

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Zusammenfassung

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

Drei Viertel der Wienerinnen und Wiener beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“, etwas weniger als ein Fünftel als „mittelmäßig“ und nur rund 7 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Mit fortschreitendem Alter wird der eigene Gesundheitszustand kontinuierlich schlechter beurteilt. Auch wirken sich ein niedriges Bildungsniveau und eine niedrige berufliche Position ungünstig auf das subjektive Gesundheitsempfinden aus.

Seit 1991 hat sich die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Wienerinnen und Wiener verbessert, wobei vor allem die Älteren an guter Gesundheit gewonnen haben. Hingegen hat sich die subjektive Gesundheit der jüngeren Wienerinnen und Wiener in diesem Zeitraum verschlechtert.

Summary: Subjective State of Health

In a narrower sense, health describes the subjectively experienced lack of physical, mental and psychological disorders or alterations, i.e. a status in which diseases and pathological changes cannot be detected.

Three in four Viennese men and women describe their state of health as “excellent” or “good”, just below one in five describe it as “average”, and only approximately 7 percent as “poor” or “very poor”.

The subjective assessment of health becomes more negative with age. A low level of education and a low occupational standing also have a negative influence on the subjective state of health.

Since 1991, the subjective state of health of the Viennese population has improved overall, especially among the elderly. Younger people, on the other hand, now assess their state of health more negatively than in 1991.

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes bildet einen wesentlichen Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen. Internationale Studien belegen zudem, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes mit dem – auf ärztlichen Diagnosen beruhenden – objektiven Gesundheitszustand eng zusammenhängt.

Im vorliegenden Bericht wird für die Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes auf die im Jahr 1999 erhobenen Mikrozensus-Daten⁵⁹ zurückgegriffen, wel-

che neben geschlechts- und altersspezifischen Analysen auch die Berechnung von Zusammenhängen des Gesundheitszustandes mit sozioökonomischen Faktoren wie Bildungshöhe, Erwerbsstatus, berufliche Position und Nationalität ermöglichen. Weiters ist mittels dieser Daten ein Vergleich mit den Mikrozensus-Ergebnissen des Jahres 1991 möglich.

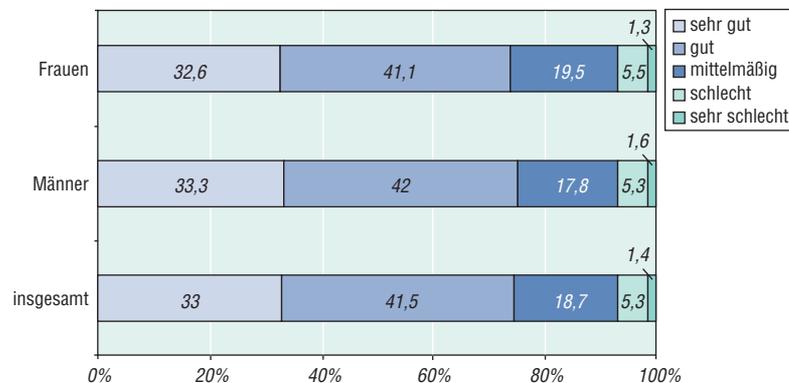
Dem Mikrozensus 1999 zufolge beurteilen drei Viertel aller Wienerinnen und Wiener ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“, etwa ein Fünftel als

⁵⁹ Stichprobenumfang für Wien: n = 5.866.

„mittelmäßig“, und nur rund sieben Prozent schätzen ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht ein“.

Die Unterschiede zwischen den **Geschlechtern** sind äußerst gering: Bei Frauen zeigt sich eine geringfügig negativere Beurteilung als bei Männern.

Grafik 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Mit fortschreitendem **Alter** wird der eigene Gesundheitszustand kontinuierlich schlechter beurteilt: Während noch etwa die Hälfte der 15- bis 29-Jährigen über

einen sehr guten Gesundheitszustand berichten, schätzen nur mehr rund 15 Prozent der über 60-Jährigen ihre Gesundheit mit „sehr gut“ ein.

Tabelle 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter in Prozent, Wien 1999

Alter	subjektiver Gesundheitszustand				
	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
Männer					
15 bis 29	51,3	37,8	7,6	2,6	0,7
30 bis 44	38,7	43,5	14,3	2,8	0,7
45 bis 59	27,3	43,9	21,4	5,9	1,5
60 bis 74	17,2	46,0	26,1	8,2	2,5
75 und mehr	13,7	36,6	31,8	12,8	5,1
Frauen					
15 bis 29	49,3	36,8	11,4	2,5	0,0
30 bis 44	40,9	41,5	13,3	3,3	0,9
45 bis 59	23,4	45,9	22,3	7,1	1,3
60 bis 74	16,0	42,6	30,9	9,1	1,5
75 und mehr	16,2	34,3	33,7	10,5	5,4

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zudem zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit. Je höher die Bildung und je höher die berufliche Position, desto positiver wird der Gesundheitszustand beurteilt: Ge-

sundheitlich am meisten benachteiligt sind Personen mit Pflichtschule als höchstem **Bildungsabschluss**. Während 83 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss von zumindest guter

Gesundheit berichten, ist dies nur bei 60 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen mit Pflichtschulbildung der Fall.

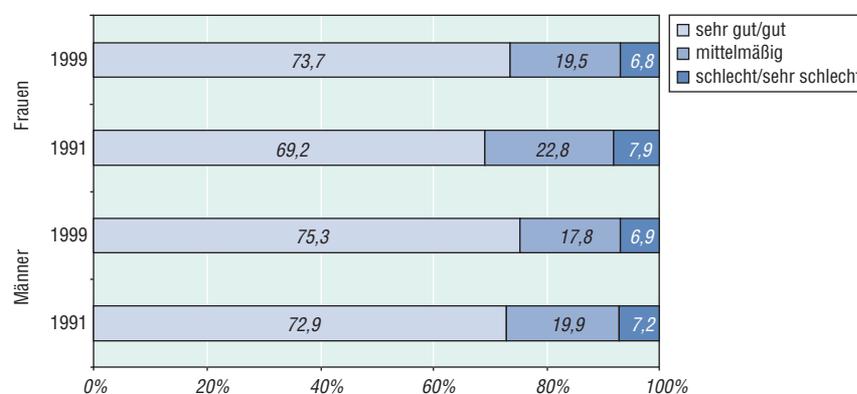
Auch **Arbeiter** beurteilen ihre Gesundheit deutlich negativer als andere Berufsgruppen: 29 Prozent der Arbeiter und 33 Prozent der Arbeiterinnen schreiben sich eine mittelmäßige oder noch schlechtere Gesundheit zu, während nur 14 Prozent der männlichen und 15 Prozent der weiblichen Angestellten sowie 18 Prozent der männlichen und 16 Prozent der weiblichen Beamten ihre Gesundheit so schlecht einschätzen.

Arbeitslosigkeit hat besonders negative Auswirkungen auf das subjektive Befinden: Berichten erwerbstätige

ge Männer zu 83 Prozent von zumindest guter Gesundheit, so sind es bei arbeitslosen Männern nur 53 Prozent. Dieser Unterschied fällt bei Frauen geringer aus, ist aber dennoch vorhanden (erwerbstätig: 81 Prozent, arbeitslos: 67 Prozent)⁶⁰.

Der Vergleich der altersstandardisierten Werte lässt erkennen, dass sich der subjektive Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener seit 1991 verbessert hat. Allerdings ist diese **positive Entwicklung** bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. So ist der Anteil der Frauen mit „sehr guter Gesundheit“ um 6,1 Prozentpunkte gestiegen, bei Männern hingegen nur um 1,1 Prozentpunkte.

Grafik 4.2: Subjektiver Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener, 1991 und 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

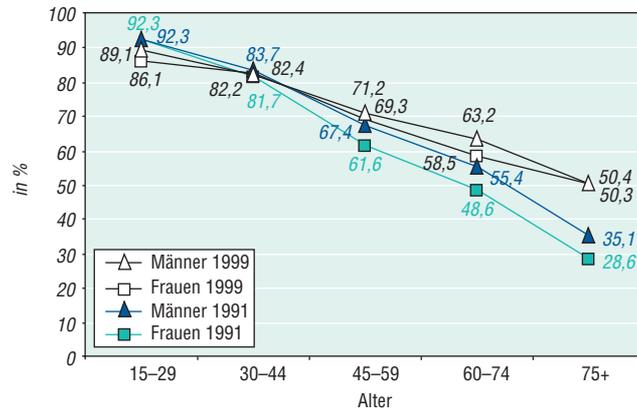
Der **Altersvergleich** zeigt, dass vor allem die ältere Wiener Bevölkerung – und hier wiederum verstärkt die älteren Frauen – an guter Gesundheit gewonnen haben. So ist seit 1991 bei den über 75-Jährigen der Anteil der Frauen mit zumindest guter Gesundheit von 29 auf 51 Prozent gestiegen; hingegen kam es bei den Männern dieser Altersgruppe zu einem etwas geringeren Anstieg, von 35 auf 50 Prozent. Somit bezeichnen etwa die Hälfte der älteren Frauen und Männer in Wien ihre Gesundheit als zumindest gut.

Weniger günstig entwickelte sich die gesundheitliche Situation bei der jüngsten Altersgruppe (15–29 Jahre). Bei ihnen hat sich der subjektive Gesundheitszustand seit 1991 verschlechtert. Vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Anteile mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit deutlich gesunken (um 6 Prozentpunkte). Dieser Trend zeigt sich auch bei den männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (minus 3 Prozentpunkte), jedoch ist er geringer ausgeprägt als bei der weiblichen Vergleichsgruppe.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

⁶¹ Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

Grafik 4.3: Sehr guter/guter Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener nach Alter und Geschlecht im Zeitvergleich (1991 und 1999)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

4.2 Chronische Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 30 Prozent der Wiener Bevölkerung sind chronisch krank, das heißt von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Die häufigsten chronischen Erkrankungen sind erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein und Zuckerkrankheit.

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

Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind von chronischen Krankheiten häufiger betroffen als jene mit höheren Bildungsabschlüssen. Arbeitslose berichten ebenfalls bedeutend häufiger von chronischen Krankheiten als Erwerbstätige.

Summary: Chronic Diseases

Approximately 30 percent of the Viennese population are chronically ill, i.e. they suffer from at least one chronic disease (women: 31 percent; men: 28 percent). The most frequent chronic diseases are hypertension, disorders of the spine, diseases of the joints of the hip or the legs, and diabetes.

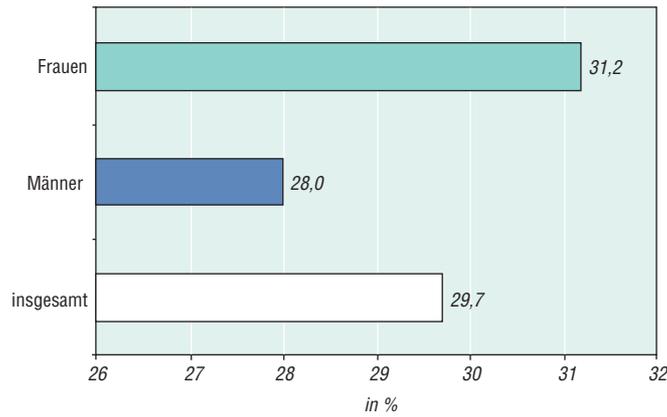
In general, the incidence of chronic diseases increases with age: more than half of the Viennese population above age 60 have at least one chronic disease.

Persons with a low level of education are more frequently affected by chronic diseases than those with a higher level of education. The incidence of chronic diseases is also higher among unemployed persons than others.

Chronische Krankheiten, die sowohl für den Einzelnen als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine enorme Belastung darstellen, wurden im Mikrozensus 1999 als Erkrankungen, an welchen Personen dauernd leiden, abgefragt. Im Rahmen dieser Erhebung wurde den Befragten eine Liste mit 30 verschiedenen Krankheiten vorgelegt, von welchen sie maximal vier nennen konnten. Die gewonnenen Daten bilden die Grundlage für das vorliegende Kapitel.

Etwas weniger als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet den eigenen Angaben zufolge unter zumindest einer chronischen Erkrankung, **Frauen** der Tendenz nach häufiger als Männer (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Frauen sind darüber hinaus nicht nur häufiger, sondern im Durchschnitt auch von mehr chronischen Krankheiten betroffen als Männer: Einem Durchschnittswert von 0,41 bei Männern steht ein Wert von 0,55 bei Frauen gegenüber.

Grafik 4.4: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Im **Alter** nehmen die chronischen Krankheiten stark zu: Bei den über 75-jährigen Wienerinnen und Wienern leiden schon mehr als die Hälfte an mindestens einer chronischen Krankheit. Es fällt auf, dass vor allem in der Al-

tersgruppe der 45- bis 59-Jährigen die Werte der Frauen (41 Prozent) klar über jenen der Männern (35,5 Prozent) liegen. In allen anderen Altersgruppen ist die Betroffenheit der Geschlechter relativ ausgeglichen.

