2 Krankenstandstage⁶⁴

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug im Jahr 2001 bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse rund 9.052.000 Tage. Gegenüber 2000 bedeutet dies einen weiteren Rückgang um -4,5 Prozent, gegenüber 1999 einen Rückgang um insgesamt -5,6 Prozent. Trotz des sprunghaften Anstiegs der gesamten Krankenstandstage im Jahr 1999 nahm in Wien die Zahl der jährlichen Krankenstandstage seit 1996 um knapp 7 Prozent ab.

Allerdings sind bei diesem Trend deutliche Unterschiede zwischen den Kategorien **Arbeiter und Angestellte** feststellbar. Während es bei den ArbeiterInnen – abgesehen von dem erwähnten Anstieg 1999 – seit 1996 zu einem mehr oder weniger kontinuierlichen Rückgang der Krankenstandstage kam, blieben bei den Angestellten die registrierten Krankenstandstage nach 1999 auf annähernd gleichem Niveau (*siehe folgende Grafik*). Getrennt nach **Geschlecht** zeigen die männlichen Arbeiter den stärksten Rückgang seit 1996.

Grafik 28: Krankenstandstage Arbeiter und Angestellte, Entwicklung 1996–2001 (WGKK, Beschäftigte)



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

⁶⁴ Als Krankenstandstage werden alle Kalendertage der Arbeitsunfähigkeit erfasst.

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfielen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (26 Prozent aller Krankenstandstage), gefolgt von den

Krankenständen aufgrund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (23 Prozent) sowie aufgrund von **Unfällen** (15 Prozent).

Tabelle 14: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien ¹⁾ 2001

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	239.517	5,2	221.598	5,0	461.115	5,1
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	169.116	3,6	102.019	2,3	271.135	3,0
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	48.522	1,0	47.982	1,1	96.504	1,1
Krankheiten des Blutes (18)	6.653	0,1	6.971	0,2	13.624	0,2
psychische Krankheiten (19)	260.508	5,6	147.289	3,3	407.797	4,5
Krankheiten des Nervensystems (20)	102.169	2,2	68.557	1,6	170.726	1,9
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	65.257	1,4	69.968	1,6	135.225	1,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	192.753	4,1	244.244	5,6	436.997	4,8
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.247.214	26,8	1.090.002	24,8	2.337.216	25,8
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	216.776	4,7	239.795	5,5	456.571	5,0
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	222.955	4,8	57.653	1,3	280.608	3,1
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	98.133	2,1	–	–	98.133	1,2
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	55.683	1,2	64.561	1,5	120.244	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	1.076.575	23,1	1.009.956	23,0	2.086.531	23,0
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	8.617	0,2	4.352	0,1	12.969	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	173.509	3,7	124.848	2,8	298.357	3,3
Unfälle (47–51)	450.506	9,7	867.266	19,7	1.317.772	14,6
Vergiftungen (52–53)	912	0,0	1.577	0,0	2.489	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	6.785	0,2	13.828	0,3	20.613	0,2
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	13.121	0,3	14.312	0,3	27.433	0,3
insgesamt	4.655.281	100,00	4.396.778	100,00	9.052.059	100,00

1) Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Während bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes überwiegen (28 Prozent aller Krankenstands-

tage), nehmen bei den **Angestellten** die Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane den ersten Rang ein (30 Prozent).