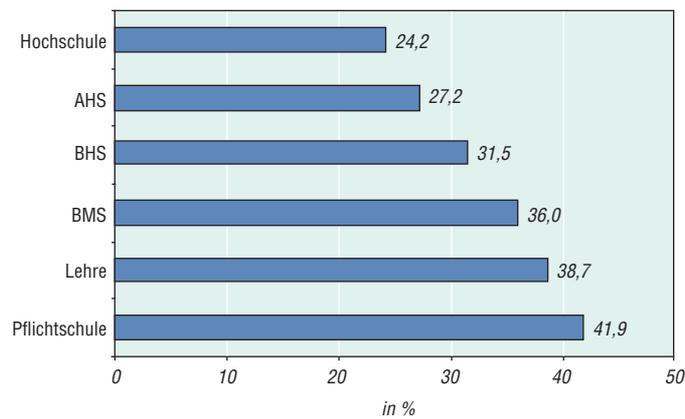
Tabelle 4.2: Anteil der chronisch Kranken an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Wien 1999

Alter	Anteil der chronisch Kranken (in %)		
	insgesamt	Männer	Frauen
0 bis 14	16,1	16,5	15,7
15 bis 29	19,3	18,3	20,2
30 bis 44	22,6	23,2	22,1
45 bis 59	38,3	35,5	41,0
60 bis 74	47,8	47,6	47,9
75 und mehr	53,1	54,4	52,5
zusammen	29,7	28,0	31,2

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Auch sind Personen mit niedrigem **Bildungsniveau** von chronischen Krankheiten häufiger betroffen als jene mit höheren Bildungsabschlüssen. So leiden HochschulabsolventInnen nur zu 24 Prozent an chronischen Krankheiten, während dieser Anteil bei den PflichtschulabsolventInnen 42 Prozent beträgt.

Relativ große Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des **Erwerbsstatus**: Arbeitslose berichten bedeutend häufiger (35 Prozent) von chronischen Krankheiten als Erwerbstätige (25 Prozent).

Grafik 4.5: Chronische Krankheiten nach Schulbildung, Wien 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Die Wiener Werte liegen über jenen des **Bundesdurchschnitts** (österreichische Frauen: 29 Prozent, österreichische Männer: 26 Prozent). Bei Wiener Männern treten vor allem erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, andere Hauterkrankungen und Lungenasthma häufiger als bei österreichischen Männern insgesamt auf. Wiener Frauen sind – zusätzlich zu einer Reihe anderer Erkrankungen – ebenfalls von erhöhtem Blutdruck und Zuckerkrankheit stärker betroffen als österreichische Frauen insgesamt.⁶²

Die **häufigsten chronischen Erkrankungen** der in Wien lebenden Männer sind erhöhter Blutdruck (7,2

Prozent), Schäden an der Wirbelsäule (5,7 Prozent), Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und Gelenkserkrankungen an Hüfte bzw. Bein (je 2,7 Prozent). Auch Frauen leiden am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck (7,0 Prozent) und Schäden an der Wirbelsäule (6,9 Prozent), gefolgt von Gelenkserkrankungen an Hüfte bzw. Bein (4 Prozent).

Von niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen/thrombosen/Krampfadern, Gelenkserkrankungen und Rheuma sind Frauen bedeutend öfter betroffen als Männer. Bei Herzinfarkt, Schlaganfall und Asthma hingegen weisen Männer höhere Werte auf.

⁶² Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

Tabelle 4.3: Häufige bzw. wichtige chronische Erkrankungen nach Geschlecht, Wien 1999

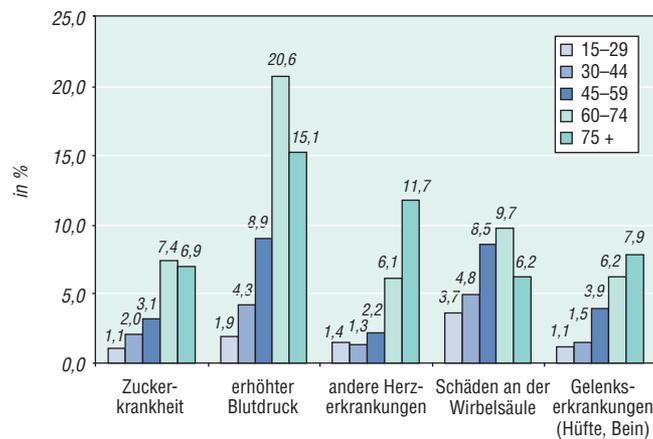
chronische Krankheiten	Anteil der chronisch Kranken (in %)		
	insgesamt	Männer	Frauen
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	2,8	2,7	2,9
erhöhter Blutdruck	7,1	7,2	7,0
niedriger Blutdruck	2,0	0,6	3,4
Herzinfarkt	0,3	0,4	0,2
andere Herzerkrankungen	2,7	2,4	2,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,5	0,2
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	1,4	1,0	1,9
Augenerkrankungen	1,8	1,4	2,1
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,6	1,4	1,9
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,5	1,3	1,7
Asthma	1,5	1,9	1,2
Hautallergien	1,8	1,6	2,1
Schäden an der Wirbelsäule	6,3	5,7	6,9
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	3,4	2,7	4,0
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,2	1,6	2,8
Gefäßstörungen an den Beinen	1,6	1,1	2,1
Gelenksrheumatismus	1,5	0,4	2,4

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

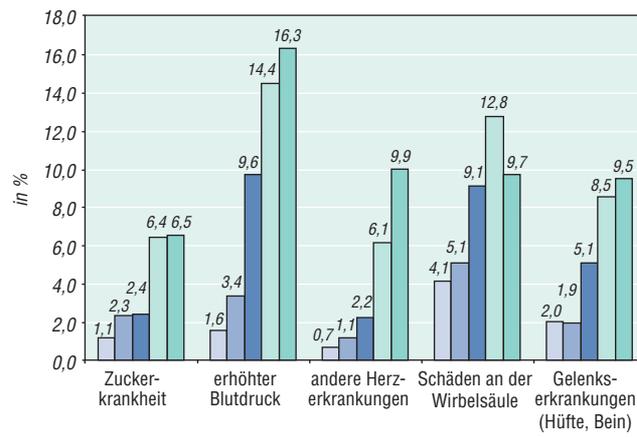
Einige chronische Krankheiten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Dazu gehören Diabetes, Bluthochdruck, andere Herzkrankheiten, Schäden an der Wir-

belsäule und Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein. Die entsprechenden Werte sind den beiden folgenden Grafiken zu entnehmen.

Grafik 4.6: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener Männern nach Alter, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Grafik 4.7: Auftretenshäufigkeit ausgewählter chronischer Krankheiten bei Wiener **Frauen** nach Alter, 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

4.3 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Zusammenfassung

Rund 4 Prozent der in Privathaushalten wohnenden Wiener Bevölkerung sind auf **Hilfe bei wichtigen persönlichen Verrichtungen** (z. B. essen, waschen, Toilette aufsuchen) angewiesen. Der Hilfebedarf nimmt mit dem Alter stark zu: Bei den über 75-Jährigen benötigen schon 12 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer eine Hilfe bei persönlichen Verrichtungen. Sozial eher schwache Gruppen, wie Personen mit Pflichtschulabschluss, Arbeitslose und MigrantInnen aus Jugoslawien und der Türkei, haben einen höheren Hilfebedarf als die Vergleichsgruppen.

Auf **Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens** (z. B. einkaufen, kochen, Wäsche waschen) sind rund 5 Prozent der Wienerinnen und Wiener angewiesen. Im hohen Alter steigt der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens drastisch an: 13 Prozent der über 75-jährigen Männer und 23 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe benötigen zumindest manchmal eine Unterstützung bei diesen Tätigkeiten.

Summary: Long-term Daily Care and Assistance

*Of the Viennese population living in private households, some four percent need **assistance in matters of personal hygiene and care** – such as eating, washing or bathing, going to the bathroom. The need for assistance increases rapidly with age: in the age group above 75, 12 percent of women and 8 percent of men require daily care. Socially disadvantaged groups, such as persons with compulsory schooling only, unemployed persons, and immigrants from former Yugoslavia and Turkey require assistance more frequently than others.*

*Approximately 5 percent of the Viennese population need **assistance with daily tasks** – such as shopping, cooking and laundry. The need for assistance with daily tasks also increases dramatically in old age: 13 percent of men above age 75 and 23 percent of women in this age group require assistance with these tasks at least from time to time.*

Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen

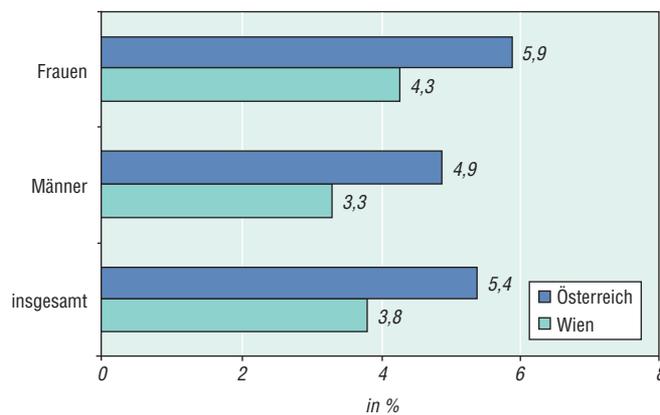
Im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms zu Fragen zur Gesundheit wurde der durch gesundheitliche Gründe – also durch chronische Erkrankungen, dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters – entstehende Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens (z. B. einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen) und bei persönlichen Verrichtungen (z. B. essen, waschen/baden, Toilette aufsuchen) ermittelt. Ausgehend von der empirisch gesicherten Annahme, dass Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, in der Regel auch Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens benötigen, wurde zur Ermittlung des Gesamtbedarfs zunächst der Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen erfasst. In einem zweiten Schritt

wurden dann jene Personen (ab 15 Jahren), die „nie“ oder nur „manchmal“ Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen, gefragt, ob und wie häufig sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens brauchen.⁶³

Von der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung können 3,8 Prozent aus gesundheitlichen Gründen wichtige persönliche Verrichtungen (z. B. essen, waschen/baden, Toilette aufsuchen) nicht selber ausüben und sind zumindest manchmal auf die Hilfe anderer angewiesen, **Frauen** (4,3 Prozent) etwas häufiger als **Männer** (3,3 Prozent). Die Österreich-Werte sind deutlich höher (insgesamt: 5,4 Prozent, Männer: 4,9 Prozent, Frauen: 5,9 Prozent). Dieser Unterschied lässt sich durch die Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten erklären: In Wien leben mehr pflegebedürftige ältere Menschen in Heimen als im gesamten Bundesgebiet.

⁶³ Siehe Kapitel 4.3.2.

Grafik 4.8: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen, Wien und Österreich, 1999

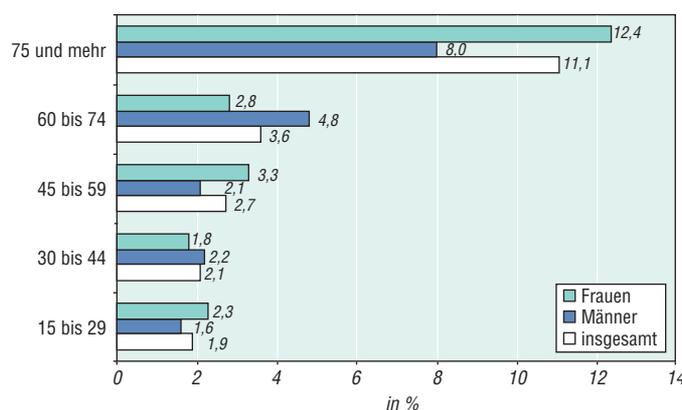


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999, Berechnungen: ipr.

Der Bedarf an Hilfe nimmt mit dem **Alter** deutlich zu: In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen sind nur rund zwei Prozent auf Hilfe bei persönlichen Verrichtungen angewiesen, hingegen benötigen diese schon elf Prozent der über 75-Jährigen. Den höchsten Anteil von Hilfebedürftigen weisen mit 12,4 Prozent die über 75-jährigen Frauen auf.

Eine gleichzeitige Analyse der Daten zum persönlichen Hilfebedarf nach Alter und Geschlecht zeigt, dass die Männer in den Altersgruppen der 30- bis 44-Jährigen sowie der 60- bis 75-Jährigen dominieren, während in allen anderen Altersgruppen die Frauen höhere Werte aufweisen.

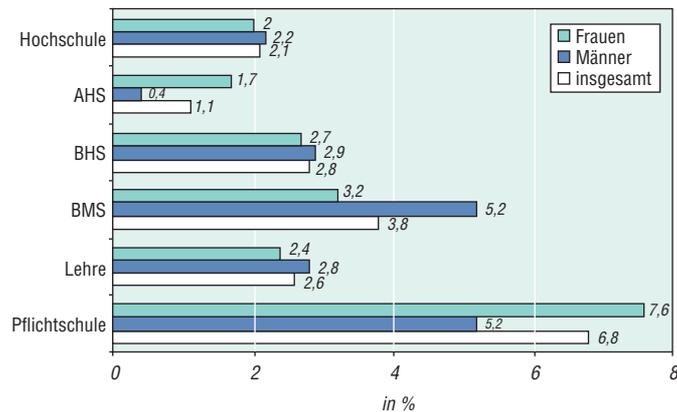
Grafik 4.9: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Alter und Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Eindeutige Unterschiede in der Hilfebedürftigkeit ergeben sich nach der **Bildungshöhe**: PflichtschulabsolventInnen haben mit rund sieben Prozent den höchsten Hilfebedarf, gefolgt von Personen mit abgeschlossener berufsbildender mittlerer Schule (rund 4 Pro-

zent), berufsbildender höherer Schule und Lehre (je 3 Prozent). Die Werte der AHS- und HochschulabsolventInnen liegen hingegen klar darunter. Dieser Bildungseinfluss ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern feststellbar.