Tabelle 15: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien ¹⁾ 2001

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	73.335	122.580	195.915	166.182	99.018	265.200
gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	66.091	49.794	115.885	103.025	52.225	155.250
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	18.804	28.250	47.054	29.718	19.732	49.450
Krankheiten des Blutes (18)	1.967	5.064	7.031	4.686	1.907	6.593
psychische Krankheiten (19)	86.526	70.561	157.087	173.982	76.728	250.710
Krankheiten des Nervensystems (20)	42.443	42.220	84.663	59.726	26.337	86.063
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	20.016	38.210	58.226	45.241	31.758	76.999
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	92.547	134.588	227.135	100.206	109.656	209.862
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	384.132	586.350	970.482	863.082	503.652	1.366.734
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	81.176	139.438	220.614	135.600	100.357	235.957
urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	78.556	31.342	109.898	144.399	26.311	170.710
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	30.745	–	30.745	67.388	–	67.388
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	23.476	38.992	62.468	32.207	25.569	57.776
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	547.748	694.187	1.241.935	528.827	315.769	844.596
kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	3.252	2.620	5.872	5.365	1.732	7.097
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	73.258	74.937	148.195	100.251	49.911	150.162
Unfälle (47–51)	176.702	587.622	764.324	273.804	279.644	553.448
Vergiftungen (52–53)	412	1.021	1.433	500	556	1.056
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	2.580	10.303	12.883	4.205	3.525	7.730
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	4.581	8.469	13.050	8.540	5.843	14.383
insgesamt	1.808.347	2.666.548	4.474.895	2.846.934	1.730.230	4.577.164

1) Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

3.3.3 Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer der letzten Jahre wies **österreichweit** (alle Versicherten) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Krankenstandsfall erstmalig einen absoluten Tiefststand. Die Werte der folgenden Jahre blieben in etwa auf diesem niedrigen Niveau und erreichten 2001 mit 12,4 Tagen wiederum diesen Tiefststand.

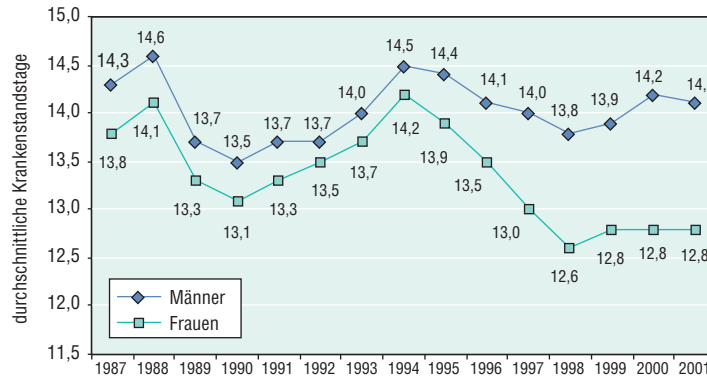
Die Versicherten der **Wiener Gebietskrankenkasse** (alle Versicherten) weisen im Jahr 2001 mit durchschnittlich 13,4 Tagen (Beschäftigte: 11,8 Tage) pro Krankenstandsfall einen etwas niedrigeren Wert als im Vorjahr auf (*siehe Grafik*).

Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – bei den Beschäftigten seit Jahren **Frauen** eine geringere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall aufweisen als Männer; im Durchschnitt melden sich Frauen um einen Tag weniger krank als Männer (2001: Männer 12,3 Tage; Frauen 11,4 Tage). Allerdings ist

dies auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhältnis zurückzuführen und gilt nicht für die Arbeiterinnen; diese weisen einen um durchschnittlich

1,3 Tage längeren Krankenstand pro Krankenstandsfall auf als ihre männlichen Kollegen.

Grafik 29: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfall in Tagen, Wien (WGKK, alle Versicherten) 1987–2001

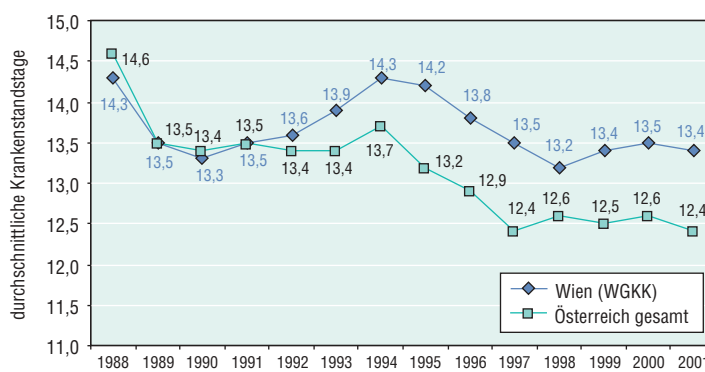


Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Im Vergleich zu Gesamtösterreich weist **Wien** (genauer: die Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse)

seit 1992 eine höhere Durchschnittsdauer pro Krankenstandsfall auf.

Grafik 30: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfall in Tagen, Österreich (gesamt) und Wien (WGKK, alle Versicherten), 1988–2001



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Abgesehen von der Ursache des Krankenstandes ist die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall sowohl zwischen als auch innerhalb der Kategorien ArbeiterInnen und Angestellte, also zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmern, zum Teil sehr unterschiedlich.

So lassen sich etwa bei den **Arbeitern und Arbeiterinnen** im Vergleich zu den Angestellten längere Krankenstände infolge von Neubildungen, Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, Krankheiten des Blutes, Herz- und Gefäßkrankheiten sowie urogenitalen Krankheiten feststellen.

Getrennt nach Geschlecht weisen im Jahr 2001 bei den **ArbeiterInnen Frauen** aufgrund von Neubildungen und Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes etwas längere Krankenstände auf als ihre männlichen Kollegen. **Männliche Arbeiter** wiederum haben im Berichtsjahr vor allem bei den Krankheiten des Blutes sowie bei Krankenständen aufgrund von Herz- und Gefäßkrankheiten sowie aufgrund absichtlicher Selbstschädigung eine deut-

lich längere Krankenstandsdauer aufzuweisen als Frauen.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die Männer. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man bei den Angestellten im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten.

Tabelle 16: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen, Wien¹⁾ 2001

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

1) Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

3.3 Krankenstände

Zusammenfassung

Im Jahr 2001 fielen bei den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Beschäftigte) um 2,4 Prozent weniger Krankenstandsfälle und um 4,5 Prozent weniger Krankenstandstage an als im Jahr davor.

Die **durchschnittliche Krankenstandsdauer** pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2001 bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (alle Versicherten) 13,4 Tage (Beschäftigte: 11,8 Tage). Der Vergleichswert für Österreich (alle Versicherten) beträgt 12,4 Tage.

Wie immer weisen bei den Beschäftigten die Frauen insgesamt eine geringere durchschnittliche Krankenstandsdauer auf als Männer (Frauen: 11,4 Tage; Männer: 12,3 Tage); allerdings ist dies auf den höheren weiblichen Anteil bei den Angestellten zurückzuführen. Bei den ArbeiterInnen weisen die Frauen einen um 1,3 Tage längeren Krankenstand auf als Männer; bei den Angestellten melden sich die Männer um rund einen Tag länger krank als Frauen.

Auch insgesamt weist die Kategorie der Arbeiterinnen und Arbeiter eine längere Krankenstandsdauer auf als die Kategorie der Angestellten (14,2 versus 10,2 Tage).

Die **häufigsten Krankenstände** erfolgen aufgrund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane (41 Prozent), gefolgt von den Erkrankungen im Bereich des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (14 Prozent). Aber auch Infektionskrankheiten (10 Prozent) und Unfälle (8 Prozent) bilden nach wie vor einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen.

Summary: Sick Leaves

In 2001, the sick leaves of persons insured (in employment) with the Wiener Gebietskrankenkasse (Vienna Area Health Fund) dropped by 2.4 percent for the number of cases and by 4.5 percent for the number of days as compared with the previous year.

*The **average duration of sick leave** per case in 2001 was 13.4 days for all persons insured with the Wiener Gebietskrankenkasse, while the figure for employees was 11.8 days. The reference figure for all of Austria (all insured persons) is 12.4 days.*

As in the past, female employees present a shorter average duration of sick leave than their male colleagues (women: 11.4 days, men: 12.3 days); however, this is due to the higher share of women in the overall number of white-collar workers. With respect to blue collar workers, the average sick leave of women is by 1.3 days longer than that of men, while the sick leave claimed by male white-collar workers tends to be roughly one day longer than that of women.

In general, blue collar workers have a longer duration of sick leave than white collar workers (14.2 versus 10.2 days).