Grafik 4.10: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Bildung und Geschlecht, Wien 1999

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Auch Erwerbsstatus und Nationalität sind wichtige soziale Einflussfaktoren für Hilfebedürftigkeit: **Arbeitslose** sind deutlich häufiger (4,9 Prozent) von Hilfebedürftigkeit betroffen als Erwerbstätige (1,7 Prozent). Ebenso sind **MigrantInnen** aus dem ehemaligen Jugoslawien (4,7 Prozent) und der Türkei (6,5 Prozent) häufiger als österreichische StaatsbürgerInnen (2,9 Prozent) oder MigrantInnen aus anderen Ländern (3,0 Prozent) hilfebedürftig.

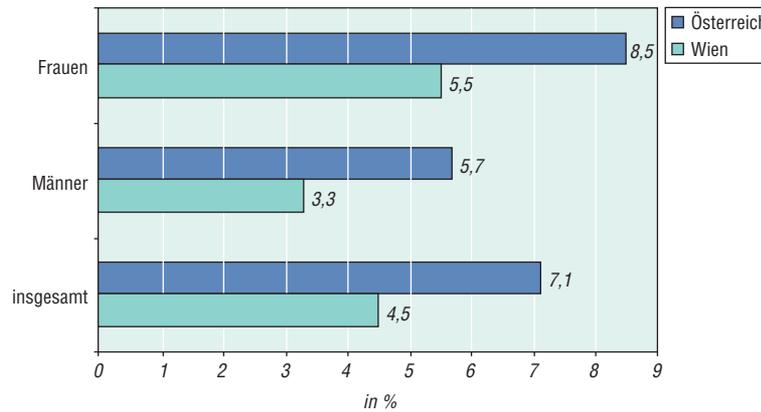
Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen (Gesamtbedarf an Hilfe)

Ausgehend von der Annahme, dass Personen, die häufig bzw. immer Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, auch Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des tägli-

chen Lebens haben, sind von den über 15-jährigen Wienerinnen und Wienern 4,5 Prozent zumindest manchmal auf Hilfe angewiesen, **Frauen** wiederum häufiger als **Männer**. 3,3 Prozent der Männer und 5,5 Prozent der Frauen brauchen zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

Wie beim Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen sind auch beim gesamten Hilfebedarf (Hilfebedarf bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens plus Hilfebedarf bei persönlichen Verrichtungen) die **Österreich-Werte** deutlich höher als jene in Wien (siehe oben): Im gesamten Bundesgebiet sind 7,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Personen (Männer: 5,7 Prozent, Frauen: 8,5 Prozent) zumindest manchmal auf Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens angewiesen.

Grafik 4.11: Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, Wien und Österreich, 1999

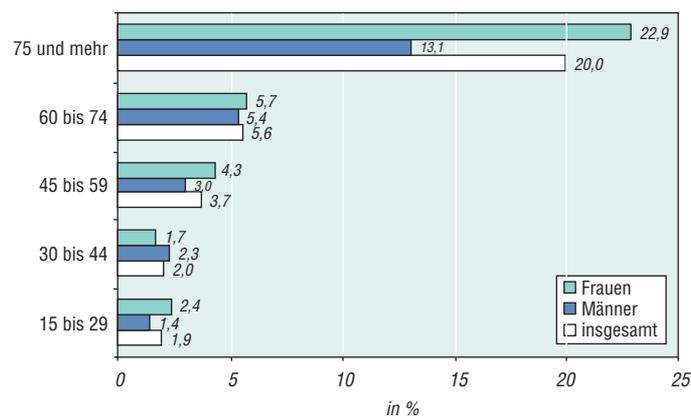


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Ebenso nimmt der Bedarf an Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens im **Alter** zu. Im hohen Alter steigt insbesondere bei den Frauen der Hilfebedarf drastisch an: In Wien geben von den über 75-Jährigen rund 13 Prozent der Männer und 23 Prozent der

Frauen an, zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens zu benötigen. Fast 7 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe brauchen eine solche Hilfe häufig bzw. immer.

Grafik 4.12 Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens nach Alter und Geschlecht, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; Berechnungen: ipr.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems <I00–I99>

- Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung <I10, I12, I15>
- Bluthochdruck mit Herzkrankheit <I11>
- Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit <I13>
- ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>
- darunter akuter Myokardinfarkt <I21–I22>
- andere Herzkrankheiten <I30–I33, I39–I52>
- Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall, etc.) <I60–I69>

Verbreitung

Da es in Österreich keine statistische Aufzeichnung zur Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt (keine Meldepflicht), können zur Abschätzung des Ausmaßes von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung nur verschiedene **Gesundheitsbefragungen** herangezogen werden. Diese beziehen sich jedoch nur auf Personen in Privathaushalten (Eigenangaben). Der insbesondere in dieser Krankheitsgruppe hohe Anteil von Betroffenen im fortgeschrittenen Alter, vor allem wenn bereits hospitalisiert oder in einem Pflegeheim, wird somit nicht erfasst. Dennoch

geben Gesundheitsbefragungen einen wichtigen Anhaltspunkt.

Eine andere Quelle zur Abschätzung des Krankheitsgeschehens ist die **Todesursachenstatistik**. Diese erfasst jedoch nur die Haupttodesursachen und sowohl die Auswirkungen von Multimorbidität als auch das Ausmaß des Einflusses von Lebensstilfaktoren werden hier nicht ersichtlich.

Aufgrund von Gesundheitsbefragungen lässt sich feststellen, dass chronische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Wien stark verbreitet sind, wobei der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter deutlich steigt (*siehe Tabelle 4.4 sowie Tabelle 4.5*)⁶⁵. Laut Ergebnissen des **Mikrozensus** aus dem Jahr 1999 leiden 11,5 Prozent der Wiener **Männer** (Österreich: 8,6 Prozent) sowie 12,2 Prozent der Wiener **Frauen** (Österreich: 11,2 Prozent) an erhöhtem Blutdruck, Herzerkrankungen (einschließlich bereits erlittenem Herzinfarkt), Hirngefäßerkrankungen (einschließlich bereits erlittenem Schlaganfall), Venenentzündungen oder Venenthrombosen. Zu niedriger Blutdruck wird darüber hinaus vor allem von Frauen angegeben (Wien: 3,4 Prozent; Österreich: 2,5 Prozent).

⁶⁵ Siehe auch Stadt Wien (2002), Mikrozensus Wien 1999, S. 106–107.

Tabelle 4.4: Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems in Österreich und Wien nach Geschlecht und Alter, laut Mikrozensus 1999*

Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	Österreich	Wien						
		Wien insges.	davon im Alter von					
			0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
in % (Mehrfachnennungen möglich)								
Frauen								
erhöhter Blutdruck	6,4	7,0	2,7	1,6	3,4	9,6	14,4	16,3
niedriger Blutdruck	2,5	3,4	2,0	3,6	3,3	4,9	2,8	2,5
Herzinfarkt	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,9
andere Herzerkrankungen	2,2	2,9	2,1	0,7	1,1	2,2	6,1	9,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,8
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,0	1,9	0,3	0,4	1,0	2,9	4,3	3,7
Männer								
erhöhter Blutdruck	4,9	7,2	4,7	1,9	4,3	8,9	20,6	15,1
niedriger Blutdruck	0,8	0,6	0,0	0,0	0,3	1,2	1,8	0,7
Herzinfarkt	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	2,2	0,9
andere Herzerkrankungen	1,9	2,4	0,5	1,4	1,3	2,2	6,1	11,7
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,5	0,5	0,0	0,0	0,1	0,9	0,8	4,4
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	0,8	1,0	0,4	1,2	0,5	0,5	2,1	3,7

* Eigenangaben, nur Befragte in Privathaushalten.

Quelle: Stadt Wien (2002), Mikrozensus Wien 1999, S. 106–107.

Die Ergebnisse des **Wiener Gesundheits- und Sozial-surveys** zeigen für **Frauen** ein weniger eindeutiges Bild hinsichtlich Anstieg der Erkrankungen mit dem Al-

ter.⁶⁶ Allerdings fällt auch hier die bei Frauen weitaus höhere Verbreitung von hohem Blutdruck, auch bereits in jungen Jahren, auf (*siehe folgende Tabelle*).^{67 68}

⁶⁶ Dies kann unter Umständen in der im Vergleich zum Mikrozensus viel kleineren Stichprobe sowie am Auswahlverfahren liegen.

⁶⁷ Vgl. Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, S. 204–205.

⁶⁸ Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Verbreitung und Sterblichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen siehe auch Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark, S. 25 f. und 34 f., sowie BMGF (2005), Österreichischer Frauengesundheitsbericht.

Tabelle 4.5: Herz-Kreislauf-Krankheiten in Wien nach Geschlecht und Alter, laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001 *

Herz-Kreislauf-Krankheiten	Altersgruppen			
	16–24	25–44	45–59	60+
	in % (Mehrfachnennungen möglich)			
Frauen				
hoher Blutdruck	26,4	18,8	22,5	21,8
Herzinfarkt, Angina pectoris	4,0	4,0	1,4	0,9
Hirnschlag	0,0	0,0	0,0	0,0
Männer				
hoher Blutdruck	0,9	4,5	15,0	29,8
Herzinfarkt, Angina pectoris	0,9	1,8	2,5	1,8
Hirnschlag	0,0	0,5	0,7	0,0

* Eigenangaben, nur Befragte in Privathaushalten.

Quelle: Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, S. 204.

Ausmaß und Bedeutung

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems binden auch einen erheblichen Teil der **stationären Leistungen**. Im Jahr 2002 waren insgesamt 13,6 Prozent der stationären Aufnahmefälle in Wiener Krankenanstalten (Männer 15,7 Prozent, Frauen 12,0 Prozent) auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen. Insgesamt wurden in den Wiener Krankenanstalten rund 70.000 stationäre Aufenthalte (etwa zur Hälfte Männer und Frauen) aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Hauptdiagnose) registriert (siehe Tabelle 4.29). In der Spitalstatistik wird jedoch der Alterseffekt besonders deutlich: Bereits ab etwa 45 Jahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Aufnahmen (vor allem bei den Männern), bei den über 65-Jährigen (fast 41.200 Fälle) überwiegen eindeutig die Frauen.⁶⁹ Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems betrug 17,9 Tage (Frauen 10,0 Tage; Männer 8,3 Tage).⁷⁰

Bei den **Krankenständen** fallen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Betroffenen weniger ins Gewicht. Dennoch waren unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse im Jahr 2002 drei Prozent aller Kranken-

standsfälle auf Herz- und Gefäßerkrankungen zurückzuführen. Insgesamt wurden fast 22.000 Krankenstandsfälle (davon entfielen 53 Prozent auf Frauen) aufgrund von Herz- und Gefäßerkrankungen verbucht.⁷¹

In **Österreich** waren im Jahr 2000 12,6 Prozent der Neuzugänge an **Pensionen** der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Insgesamt handelte es sich dabei um 2.242 Neuzugänge (Männer 1.742, Frauen 500).⁷²

Risikofaktoren

Als wesentlicher Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, neben **genetischen** und so genannten „**unabänderlichen**“ Risikofaktoren (wie Alter, familiäre Belastung, Geschlecht), der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren.⁷³

⁶⁹ Siehe Tabelle 4.28 zur Spitalsentlassungsstatistik.

⁷⁰ Siehe Kap. 4.8, insbesondere Tabelle 4.29.

⁷¹ Siehe Kapitel 4.7 zu den Krankenständen.

⁷² Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 106.

Mortalität

Das Ausmaß der einzelnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung wird vor allem auch in der Todesursachenstatistik deutlich ersichtlich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Statistik nur jene Fälle erfasst, bei denen diese Krankheit die **Haupttodesursache** bildet. Aufgrund der Multimorbidität (insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) kann diese Statistik daher kein realistisches Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens wiedergeben. Vor allem werden dadurch auch die Auswirkungen der oben genannten Lebensstilfaktoren unterschätzt.

Laut Todesursachenstatistik sind unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen – sowohl zahlenmäßig als auch hinsichtlich der für die Betroffenen erwachsenden

Folgen – vor allem die koronaren Herzkrankheiten (darunter insbesondere der akute Myokardinfarkt) sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen (vor allem Schlaganfall) von Bedeutung.

Im Jahr 2004 verstarben mehr als 7.300 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dies entspricht knapp 46 Prozent aller Todesfälle (Männer 40 Prozent; Frauen 51 Prozent). Den Hauptanteil bilden dabei die ischämischen Herzkrankheiten mit 59 Prozent aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und hierbei insbesondere der Herzinfarkt.

Die genauere Verteilung der einzelnen Krankheiten findet sich in *Tabelle 4.6. Grafik 4.13* veranschaulicht diese Verteilung, getrennt nach Geschlecht, auch optisch.

Tabelle 4.6: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als Haupttodesursache, Wien 2004

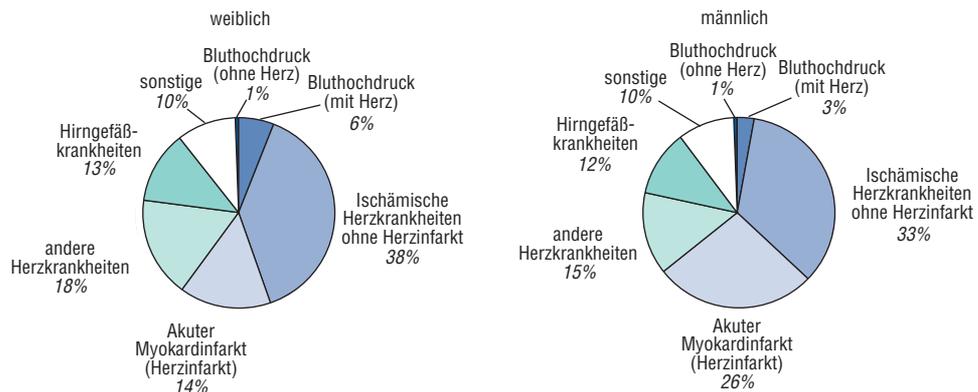
ICD-10 Code	Haupttodesursache	Anteile					
		insgesamt		weiblich		männlich	
		abs.	ASR*	abs.	ASR*	abs.	ASR*
I10, I12, I15	Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung	58	1,2	41	1,0	17	1,4
I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	349	7,5	258	7,3	91	7,2
I13	Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit	0	0,0	0	0,0	0	0,0
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	4.021	102,1	2.342	77,6	1.679	139,9
I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	1.370	41,5	637	26,6	733	63,2
I30–I33, I39–I52	andere Herzkrankheiten	1.237	28,5	806	24,4	431	35,4
I60–I69	Hirngefäßkrankheiten	919	23,1	579	19,8	340	28,2
	sonstige	743		468		275	
I00–I99	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems insgesamt	7.327	181,7	4.494	146,8	2.833	235,0

* ASR = Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

⁷³ Siehe auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 108 und 116.

Grafik 4.13: Herz-Kreislauf-Mortalität in Wien 2004, nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

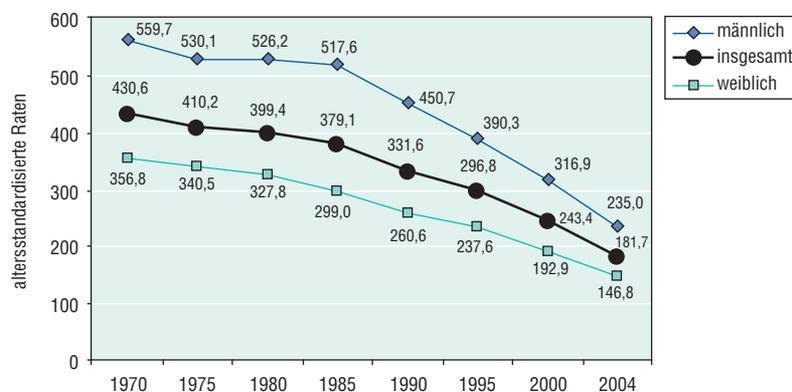
Im **zeitlichen Verlauf** zeigt die Herz-Kreislauf-Mortalität eine erfreuliche Entwicklung. Dennoch, trotz des deutlichen Sinkens der Herz-Kreislauf-Mortalitätsraten in den vergangenen Jahrzehnten (und ihres Hauptbeitrages zum Rückgang der Gesamtsterblichkeit⁷⁴), verursacht diese Krankheitsgruppe nach wie vor die meisten Sterbefälle (*siehe oben*).

Die Entwicklung der relativen Herz-Kreislauf-Mortalität in den letzten beiden Jahrzehnten zeigt vor allem seit etwa 1984 einen zunächst leichten, ab etwa 1992

stärker abfallenden Verlauf. Im Vergleich zu 1985 hat sich die Sterblichkeit bis zum Jahr 2004 sowohl in Wien als auch in Österreich bei beiden Geschlechtern mehr als halbiert.⁷⁵ Dennoch ist die Herz-Kreislauf-Mortalität bei den Männern etwa eineinhalbmals so hoch wie bei den Frauen (Wien 1,6-mal, Österreich 1,5-mal).

Die folgende Grafik zeigt den deutlichen Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität in Wien vor allem seit Mitte der 1980er-Jahre, insbesondere bei den Männern.

Grafik 4.14: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien, 1970–2004, nach Geschlecht (standardisierte Raten*)



* Pro 100.000. Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

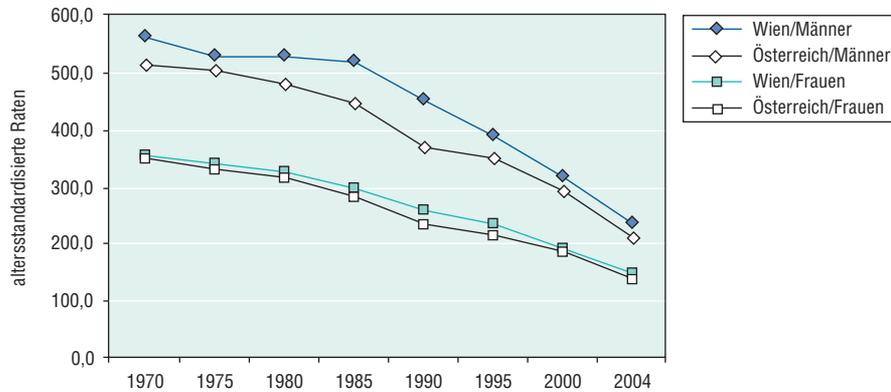
⁷⁴ Vgl. auch Kap. III, Grafik 3.8.

⁷⁵ Wiener Frauen –51 Prozent, Wiener Männer –55 Prozent; Österreichische Frauen –51 Prozent, Österreichische Männer –53 Prozent.

Grafik 4.15 zeigt die Entwicklung in Wien im Vergleich zu Gesamtösterreich seit 1970. Wie ersichtlich, liegen zwar die Wiener Raten noch immer etwas über den ös-

terreichischen, doch hat sich der Abstand vor allem im letzten Jahrzehnt deutlich verringert.

Grafik 4.15: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und in Österreich seit 1970, nach Geschlecht (standardisierte Raten*)



* Pro 100.000. Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO).

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

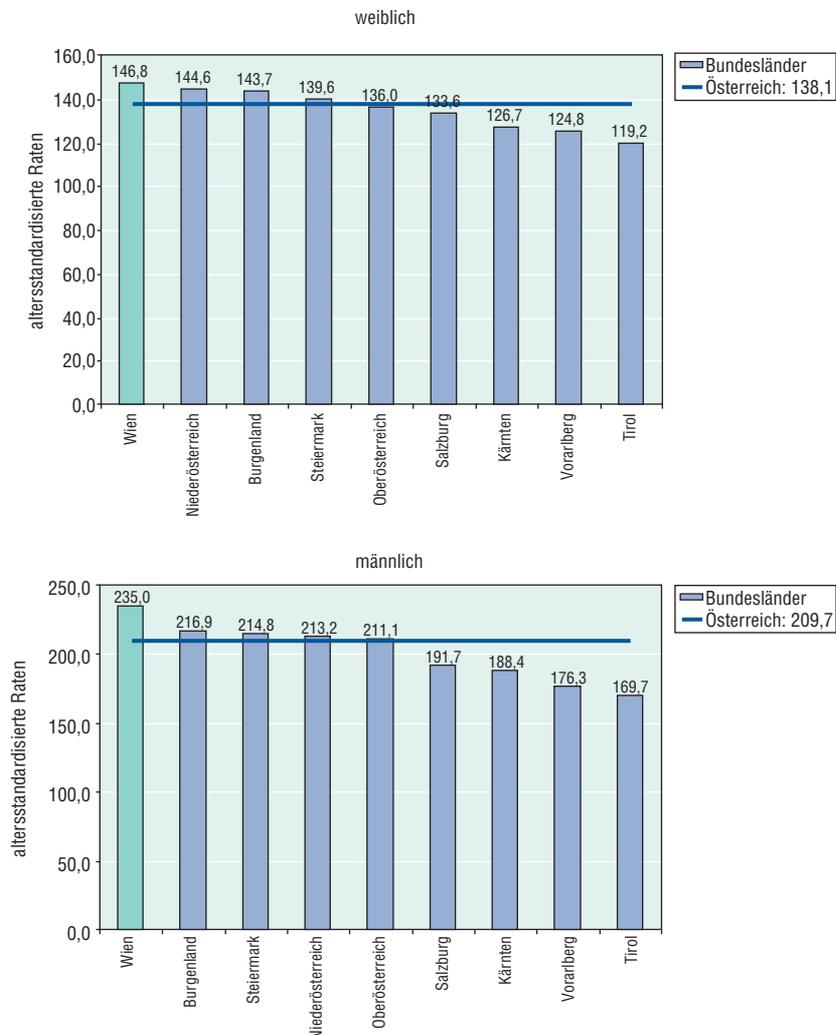
Auch im Bundesländervergleich zeigt sich, dass in Wien bei beiden Geschlechtern die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher ist als in den anderen Bundesländern und im gesamten Bundesgebiet. Die standardisierte Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen lag im Jahr 2004 in Wien bei den Männern

um 12 Prozent, bei den Frauen um mehr als 6 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt.⁷⁶

Die niedrigste Herz-Kreislauf-Mortalität weist bei beiden Geschlechtern Tirol, gefolgt von Vorarlberg und Kärnten, auf.

⁷⁶ Im Vergleich mit den anderen Ländern der Europäischen Union liegt Österreich hinsichtlich der Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Geschlechtern eher im oberen Bereich. Vgl. dazu Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich, S. 34.

Grafik 4.16: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht (unterschiedliche Skalierung), 2004 (altersstandardisierte Raten* pro 100.000)



* Altersstandardisierung basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Zur **Verbreitung** von Herz-Kreislauf-Krankheiten, zu **Risikofaktoren, Prävention** und **Rehabilitation**, zu **regionalen Vergleichen** sowie zur genaueren Analyse der **Herz-Kreislauf-Mortalität** siehe auch weitere Pu-

blikationen der Stadt Wien, insbesondere der Bericht zu chronischen Krankheiten,⁷⁷ zu Lebenserwartung und Mortalität,⁷⁸ zu Ergebnissen des Mikrozensus 1999⁷⁹ sowie zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey⁸⁰.

⁷⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 105–121.

⁷⁸ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 128–133, 170–171, 205–209.

⁷⁹ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

⁸⁰ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

4.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zusammenfassung

Rund 12 Prozent der Wienerinnen und Wiener⁶⁴ geben laut Ergebnissen des Mikrozensus 1999 an, an erhöhtem Blutdruck, Herzerkrankungen (einschließlich eines bereits erlittenen Herzinfarkts), Hirngefäßerkrankungen (einschließlich eines erlittenen Schlaganfalls), Venenentzündungen oder Venenthrombosen zu leiden. Mehr als drei Prozent der Wiener Frauen geben auch einen zu niedrigen Blutdruck an.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind jedoch nicht nur **weit verbreitet**, sondern binden auch einen erheblichen Teil der stationären Leistungen, tragen zu einem wesentlichen Teil zu frühzeitigen Pensionierungen bei und bilden, trotz des deutlichen Rückganges in den letzten Jahren, mit fast der Hälfte (46 Prozent) aller Todesfälle noch immer die **häufigste Todesursache** der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. 2004 verstarben mehr als 7.300 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Den Hauptanteil bilden dabei die ischämischen Herzkrankheiten (vor allem **Herzinfarkt**).

Als wesentlicher **Risikofaktor** für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, neben genetischen und so genannten „unabänderlichen“ Risikofaktoren (wie Alter, familiäre Belastung, Geschlecht), der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren.

Summary: Cardiovascular Diseases

According to the results of the Mikrozensus 1999 survey, approximately 12 percent of the Viennese population⁶⁴ reported hypertension, heart diseases (including past myocardial infarctions), cerebrovascular diseases (including past strokes), phlebitis, or vein thromboses. More than three percent of Viennese women also reported hypotension.

*Cardiovascular diseases not only have a **high incidence**, they are also responsible for a significant portion of in-patient treatments, an important cause of early retirement, and despite a significant reduction over the past few years, they remain the **most frequent cause of death** in Vienna (and Austria overall) – cardiovascular diseases account for 46 percent of all deaths. In 2004, more than 7,300 Viennese died from cardiovascular diseases. The largest group was ischemic heart diseases (especially myocardial infarction).*

*A major **risk factor** for cardiovascular diseases – in addition to genetic and unmodifiable risk factors such as age, heredity and sex – is the **life style** in the industrialised countries, particularly smoking, excessive alcohol consumption, hypertension (for coronary heart disease and strokes), high cholesterol, diabetes and overweight (in summary, dietary habits). Other risk factors are psychosocial factors and a sedentary life style.*

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zählen heute zu den wichtigsten chronischen Krankheiten und stellen auch mit Abstand die häufigsten Todesursachen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung dar.