*The **most frequent causes of sick leave** are diseases of the respiratory tract and organs (41 percent), followed by skeletal, muscular and connective tissue diseases (14 percent), although infections (10 percent) and accidents (8 percent) likewise continue to account for a significant share of sick leaves.*

3.4 Spitalsentlassungsstatistik

Zusammenfassung

Zwar kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht auf die tatsächliche Krankheitslage (Morbidität) in der Bevölkerung geschlossen werden, doch gibt sie Auskunft über die Spitalsaufenthaltsdauer und darüber, für welche Krankheiten besonders viele Krankenhaustage benötigt werden, sowie über die häufigsten Entlassungsdiagnosen und geschlechtsspezifische Unterschiede.

Im Jahr 2000 betrug die **durchschnittliche Aufenthaltsdauer** in Wiener Spitälern für alle PatientInnen 12,1 Tage (Frauen 13,7 Tage, Männer 10,1 Tage). Bezogen auf ausschließlich in Österreich wohnhafte PatientInnen betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern 10,1 Tage (Österreich: 9,0 Tage). Dies entspricht einem weiteren Rückgang gegenüber den Vorjahren.

Die **längsten Krankenhausaufenthalte** sind auch 2000 bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem Herzkrankheiten) zu verzeichnen (durchschnittlich 26,7 Tage).

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** zählen Neoplasien (Neubildungen), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Summary: Hospital Discharge Statistics

While the hospital discharge statistics do not permit a direct conclusion as to the actual morbidity situation of the population, they do provide some information regarding the length of hospital stays, the types of disorders requiring particularly many hospital days, the most frequent conditions diagnosed on discharge as well as gender specific differences.

*In 2000, the **average length of stays** in Viennese hospitals was 12.1 days for all patients (women: 13.7 days, men: 10.1 days). With reference to the patients exclusively resident in Austria, the average length of stays in Viennese hospitals was 10.1 days (Austria: 9.0 days). This corresponds to a marked reduction in the number of days as compared to the previous years.*

*As in previous years, the **longest hospital stays** in 2000 were due to circulatory diseases (mainly cardiac diseases) (average stay: 26.7 days).*

*The **most frequent conditions diagnosed on discharge** included neoplasms, followed by circulatory diseases.*

Die Diagnosen der aus allen Wiener Spitälern im Berichtsjahr entlassenen Personen werden von den SpitalsärztInnen in ein international standardisiertes Klassifikationsschema, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird⁶⁵, eingeordnet und an die Statistik Austria gemeldet. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lag erst die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 2000 vor.

Im Allgemeinen kann von Spitalsentlassungsdaten nicht auf die Krankheitslage (Morbidität) in einer Bevölkerung geschlossen werden. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beein-

flusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Auch das 1997 neu eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF), welches auf leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen beruht, findet seinen Niederschlag in der Statistik (z. B. Rückgang der Aufenthaltsdauer, etc.).

Im Jahr 2000 wurden in den Wiener Krankenanstalten insgesamt 552.146 **stationäre Behandlungsfälle** registriert. Die Zahl der stationär behandelten PatientInnen

⁶⁵ In Österreich wird derzeit die in 18 Hauptgruppen unterteilte neunte Version der „International Classification of Diseases“ (ICD-9), KRAZAF-Version verwendet. Seit Jänner 2002 Umstellung auf ICD-10.

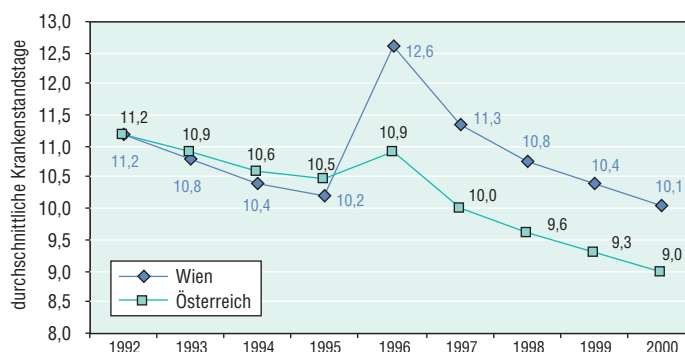
zeigt seit Jahren eine steigende Tendenz. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg um 2,1 Prozent, im Vergleich zu 1994 ein Anstieg um 32,3 Prozent zu verzeichnen. Gleichzeitig steht der steigenden Zahl der PatientInnen eine sinkende durchschnittliche Aufenthaltsdauer gegenüber (verstärkt seit Einführung des LKF-Systems). Diese Entwicklung legt die Vermutung nahe, dass Mehrfachaufenthalte wegen ein und derselben Krankheit zunehmen. Vor allem für chronisch Kranke und ältere Menschen, bei denen die Genesung länger dauert, besteht die Gefahr, dass sie ohne entsprechende Gegensteuerung zu „Drehtürpatienten“ werden.⁶⁶