Betroffen sind davon vor allem ältere Menschen. Im Einzelnen werden unter dieser Gesamtkategorie folgende Krankheiten subsummiert (nach ICD-10):

⁶⁴ Nur Befragte in Privathaushalten, keine Angaben zu Personen in Krankenanstalten, Pflegeheimen und sonstigen Einrichtungen. Respondents in private households only. Data does not include persons in hospitals, nursing homes etc.

sonen gleichen Alters und Geschlechts berechnet. Setzt man diese Raten zueinander in Beziehung, kann man das Risiko für bestimmte Gruppen vergleichen.⁸⁴

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.⁸⁵

Österreich

Jährlich erkranken in Österreich über 30.000 Menschen an Krebs. Im zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2002 erkrankten 34.984 (2001: 35.439) Österreicherinnen und Österreicher (davon 47,4 Prozent Frauen und 52,6 Prozent Männer) an bösartigen Neubildungen (Inzidenz). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr zwar einen Rückgang der Inzidenzfälle (absolut) um 1,3 Prozent, im Vergleich zu vor zehn Jahren jedoch eine Zunahme um 10,7 Prozent (wobei der Anstieg vor allem bei den Männern sehr drastisch ausfällt: +21,8 Prozent). Jedoch ändert sich dieses Bild unter Berücksichtigung der Veränderung der Altersstruktur in diesem Zeitraum. Demnach zeigt sich im langfristigen Trend bei den Männern nur eine leichte Zunahme, bei den Frauen hingegen keine nennenswerte Veränderung des Krebsrisikos. Im Vergleich zu 1992 hat die altersstandardisierte Inzidenzrate bei Männern um 3,5 Prozent zugenommen und bei Frauen um -4,6 Prozent abgenommen.

Während sich die Inzidenzfälle in etwa zur Hälfte auf Frauen und Männer verteilen, ergibt sich nach Ausschaltung von demografischen Faktoren durch Altersstandardisierung⁸⁶ ein etwas anderes Bild: Die altersstandardisierte Inzidenzrate zeigt 2002 für Frauen in Österreich einen Wert von 231,4, für Männer einen Wert von 332,0. Das Risiko an Krebs zu erkranken war daher im Berichtsjahr für Männer um 43,5 Prozent höher als für Frauen. Insgesamt zeigen aber die alters-

standardisierten Raten für beide Geschlechter einen leicht sinkenden Verlauf.

Die häufigste Krebserkrankung bei den österreichischen Männern ist seit 1994 Prostatakrebs, bei den österreichischen Frauen ist nach wie vor Brustkrebs die häufigste Lokalisation. Bei beiden Geschlechtern folgt Darmkrebs (Kolonrektalkrebs) an zweiter Stelle.

Wien

In Wien erkranken jedes Jahr rund 7.000 Menschen an einer bösartigen Neubildung. 2002 wurden 6.726 (2001: 6.980) Krebs-Neuerkrankungen festgestellt. Dies entspricht einem leichten Rückgang von -3,6 Prozent im Vergleich zum Jahr davor bzw. -5,3 Prozent im Vergleich zu 2000. Nahezu zwei Drittel aller Krebs-Neuerkrankungen treten im Alter von über 65 Jahren auf.

Absolut gesehen verteilen sich die Neuerkrankungen zu knapp 51 Prozent (3.406 Personen) auf die weibliche und zu rund 49 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: 311,0 Neuerkrankungen pro 100.000 Männer stehen 222,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen gegenüber. Bezieht man die Absolutzahlen auf die Wiener Bevölkerung des gleichen Jahres⁸⁷, so bedeutet dies, dass 2002 jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener⁸⁸ an Krebs erkrankte.

Die Entwicklung der altersstandardisierten Raten der Krebserkrankungen in Wien seit 1984 zeigt für **Frauen** zwischen 1988 und 1996 einen relativ kontinuierlich abnehmenden Trend. Nach dem sprunghaften Anstieg 1997 sank zwar die Krebsinzidenz wieder, doch lässt sich seit 1999 kein klarer Trend erkennen. Bei den **Männern** verlief die Entwicklung zwischen 1984 und 1996 relativ konstant, mit einem leichten Anstieg Ende der 1980er Jahre. Wie bei den Frauen ist auch bei den Männern 1997 ein sprunghafter Anstieg zu verzeich-

⁸⁴ Vgl. auch Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 241.

⁸⁵ Vgl. Statistik Austria (2002), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 260.

⁸⁶ Beruht auf fiktiver Bevölkerung (pro 100.000). Als Berechnungsbasis wurde die Weltstandardbevölkerung der WHO verwendet (siehe oben).

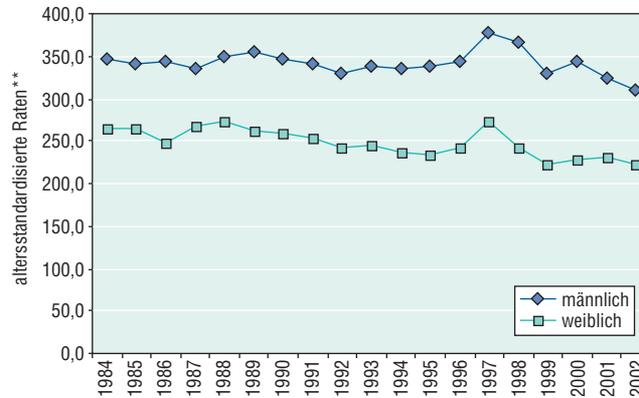
⁸⁷ Wiener Bevölkerung 2002: 832.659 Personen weiblichen Geschlechts, 751.155 Personen männlichen Geschlechts.

⁸⁸ Alle Altersgruppen.

nen; seither ist jedoch ein tendenzieller Rückgang zu beobachten (siehe folgende Grafik). **Insgesamt** sank die

Krebsinzidenz zwischen 1984 und 2002 bei den Frauen um 16,2 Prozent, bei den Männern um 10,1 Prozent.

Grafik 4.17: Krebsinzidenz* Wien 1984–2002 (altersstandardisierte Raten**)



* Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).

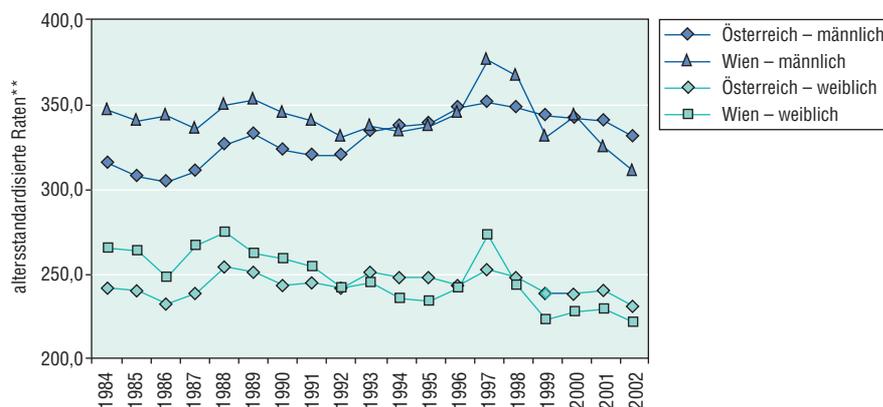
** Auf 100.000, bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Im **Österreich-Vergleich** liegt Wien in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern unter den entsprechen-

den Inzidenzraten für Gesamtösterreich.

Grafik 4.18: Krebsinzidenz* Wien und Österreich 1984–2002 (altersstandardisierte Raten**)



* Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).

** Auf 100.000, bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Auch im **Bundesländervergleich** erweist sich das Krebsinzidenzrisiko der Wienerinnen und Wiener in beiden ausgewerteten Jahren vergleichsweise niedrig. Spitzenreiter ist 2001 bei beiden Geschlechtern, 2002

bei den Frauen Kärnten (siehe folgende Grafik). Ob es sich dabei um eine verbesserte Früherkennung handelt oder ein tatsächlich höheres Krebsrisiko in Kärnten, kann hier nicht beantwortet werden.

sonen gleichen Alters und Geschlechts berechnet. Setzt man diese Raten zueinander in Beziehung, kann man das Risiko für bestimmte Gruppen vergleichen.⁸⁴

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.⁸⁵

Österreich

Jährlich erkranken in Österreich über 30.000 Menschen an Krebs. Im zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2002 erkrankten 34.984 (2001: 35.439) Österreicherinnen und Österreicher (davon 47,4 Prozent Frauen und 52,6 Prozent Männer) an bösartigen Neubildungen (Inzidenz). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr zwar einen Rückgang der Inzidenzfälle (absolut) um 1,3 Prozent, im Vergleich zu vor zehn Jahren jedoch eine Zunahme um 10,7 Prozent (wobei der Anstieg vor allem bei den Männern sehr drastisch ausfällt: +21,8 Prozent). Jedoch ändert sich dieses Bild unter Berücksichtigung der Veränderung der Altersstruktur in diesem Zeitraum. Demnach zeigt sich im langfristigen Trend bei den Männern nur eine leichte Zunahme, bei den Frauen hingegen keine nennenswerte Veränderung des Krebsrisikos. Im Vergleich zu 1992 hat die altersstandardisierte Inzidenzrate bei Männern um 3,5 Prozent zugenommen und bei Frauen um -4,6 Prozent abgenommen.

Während sich die Inzidenzfälle in etwa zur Hälfte auf Frauen und Männer verteilen, ergibt sich nach Ausschaltung von demografischen Faktoren durch Altersstandardisierung⁸⁶ ein etwas anderes Bild: Die altersstandardisierte Inzidenzrate zeigt 2002 für Frauen in Österreich einen Wert von 231,4, für Männer einen Wert von 332,0. Das Risiko an Krebs zu erkranken war daher im Berichtsjahr für Männer um 43,5 Prozent höher als für Frauen. Insgesamt zeigen aber die alters-

standardisierten Raten für beide Geschlechter einen leicht sinkenden Verlauf.

Die häufigste Krebserkrankung bei den österreichischen Männern ist seit 1994 Prostatakrebs, bei den österreichischen Frauen ist nach wie vor Brustkrebs die häufigste Lokalisation. Bei beiden Geschlechtern folgt Darmkrebs (Kolonrektalkrebs) an zweiter Stelle.

Wien

In Wien erkranken jedes Jahr rund 7.000 Menschen an einer bösartigen Neubildung. 2002 wurden 6.726 (2001: 6.980) Krebs-Neuerkrankungen festgestellt. Dies entspricht einem leichten Rückgang von -3,6 Prozent im Vergleich zum Jahr davor bzw. -5,3 Prozent im Vergleich zu 2000. Nahezu zwei Drittel aller Krebs-Neuerkrankungen treten im Alter von über 65 Jahren auf.

Absolut gesehen verteilen sich die Neuerkrankungen zu knapp 51 Prozent (3.406 Personen) auf die weibliche und zu rund 49 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: 311,0 Neuerkrankungen pro 100.000 Männer stehen 222,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen gegenüber. Bezieht man die Absolutzahlen auf die Wiener Bevölkerung des gleichen Jahres⁸⁷, so bedeutet dies, dass 2002 jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener⁸⁸ an Krebs erkrankte.

Die Entwicklung der altersstandardisierten Raten der Krebserkrankungen in Wien seit 1984 zeigt für **Frauen** zwischen 1988 und 1996 einen relativ kontinuierlich abnehmenden Trend. Nach dem sprunghaften Anstieg 1997 sank zwar die Krebsinzidenz wieder, doch lässt sich seit 1999 kein klarer Trend erkennen. Bei den **Männern** verlief die Entwicklung zwischen 1984 und 1996 relativ konstant, mit einem leichten Anstieg Ende der 1980er Jahre. Wie bei den Frauen ist auch bei den Männern 1997 ein sprunghafter Anstieg zu verzeich-

⁸⁴ Vgl. auch Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 241.

⁸⁵ Vgl. Statistik Austria (2002), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, S. 260.

⁸⁶ Beruht auf fiktiver Bevölkerung (pro 100.000). Als Berechnungsbasis wurde die Weltstandardbevölkerung der WHO verwendet (siehe oben).

⁸⁷ Wiener Bevölkerung 2002: 832.659 Personen weiblichen Geschlechts, 751.155 Personen männlichen Geschlechts.

⁸⁸ Alle Altersgruppen.

Harnblase und der Niere feststellen. Diese sind zu einem großen Teil durch Rauchverhalten, erhöhten Alkoholkonsum und ungesundes Ernährungsverhalten erklärbar.

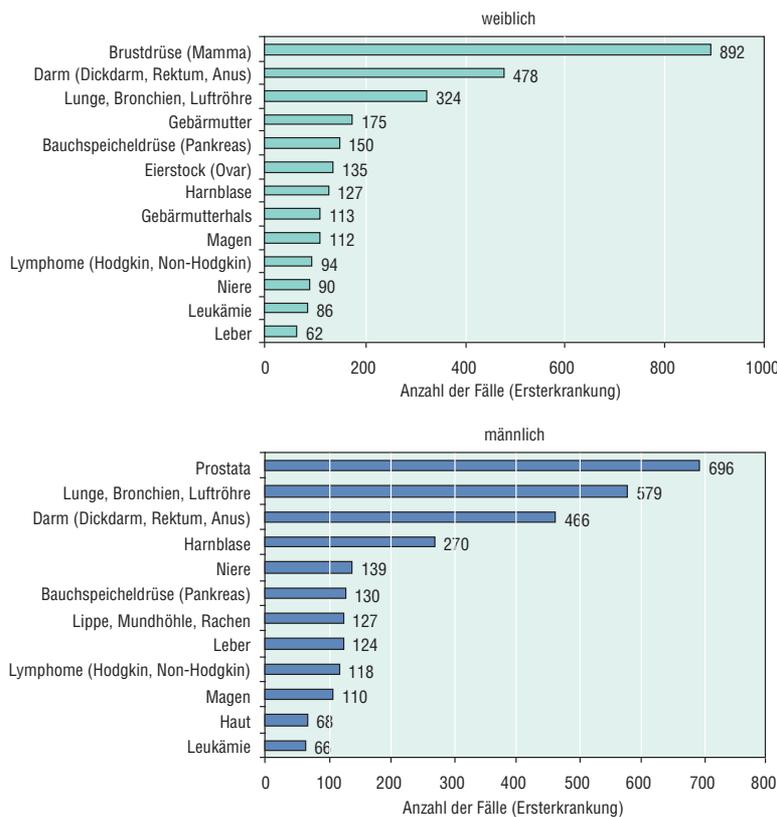
Eine **Rangreihung** der einzelnen Krebserkrankungen, getrennt nach Geschlecht, ergibt daher für Wien im Jahr 2002 folgendes Bild:

Rangreihung der wichtigsten Krebserkrankungen (Inzidenz) in Wien 2002, absolut und Anteil an allen Lokalisationen, nach Geschlecht

Rang	Frauen			Männer		
	Lokalisation	Fälle	in %	Lokalisation	Fälle	in %
1	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen: C15–C26)	903	27,0	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas, Galle und Magen: C15–C26)	907	27,3
2	Brustdrüse (C50)	892	26,2	Prostata (C61)	696	21,0
3	weibliche Genitalorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovar, etc.: C51–C58)	460	13,5	Atmungsorgane (v. a. Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf: C30–C39)	646	19,5
4	Atmungsorgane (v. a. Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf: C30–C39)	344	10,1	Harnorgane (v. a. Harnblase, Niere: C64–C68)	426	12,8

Eine detailliertere Aufschlüsselung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Lokalisationen zeigt die folgende Grafik.

Grafik 4.20: Häufigste bösartige Neubildungen (Ersterkrankung) nach Geschlecht, Wien 2002



Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts bzw. ohne die beiden geschlechtsspezifischen Lokalisationen Prostata und Brustdrüse) stellten auch 2002 bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane mit 26,9 Prozent (darunter v. a. Darmkrebs mit 14 Prozent aller Lokalisationen) sowie Lungenkrebs (einschließlich Bronchien und Luftröhre) mit 13,4 Prozent und bösartige Neubildungen der Harnorgane (9,8 Prozent) die häufigsten Krebserkrankungen der Wiener Bevölkerung dar.

Alle genannten Krebsarten stehen in engem Zusammenhang zum Lebensstil der Betroffenen. Vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege sind zu einem sehr hohen Anteil mit dem Tabakkonsum verbunden.⁸⁹ Darmkrebs weist häufig auf langjähriges falsches Ernährungsverhalten hin, und Blasenkrebs ist ebenfalls zu einem hohen Anteil tabakassoziiert und lebensstilbedingt.

Die wichtigsten **tabakassoziierten Krebserkrankungen** (Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf, Lippe, Mundhöhle und Rachen) sind bei Wiener Männern für

23,3 Prozent, für Wiener Frauen für 10,2 Prozent aller Krebserkrankungen verantwortlich. Bedenklich ist vor allem der rasante Anstieg sowohl der tabakassoziierten Krebsinzidenz als auch der entsprechenden Mortalität bei den Frauen, und zwar schon in relativ jungen Altersgruppen. Wirksame Maßnahmen, die über diverse Empfehlungen, freiwillige Vereinbarungen und kurzfristige, ineffektive Jugendkampagnen hinausgehen, wären hier dringend angesagt.⁹⁰

In Hinblick auf die Häufigkeit der genannten Krebserkrankungen sollte die **Präventionsarbeit** daher auch in Zukunft verstärkt auf die Bereiche Darm-, Lungen-, Brust- und Prostatakrebs konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils (mit entsprechender Information) zum Teil vermieden, die zuletzt genannten durch Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Verlauf gemildert werden könnten.

Die folgenden beiden Tabellen geben die Wiener Krebsinzidenz für die Jahre 2002 und 2001 wieder.

⁸⁹ Siehe Kap. 4.5.3 zu Lungenkrebs.

⁹⁰ Siehe Kap. 9.4.2 zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Rauchens.

Tabelle 4.7: Krebsinzidenz¹ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2002^{2,3}

ICD-10 Code ⁴⁾	Lokalisation	weiblich		männlich		insgesamt	
		absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁵⁾
C00–C14	B.N. ⁶⁾ Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (Rachen)	55	4,5	127	12,1	182	8,0
C15–C26	B.N. d. Verdauungsorgane	903	48,2	907	82,9	1.668	57,7
C15	B.N. d. Ösophagus (Speiseröhre)	24	1,8	41	3,8	65	2,7
C16	B.N. d. Magens	112	5,6	110	10,0	222	7,4
C17	B.N. d. Dünndarms	7	0,4	5	0,4	12	0,4
C18	B.N. d. Dickdarms	324	17,2	277	25,0	601	20,3
C19–C21	B.N. d. Rektums und d. Anus	154	9,0	189	17,6	343	12,7
C22	B.N. d. Leber und d. intrahepatischen Gallengänge	62	3,2	124	11,6	186	6,8
C23, C24	B.N. d. Gallenblase und Gallenwege	68	3,5	30	2,7	98	3,1
C25	B.N. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	150	7,5	130	11,7	280	9,3
C30–C39	B.N. Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	344	22,8	646	59,3	990	38,2
C32	B.N. d. Larynx (Kehlkopf)	12	0,9	55	4,9	67	2,6
C33–C34	B.N. d. Luftröhre, Bronchien und d. Lunge	324	21,4	579	53,4	903	34,9
C40–C41	B.N. d. Knochens und d. Gelenkknorpels	7	0,9	6	0,6	13	0,7
C43	Bösartiges Melanom der Haut	46	3,3	68	6,6	114	4,7
C45–C49	B.N. mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe	35	3,0	35	3,8	70	3,2
C50	B.N. d. Brustdrüse (Mamma)	892	63,4	6	0,5	898	35,3
C51–C58	B.N. d. weiblichen Genitalorgane	460	31,6	–	–	460	17,7
C53	B.N. d. Cervix uteri (Gebärmutterhals)	113	9,0	–	–	113	4,8
C54, C55	B.N. d. anderen Teile der Gebärmutter	175	11,4	–	–	175	6,5
C56	B.N. d. Ovars (Eierstock)	135	9,1	–	–	135	5,1
C51, C52, C57, C58	B.N. sonst. u. n. n. bez. weibl. Genitalorgane	37	2,1	–	–	37	1,2
C60–C63	B.N. d. männlichen Genitalorgane	–	–	750	69,6	750	29,0
C61	B.N. d. Prostata	–	–	696	63,1	696	25,8
C64–C68	B.N. d. Harnorgane	234	13,3	426	38,9	660	24,0
C64	B.N. d. Niere, ausgen. Nierenbecken	90	5,7	139	12,7	229	8,6
C67	B.N. der Harnblase	127	6,8	270	24,6	397	14,2
C69–C72	B.N. Auge, Gehirn und sonst. Teile d. ZNS	56	4,2	64	7,2	120	5,7
C70–C72	B.N. d. Zentralnervensystems	50	3,9	55	6,3	105	5,1
C73–C75	B.N. d. Schilddrüse und sonst. endokriner Drüsen	105	9,3	45	4,9	150	7,3
C73	B.N. d. Schilddrüse	105	9,3	40	4,3	145	7,0
C76–C80	B.N. ungenau bez., sekund. und n. n. bez. Lokalisationen	44	2,3	23	2,1	67	2,2
C81–C96	B.N. lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	224	15,3	217	22,4	441	18,2
C81	Hodgkin-Lymphom	11	1,3	18	2,4	29	1,8
C82–C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	83	5,4	100	10,1	183	7,3
C90	Bösartige Plasmazellneubildungen (Plasmozytom)	44	2,6	33	3,0	77	2,7
C91–C95	Leukämie	86	6,1	66	7,0	152	6,4
C97	B.N. als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C00–C43, C45–C97	Bösartige Neubildungen zusammen	3.406	222,2	3.320	311,0	6.726	257,1

1 Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusive DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).

2 Stand 2005.

3 Aufgrund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BGBl.Nr.138/1969 und BGBl.Nr. 425/1969 sowie der Krebsstatistikverordnung BGBl.Nr.171/1978.

4 Positionsnummern nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD-10).

5 Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

6 B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister), zusätzliche Berechnungen durch Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Tabelle 4.8: Krebsinzidenz¹ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien 2001^{2,3}

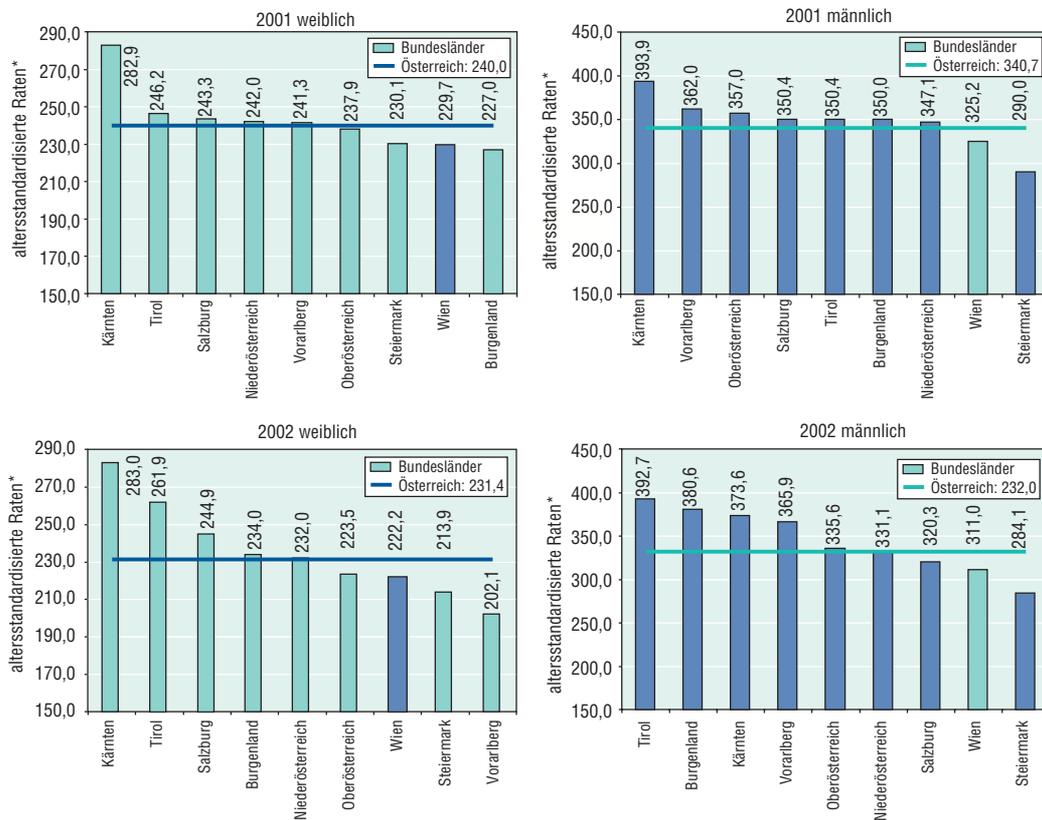
ICD-10 Code ⁴⁾	Lokalisation	weiblich		männlich		insgesamt	
		absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁵⁾	absolut	auf 100.000 ⁶⁾
C00–C14	B.N. ⁷⁾ Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (Rachen)	52	3,8	123	12,9	175	
C15–C26	B.N. d. Verdauungsorgane	959	51,1	890	81,8	1.849	
C15	B.N. d. Ösophagus (Speiseröhre)	22	1,5	50	4,7	72	
C16	B.N. d. Magens	124	7,2	121	11,0	245	
C17	B.N. d. Dünndarms	10	0,7	15	1,4	25	
C18	B.N. d. Dickdarms	346	17,4	295	26,7	641	
C19–C21	B.N. d. Rektums und d. Anus	177	10,0	153	14,2	330	
C22	B.N. d. Leber und d. intrahepatischen Gallengänge	65	3,3	107	9,9	172	
C23, C24	B.N. d. Gallenblase und Gallenwege	53	2,6	30	2,8	83	
C25	B.N. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	160	8,3	116	10,7	276	
C30–C39	B.N. Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	332	22,7	616	58,1	948	
C32	B.N. d. Larynx (Kehlkopf)	6	0,6	49	4,8	55	
C33–C34	B.N. d. Luftröhre, Bronchien und d. Lunge	323	21,7	558	52,5	881	
C40–C41	B.N. d. Knochens und d. Gelenkknorpels	4	0,6	16	2,2	20	
C43	Bösartiges Melanom der Haut	60	4,2	74	7,0	134	
C45–C49	B.N. mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe	59	4,0	52	5,1	111	
C50	B.N. d. Brustdrüse (Mamma)	982	69,5	8	0,8	990	
C51–C58	B.N. d. weiblichen Genitalorgane	446	29,9	–	–	446	
C53	B.N. d. Cervix uteri (Gebärmutterhals)	86	7,7	–	–	86	
C54,C55	B.N. d. anderen Teile der Gebärmutter	174	11,2	–	–	174	
C56	B.N. d. Ovars (Eierstock)	150	9,2	–	–	150	
C51,C52,C57,C58	B.N. sonst. u. n. n. bez. weibl. Genitalorgane	36	1,8	–	–	36	
C60–C63	B.N. d. männlichen Genitalorgane	–	–	864	81,4	864	
C61	B.N. d. Prostata	–	–	798	73,7	798	
C64–C68	B.N. d. Harnorgane	246	13,8	419	38,4	665	
C64	B.N. d. Niere, ausgen. Nierenbecken	95	6,0	121	11,3	216	
C67	B.N. der Harnblase	134	6,9	276	25,0	410	
C69–C72	B.N. Auge, Gehirn und sonst. Teile d. ZNS	59	4,5	73	8,2	132	
C70–C72	B.N. d. Zentralnervensystems	52	4,0	70	7,9	122	
C73–C75	B.N. d. Schilddrüse und sonst. endokriner Drüsen	98	8,8	49	5,4	147	
C73	B.N. d. Schilddrüse	93	8,3	43	4,2	136	
C76–C80	B.N. ungenau bez., sekund. und n. n. bez. Lokalisationen	48	2,4	23	2,0	71	
C81–C96	B.N. lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	207	14,4	221	21,9	428	
C81	Hodgkin-Lymphom	12	1,4	15	1,7	27	
C82–C85,C96	Non-Hodgkin-Lymphom	89	6,2	85	8,4	174	
C90	Bösartige Plasmazellneubildungen (Plasmozytom)	32	1,8	32	2,8	64	
C91–C95	Leukämie	74	5,0	89	9,0	163	
C97	B.N. als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	0	0,0	0	0,0	0	
C00–C43, C45–C97	Bösartige Neubildungen zusammen	3.552	229,7	3.428	325,2	6.980	