Spitalsaufenthaltsdauer

Ein Vergleich der durchschnittlichen Spitalsaufenthaltsdauer pro Behandlungsfall zwischen Wien

(nach Standort der Krankenanstalt und bezogen auf alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich zeigt, dass nach dem sprunghaften Anstieg der Aufenthaltsdauer im Jahr 1996 (vor Einführung der LKF) es in beiden Fällen zu einem kontinuierlichen Rückgang kam. Während bis 1995 die Wiener Spitäler etwas geringere Durchschnittswerte aufwiesen, liegen die Werte seit 1996 mit ca. einem Tag über dem österreichischen Durchschnitt. Im Jahr 2000 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für in Österreich wohnhafte PatientInnen in einem Wiener Spital 10,1 Tage⁶⁷, in einem österreichischen Spital 9 Tage (siehe folgende Grafik). Unter Berücksichtigung auch der ausländischen PatientInnen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten 12,1 Tage (Frauen: 13,7 Tage; Männer: 10,1 Tage).

Grafik 31: Durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer in Wien (Standort der Krankenanstalt, alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich (in Österreich wohnhaft)



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Wie in den vorhergehenden Jahren verursachten Krankheiten des **Kreislaufsystems** die längste Spitalsaufenthaltsdauer (vor allem Herzkrankheiten).⁶⁸ Trotz eines Rückganges im Verlauf der letzten Jahre (-12 Prozent im Vergleich zu 1999 mit 30,5 Tagen) betrug im Jahr 2000 die Aufenthaltsdauer für diese

Krankheitsgruppe im Durchschnitt 26,7 Tage. Bei den weiblichen Patienten konnte – vor allem altersbedingt – eine besonders lange Aufenthaltsdauer (durchschnittlich 39,5 Tage) registriert werden (männliche Patienten: 13,3 Tage).

⁶⁶ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 187.

⁶⁷ Dieser Vergleich basiert ausschließlich auf PatientInnen, die in Österreich wohnhaft sind. Ausländische PatientInnen mit teilweise sehr langen Spitalsaufenthalten sind daher hier nicht inkludiert.

⁶⁸ Siehe Tabelle 18.

Entlassungsdiagnosen

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählten auch 2000 die bösartigen Neubildungen, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems. An dritter Stelle stehen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.⁶⁹

Im Verlauf der letzten Jahre sind aus der Statistik der Entlassungsdiagnosen auffällige Veränderungen abzulesen. Abgesehen von der bereits erwähnten generellen Zunahme der Spitalsfälle haben im Vergleich zu 1994 die Behandlungen von bestimmten Krankheitsgruppen besonders stark zugenommen. Behandlungen von Krebserkrankungen zum Beispiel stiegen zwischen 1994 und 2000 um fast 51 Prozent, was auch auf eine verbesserte Vorsorge und Therapie zurückzuführen ist. Behandlungsfälle von Krankheiten des Blutes haben seit 1994 um 84 Prozent, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane um 63 Prozent, Krankheiten der Atmungsorgane um 32 Prozent und Krankheiten des Kreislaufsystems um 26 Prozent zugenommen. Der Anstieg dieser Diagnosen zeigt vor allem auch die Auswirkungen von behandlungsabhängigen Mehrfachaufenthalten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber auch aufgrund von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit Gravidität und Entbindung, befinden sich **Frauen** häufiger in stationärer Behandlung als Männer. Besonders dominiert das weibliche Geschlecht bei den Neoplasien (Brustkrebs), bei den Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, bei den Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (v. a. Affektionen der Augen), bei Hypertonie und Krankheiten der Venen und Lymphgefäße, bei den Krankheiten der Urogenitalorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

Das **männliche** Geschlecht hingegen überwiegt bei den Entlassungsdiagnosen Krebs der Verdauungsorgane und Krebs der Atmungsorgane, ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten der Arterien und Krankheiten der Atmungsorgane.⁷⁰

⁶⁹ Siehe Tabelle 18.