- 1 Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusiv DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
- 2 Zuletzt verfügbare Daten aus dem Jahr 2001. Vorläufige Zahlen (Stand 27.1.2005).
- 3 Aufgrund der Meldungen nach dem Krebsstatistikgesetz, BGBl.Nr.138/1969 und BGBl.Nr. 425/1969 sowie der Krebsstatistikverordnung BGBl.Nr.171/1978.

- 4 Positionsnummern nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD-10).
- 5 Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.
- 6 Keine Gesamtraten verfügbar.
- 7 B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Grafik 4.19: Krebsinzidenz 2001 und 2002 im Bundesländervergleich, nach Geschlecht (unterschiedliche Skalierung)



* Auf 100.000 Bevölkerung; bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

Häufigkeit der wichtigsten Krebslokalisationen

Während in den Vorjahren – gemessen an den **absoluten Fällen** – Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung von Wiener **Frauen** bildete (2001: 28 Prozent aller Fälle; 2002: 26,2 Prozent aller Fälle), standen 2002 die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, aber auch Rektum, Bauchspeicheldrüse und Magen; insgesamt 27 Prozent) an erster Stelle (2001: 26,0 Prozent aller Fälle; 2002: 26,5 Prozent aller Fälle).

Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock) nehmen mit 13,5 Prozent den dritten Rang ein. Der Anteil am weiblichen Lungenkrebs (einschließlich Bronchien und Luftröhre) bzw. an den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane insgesamt beträgt rund 10 Prozent.

Bei Wiener **Männern** treten bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (27,3 Prozent; auch hier v. a. Dickdarm und Rektum, gefolgt von Bauchspeicheldrüse, Leber und Magen), der männlichen Genitalorgane (22,6 Prozent aller Krebslokalisationen, überwiegend auf bösartige Neubildungen der Prostata zurückzuführen) sowie bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (19,5 Prozent), hier vor allem der Lunge (17,4 Prozent, einschließlich Bronchien und Luftröhre) am häufigsten auf. Der Anteil an den bösartigen Neubildungen der Harnorgane ist bei den Männern mit über 12,8 Prozent ebenfalls sehr hoch.

In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an Darm-, Magen-, Leber- und Lungenkrebs, sowie an bösartigen Neubildungen im Bereich der sonstigen Atmungsorgane (Kehlkopf, etc.), der

Zeitliche Entwicklung

Die auf Basis von **altersstandardisierten Raten** nach Lokalisationen analysierte Entwicklung der Krebsinzidenz seit 1984 zeigt für Wien folgendes Bild.

Frauen

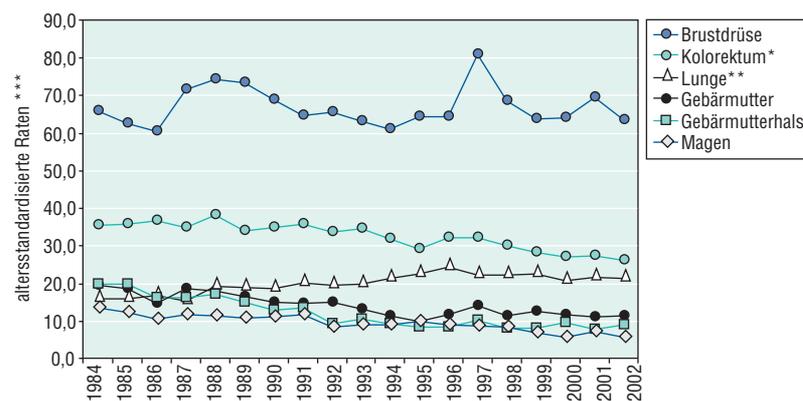
Bei den Wiener Frauen ist der im Zeitraum zwischen 1984 und 2002 beobachtete Rückgang der altersstandardisierten Krebserkrankungsrate vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des **Magens** (–58 Prozent), des **Gebärmutterhalses** (–55 Prozent), anderer Teile der **Gebärmutter** (–42 Prozent) und des **Kolorektums** (–26 Prozent) zurückzuführen.

Eine Zunahme ist jedoch bei den Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** festzustellen. Dieser nahm bei den Frauen zwischen 1984 und 2002 um 35 Prozent zu. 2002 erkrankten mehr als 21 von 100.000 Frauen (altersstandardisiert) an Lungenkrebs. Das Risiko an Lungen-

krebs zu erkranken ist zwar weiterhin für Männer ungleich höher, doch verringerte sich das Verhältnis zwischen Frauen und Männern in den letzten zehn Jahren von 1:3,3 auf 1:2,5. Der starke Anstieg bei den Lungenkarzinomen ist als Folge des zunehmenden Raucheranteiles in der weiblichen Bevölkerung zu interpretieren.⁹¹

Das Erkrankungsrisiko von weiblichem **Brustkrebs** ging in diesem Zeitraum (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1989) vorerst etwas zurück, 1997 war jedoch ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Der anschließende Rückgang war nur kurz; 2000 und vor allem 2001 ist wieder ein Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu beobachten. Erst 2002 kam es wieder zu einem leichten Rückgang. In der seit 1994 insgesamt zu beobachtenden Zunahme bzw. der nach wie vor hohen Erkrankungsrate dürfte sich vor allem auch die vermehrte Brustkrebs-Früherkennung (Vorsorgeuntersuchungen) widerspiegeln („Screening-Effekt“).⁹²

Grafik 4.21: Krebsinzidenz Frauen – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002



* Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (C18–C21).

** Lunge, Luftröhre, Bronchien (C33–C34).

*** Auf 100.000 Bevölkerung, bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister); eigene Berechnungen.

⁹¹ Siehe auch Kap. 4.5.3 zu Lungenkrebs.

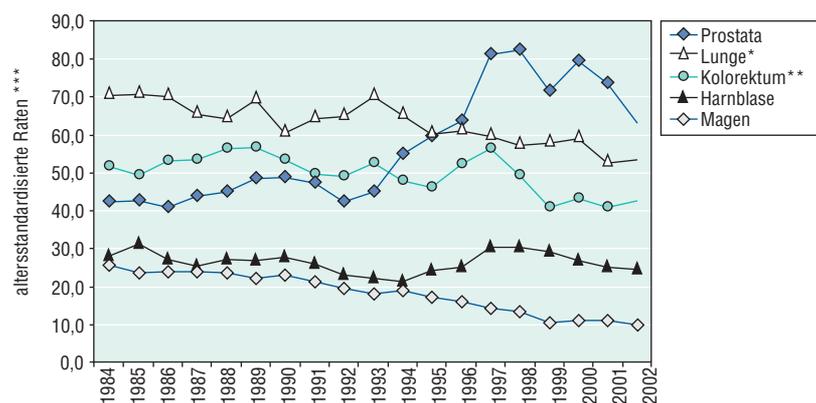
⁹² Siehe auch Kap. 4.5.3 zu Brustkrebs.

Männer

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei Männern ist einerseits erklärbar durch den starken Anstieg des **Prostatalkrebses**, insbesondere zwischen 1992 und 2000 (+87 Prozent!), andererseits durch den gleichzeitigen Rückgang von **Magenkrebs** (seit 1990: -57 Prozent), **Lungenkrebs** (seit 1993: -24 Prozent) und **Kolorektalkrebs** (seit 1989: -25 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 Prostatalkrebs überholt. Der rasante Anstieg der Prostatalkrebsinzidenz ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen⁹³ („Screening-Effekt“).

Grafik 4.22: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002



* Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (C18–C21).

** Lunge, Luftröhre, Bronchien (C33–C34).

*** Auf 100.000 Bevölkerung, bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister); eigene Berechnungen.

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 – noch immer ein 1,6-mal so hohes Risiko an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms oder Mastdarms (Kolorektums) zu erkranken als Frauen.

Vorsorgeuntersuchungen und Tumorstadien

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

Das Tumorstadium gibt Auskunft über den Fortschritt der Krebserkrankung. Die Ausbreitung des Tumorstadiums ist bei den einzelnen Tumorlokalisationen oft sehr unterschiedlich. Dass z. B. nur ein geringer Teil aller bösartigen Neubildungen der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses 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. 2001 wurden fast zwei Drittel (65,3 Prozent) aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs bereits im Vorstadium (CIS⁹⁴) erkannt, bei 16,5 Prozent war der Tumor noch auf das

⁹³ Vgl. dazu auch Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Ursprungsorgan beschränkt (lokalisiert). Auch beim Prostata- und Brustkrebs werden rund die Hälfte aller Tumorerkrankungen sehr früh erkannt (CIS 52,6 Prozent; lokalisiert 46,6 Prozent).⁹⁵

Insgesamt wurden in Österreich mehr als 30 Prozent aller Fälle bereits im Vorstadium (CIS) erkannt oder solange der Tumor noch auf das Ursprungsorgan beschränkt war (lokalisiert).

2001 hatten etwa ein Viertel aller Magenkarzinome (25,0 Prozent), Lungenkarzinome (23,0 Prozent) und Brustkarzinome (27,7 Prozent) ein regionalisiertes Tumorstadium, d. h. der Tumor war bereits in unmittelbares benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten ausgebreitet, jedoch noch keine Fernmetastasen. Am höchsten ist der Anteil des regionalen Tumorstadiums beim Darmkrebs (40,1 Prozent).⁹⁶

Mehr als ein Viertel aller Lungenkrebs- und ein Fünftel aller Magenkrebs-erkrankungen (Österreich) wiesen bereits bei der Ersterkennung nachgewiesene Fernmetastasen auf (disseminiert).⁹⁷

Damit zeigt sich auch die gesundheitspolitische Bedeutung von **Vorsorgeuntersuchungen**, die von der Bevölkerung zwar bereits in hohem Ausmaß genutzt werden⁹⁸, deren Inanspruchnahme aber weiterhin gefördert werden muss. Gleichzeitig soll jedoch auch die Sinnhaftigkeit mancher Vorsorgeuntersuchungen geprüft werden bzw. PatientInnen über die Vor- und Nachteile von Screening-Untersuchungen besser informiert werden.