⁷⁰ Siehe Tabelle 17.

Tabelle 17: Spitalsentlassungsfälle¹⁾ 2000²⁾ nach Geschlecht

Hauptgruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Geschlecht		Stationäre Patienten insgesamt ⁴⁾
			weiblich	männlich	
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	6.239	6.321	12.560
II.	140–239	Neoplasien	54.852	45.136	99.988
	140–208	darunter: bösartige Neubildungen	46.450	40.274	86.724
	150–159	darunter: Verdauungsorgane	8.364	10.516	18.880
	160–165	Atmungsorgane	3.752	7.769	11.521
	174, 175, 179–189	Brust-, Harn- und Geschlechtsorgane	21.749	7.182	28.931
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	11.224	7.944	19.168
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	2.933	2.379	5.312
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	18.491	17.198	35.689
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	26.021	18.987	45.008
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	38.110	36.474	74.584
	401–405	darunter: Hypertonie	3.196	1.829	5.025
	410–414	ischämische Herzkrankheiten	5.541	8.787	14.328
	415–429	sonstige Herzkrankheiten	10.003	8.266	18.269
	430–438	cerebrovaskuläre Krankheiten	7.638	6.096	13.734
	440–448	Krankheiten der Arterien	5.968	7.254	13.222
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	17.198	20.515	37.713
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	19.748	19.214	38.962
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	22.501	13.211	35.712
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation in Gravidität	27.613	–	27.613
	650	darunter: normale Entbindung	10.796		10.796
XII.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4.096	3.681	7.777
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	33.267	17.262	50.529
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	1.481	1.961	3.442
XV.	760–779	perinatale Affektionen	1.112	1.418	2.530
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	9.117	6.453	15.570
XVII.	800-999	Verletzungen und Vergiftungen	19.225	19.769	38.994
XVIII.	V01-V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	511	484	995
I-XVIII	001-999, V01-V99	alle Diagnosen	313.739	238.407	552.146

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

2) Daten für 2001 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.

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

4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000.

Tabelle 18: Spitalsentlassungsfälle¹⁾ 2000²⁾ nach Abgangsstatus und Aufenthaltsdauer

Hauptgruppe ³⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	Abgangsstatus ⁴⁾		Ø Aufenth. - dauer (Tage)			
			entlassen	gestorben	weibl.	männl.	insges.	
I.	001–139	infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.095	465	10,6	10,9	10,7	
II.	140–239	Neoplasien	96.948	3.040	6,1	6,5	6,3	
	140–208	darunter:						
		bösartige Neubildungen	83.773	2.951	6,0	6,7	6,3	
		darunter:						
		Verdauungsorgane	18.044	836	7,6	5,8	6,6	
150–159	Verdauungsorgane	18.044	836	7,6	5,8	6,6		
160–165	Atmungsorgane	10.904	617	6,9	7,8	7,6		
174, 175, 179–189	Brust-, Harn- u. Geschlechtsorgane	28.326	605	4,7	7,2	5,3		
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	18.822	346	12,9	9,6	11,5	
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes	5.220	92	6,4	4,6	5,6	
V.	290–319	psychiatrische Krankheiten	35.466	223	26,4	26,8	26,6	
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	44.772	236	7,9	7,5	7,8	
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	69.647	4.937	39,5	13,3	26,7	
	darunter:							
		401–405	Hypertonie	4.988	37	11,2	8,1	10,1
		410–414	ischämische Herzkrankheiten	13.550	778	14,9	8,8	11,1
		415–429	sonstige Herzkrankheiten	15.492	2.777	109,0	26,9	71,8
		430–438	cerebrovaskuläre Krankheiten	12.693	1.041	26,9	15,6	21,9
440–448	Krankheiten der Arterien	12.997	225	8,6	7,0	7,7		
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	36.371	1.342	17,9	10,2	13,7	
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	38.102	860	9,5	8,6	9,1	
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	35.318	394	7,8	6,1	7,2	
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation in Gravidität	27.612	1	5,0	–	5,0	
	650	darunter: normale Entbindung	10.796	0	5,2		5,2	
XII.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	7.728	49	8,4	7,9	8,1	
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	50.458	71	9,0	8,0	8,6	
XIV.	740–759	kongenitale Missbildungen	3.409	33	7,6	7,2	7,4	
XV.	760–779	perinatale Affektionen	2.482	48	13,7	13,4	13,5	
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	15.054	516	17,9	8,9	14,2	
XVII.	800-999	Verletzungen und Vergiftungen	38.452	542	10,2	7,7	8,9	
XVIII.	V01-V99	verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	994	1	2,7	3,3	3,0	
I – XVIII	001-999, V01-V99	alle Diagnosen	538.950	13.196	13,7	10,1	12,1	

- 1) Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, PKH Josefstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH, K. Franz Josef KH, Goldenes Kreuz KH, Hanusch KH, Sanatorium Hera, Herz-Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung, St. Elisabeth KH, St. Josef KH, UKH & RehabZ, Wilhelminenspital, Poliklinik, Sophienspital, Baumgarten PFH, Pulmologisches Zentrum, Baumgartner Höhe PSYKH, STRAFA, Gersthof OrthSp., Glanzing KIKL, Preyer KISP, PFH Haus d. Barmherzigkeit, Heeresspital, Semmelweis FrauenKL, Lainz GeriatrieZ, Liesing PFH, Lorenz Boehler UKH, Maria-Theresien-Schlössl, Mautner-Markhof'sches KISP, Speising Orthop. SP, Meidling RehabZ, Rosenhügel NKH, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebartsstr., St. Anna KISP, PKlinik, Göttlicher Heiland, SMZ Ost, SMZ Ost PFH, Paracelsusklinik, Döbling PK, PFH Sanatorium, PZ-PFH, PFA Pulm. Z., PFZ Alsergrund
- 2) Daten für 2001 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar.
- 3) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF.
- 4) Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden Personen.

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000.

III.
EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGY

INHALT

3	EPIDEMIOLOGIE	65
3.1	INFEKTIONSKRANKHEITEN	65
3.1.1	Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS	65
3.1.2	Tuberkulose	68
3.1.3	AIDS und HIV-Infektionen	74
3.1.4	Geschlechtskrankheiten	82
3.1.5	Influenza und grippale Infekte	86
3.2	KREBS	89
3.2.1	Krebsinzidenz	90
Krebslokalisationen		92
Vorsorgeuntersuchungen		96
3.2.2	Krebsmortalität	97
3.2.3	Ausgewählte Krebserkrankungen	98
Weiblicher Brustkrebs		98
Prostatakrebs		99
Kolorektalkrebs		100
Rauchen und Krebs		101
3.3	KRANKENSTÄNDE	106
3.3.1	Krankenstandsfälle	107
3.3.2	Krankenstandstage	109
3.3.3	Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall	111
3.4	SPITALSENTLASSUNGSSTATISTIK	114

CONTENTS

3	EPIDEMIOLOGY	65
3.1	INFECTIOUS DISEASES	65
3.1.1	Notifiable infectious diseases, not including tuberculosis, sexually transmitted diseases and AIDS	65
3.1.2	Tuberculosis	68
3.1.3	AIDS and HIV infections	74
3.1.4	Sexually transmitted diseases	82
3.1.5	Influenza and influenzal infections	86
3.2	CANCER	89
3.2.1	Cancer incidence	90
Cancer localisations		92
Screening tests		96
3.2.2	Cancer mortality	97
3.2.3	Selected types of cancer	98
Female breast cancer		98
Prostate cancer		99
Colorectal cancer		100
Smoking and cancer		101
3.3	SICK LEAVES	106
3.3.1	Number of cases of sick leave	107
3.3.2	Number of days of sick leave	109
3.3.3	Average duration of sick leave per case	111
3.4	HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS	114