So etwa wird die **Mammographie** in Österreich ab etwa dem 35. Lebensjahr empfohlen und ab dem 40. Lebensjahr in zweijährigen Intervallen von den Kranken-

kassen bezahlt, wobei die wissenschaftliche Basis für diese Empfehlung unklar ist. Die WHO empfiehlt ein zweijähriges Screening für 50- bis 69-Jährige, während sie dem Screening von 40- bis 49-Jährigen aufgrund der nicht bewiesenen Effektivität kritisch gegenüber steht.⁹⁹ Darüber hinaus ist für alle Altersgruppen die Effektivität des Mammographie-Screenings nach wie vor umstritten und eine Reduktion der Sterblichkeit ist nicht nachgewiesen. Auch in Wien ging die Sterblichkeit, trotz der Empfehlung und Förderung von Mammographien (auch bei jüngeren Frauen), zwischen 1994 und 2004 um nur etwas über 14 Prozent zurück.¹⁰⁰ Umgekehrt sind durchaus Schäden im Sinn von unnötigen Eingriffen und falsch positiven Resultaten gegeben.¹⁰¹ Im Bereich der Brustkrebsvorsorge wäre daher vor allem auch eine vermehrte Aufforderung bzw. Schulung zur Selbstuntersuchung bereits bei jungen Mädchen, aber auch bei erwachsenen Frauen als nach wie vor beste Vorsorge- und Früherkennungsmethode zu propagieren.

Gebärmutterhals-Screening ist hingegen als effektive Methode zur Senkung der Morbidität und Mortalität anerkannt und die wichtigsten internationalen Organisationen (WHO¹⁰², CDC¹⁰³, USPTF¹⁰⁴) empfehlen eine Untersuchung in 3-Jahres-Intervallen von 21- bis 65-jährigen Frauen. Häufigeres Screening kann den bereits hohen Schutz von 90,8 Prozent Reduktion nur mehr geringfügig erhöhen: Mit einem jährlichen Screening, wie dies in Österreich für Frauen ab 20 Jahren von den Krankenkassen bezahlt wird, wird eine Reduzierung von 93,5 Prozent erreicht. Das heißt, mit ungefähr dreifachem Ressourceneinsatz kann nur ein zusätzlicher Nutzen von 2,7 Prozentpunkten erreicht werden. Mit einem systematischen und zielgruppenorientierten Früherkennungsprogramm kann laut WHO die Sterblichkeit um ca. 60 Prozent reduziert werden.¹⁰⁵

⁹⁴ CIS = Carcinoma in Situ.

⁹⁵ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 243.

⁹⁶ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 242 f.

⁹⁷ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 243.

⁹⁸ Zum Thema Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen siehe Kap. 11.3.

⁹⁹ WHO (2003), Cytology screening: <<http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/>> und Screening for breastcancer: <<http://www.who.int/cancer/detection/breast-cancer/en/>>.

¹⁰⁰ Siehe weiter unten Kap. Weiblicher Brustkrebs.

¹⁰¹ Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark 2003, S. 43.

¹⁰² WHO – Weltgesundheitsorganisation.

¹⁰³ CDC – Centers for Disease Control.

¹⁰⁴ USPTF – US Preventive Task Force.

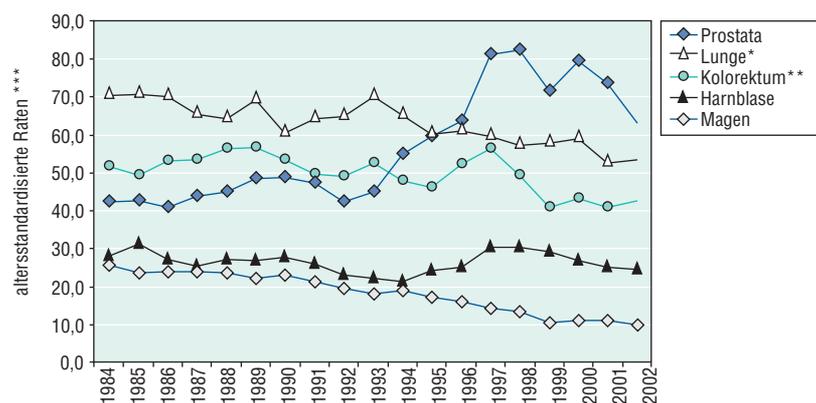
¹⁰⁵ Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark 2003, S. 46.

Männer

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei Männern ist einerseits erklärbar durch den starken Anstieg des **Prostatatakrebses**, insbesondere zwischen 1992 und 2000 (+87 Prozent!), andererseits durch den gleichzeitigen Rückgang von **Magenkrebs** (seit 1990: -57 Prozent), **Lungenkrebs** (seit 1993: -24 Prozent) und **Kolorektalkrebs** (seit 1989: -25 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 Prostatatakrebs überholt. Der rasante Anstieg der Prostatatakrebsinzidenz ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen⁹³ („Screening-Effekt“).

Grafik 4.22: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1984–2002



* Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (C18–C21).

** Lunge, Luftröhre, Bronchien (C33–C34).

*** Auf 100.000 Bevölkerung, bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister); eigene Berechnungen.

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 – noch immer ein 1,6-mal so hohes Risiko an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms oder Mastdarms (Kolorektums) zu erkranken als Frauen.

Vorsorgeuntersuchungen und Tumorstadien

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

Das Tumorstadium gibt Auskunft über den Fortschritt der Krebserkrankung. Die Ausbreitung des Tumorstadiums ist bei den einzelnen Tumorlokalisationen oft sehr unterschiedlich. Dass z. B. nur ein geringer Teil aller bösartigen Neubildungen der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses 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. 2001 wurden fast zwei Drittel (65,3 Prozent) aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs bereits im Vorstadium (CIS⁹⁴) erkannt, bei 16,5 Prozent war der Tumor noch auf das

⁹³ Vgl. dazu auch Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei den Wiener **Männern** ist zum einen erklärbar durch den starken Anstieg des Prostatakrebses, zum anderen durch den gleichzeitigen Rückgang von Magenkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs.

Der starke Anstieg von Prostatakrebs, vor allem seit 1992, wird unter anderem mit den vermehrten Vorsorgeuntersuchungen („Screening-Effekt“) sowie verbesserten Diagnosemöglichkeiten erklärt.

Sterblichkeit (Mortalität): 2004 wurden in Wien insgesamt 4.215 Todesfälle infolge einer bösartigen Neubildung gemeldet, davon entfielen 51 Prozent auf Personen weiblichen und 49 Prozent auf Personen männlichen Geschlechts.

Für beide Geschlechter stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (vor allem Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel aller Lokalisationen mit Abstand die **häufigste Todesursache** dar. An zweiter Stelle folgt bei den Frauen Brustkrebs (19 Prozent), bei den Männern bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs).

Sowohl Darmkrebs als auch Lungenkrebs stehen in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil der Betroffenen (Ernährungsverhalten, Rauchen). Die Bemühungen zu einer wirksamen **Primärprävention** müssen daher fortgesetzt bzw. intensiviert werden.

*The fluctuations in the development of the **male** cancer incidence rate are due to a marked increase in cancer of the prostate on the one hand and a simultaneous decrease in stomach, lung and intestinal cancer.*

The dramatic increase in prostate cancer since 1992 can be attributed in part to the growing number of checkups (“screening effect”) and improved diagnostic methods.

Mortality: *In 2004, a total of 4,215 deaths due to malignant neoplasms were reported (51 percent women, 49 percent men).*

*Malignant neoplasms of the digestive organs (in particular intestinal cancer) are the by far **most frequent cancer-related cause of death** for both men and women, with approximately one third of cancer cases. The second most frequent cause of death for women is cancer of the mammary gland (19 percent), while for men it is malignant neoplasms of the respiratory organs (in particular lung cancer).*

*Both intestinal cancer and lung cancer are closely connected to life style (dietary habits, smoking). Efforts for efficient **primary prevention measures** therefore must be continued and redoubled.*

4.5.1 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. in manchen Fällen geheilt werden.

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

Für die Analyse der Entwicklung der Krebserkrankungen kann man auf verschiedene Maßzahlen zurückgreifen. Zum einen stehen die jährlichen Absolutzahlen der Neuerkrankungen zur Verfügung (Inzidenz). Diese sind jedoch nicht für zeitliche, alters- und geschlechtsspezifische Vergleiche oder Vergleiche zu anderen Bevölkerungen geeignet. Deshalb werden altersstandardisierte Raten berechnet, basierend auf der (fiktiven) Weltstandardbevölkerung der WHO. Hierbei wird innerhalb jeder Altersgruppe eine Rate auf 100.000 Per-

4.5.2 Krebsmortalität

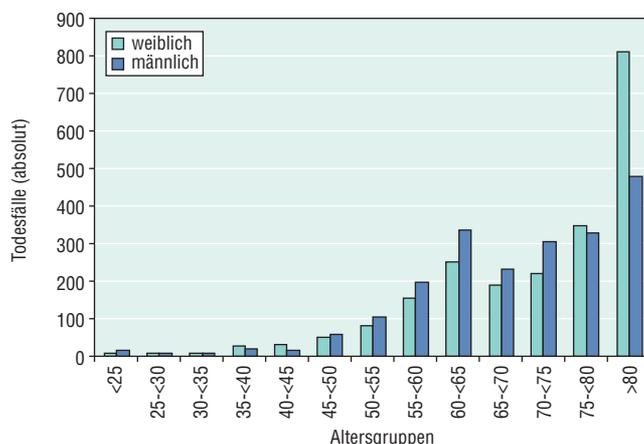
Ebenso wie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen auch Krebserkrankungen vor allem bei älteren Menschen eine der Haupttodesursachen dar. Insbesondere mit dem Anstieg der Lebenserwartung kam es daher in den letzten Jahren auch zu einem Anstieg der Krebserkrankungen. Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren werden Krebserkrankungen, ebenso wie auch andere Alterserkrankungen, voraussichtlich weiterhin zunehmen.¹⁰⁶

Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben im Jahr 2004 in Wien 4.215 Menschen an einer bösartigen Neubildung, davon waren 2.144 (51 Prozent) weiblichen und 2.071 (49 Prozent) männlichen Geschlechts.¹⁰⁷ Krebs stellt damit die **zweithäufigste Todesursache** in Wien dar: Mehr als ein Viertel (27 Prozent) der im Jahr

2004 Verstorbenen starben an den Folgen einer Krebserkrankung. Allerdings zeigen sich dabei geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Männern erklären Krebserkrankungen fast 30 Prozent aller Todesfälle, bei Frauen 25 Prozent. Bei den Frauen stellt Krebs in der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen jedoch die Todesursache Nummer eins dar.

Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben steigt mit dem **Alter**. Ab etwa 45 Jahren steigt das Risiko bei beiden Geschlechtern merklich an. Während bis zum Alter von etwa 75 Jahren mehr Männer als Frauen an einer bösartigen Neubildung versterben, wobei insbesondere die Altersgruppe der 60- bis 65-jährigen Männer besonders gefährdet ist, überwiegt (altersbedingt) das weibliche Geschlecht in den obersten Altersgruppen (siehe folgende Grafik)¹⁰⁸.

Grafik 4.23: Bösartige Neubildungen, Gestorbene nach Geschlecht, Wien 2004



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

Innerhalb der Krebserkrankungen stellen für beide Geschlechter bösartige Neubildungen im Bereich der **Ver-**

daungsorgane (v. a. Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel die häufigste Todesursache dar.

¹⁰⁶ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität.

¹⁰⁷ Siehe Tabelle 3.5 in Kapitel 3.2.3 – Todesursachenstatistik. Die hier angeführten Zahlen basieren auf den Neubildungen insgesamt (4.316), abzüglich gutartige Neubildungen (40) sowie Neubildungen mit unsicherem Verhalten (61), also 4.215 bösartige Neubildungen (97,7 Prozent aller Neubildungen).

Frauen: 2.209 Neubildungen insgesamt, abzüglich 27 gutartige Neubildungen und 38 Neubildungen mit unserem Verhalten, also 2.144 bösartige Neubildungen.

Männer: 2.107 Neubildungen insgesamt, abzüglich 13 gutartige Neubildungen und 23 Neubildungen mit unsicherem Verhalten, also 2.071 bösartige Neubildungen.

¹⁰⁸ Siehe auch Grafik 3.7 in Kap. 3.2.3 – Alter und Sterblichkeit.

An zweiter Stelle folgt bei den Frauen **Brustkrebs** mit fast 19 Prozent aller Krebslokalisationen, bei den Männern bösartige Neubildungen im Bereich der **Atmungsorgane** (v. a. Lungenkrebs) mit 26 Prozent.

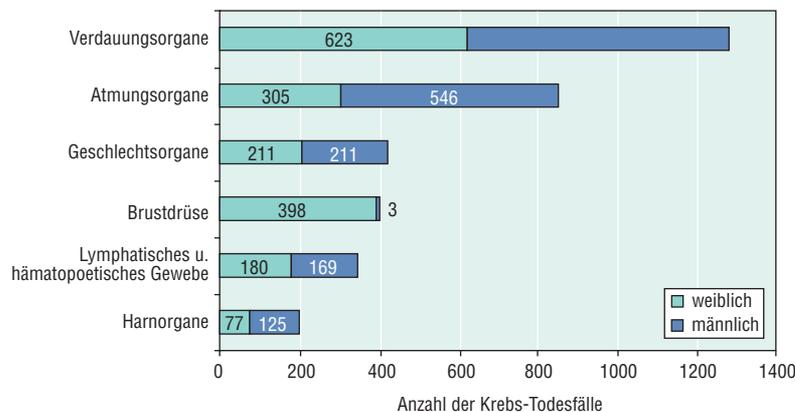
Während die **Lungenkrebssterblichkeit** bei den Männern schon seit den 60er Jahren rückläufig ist, steigt jene der Frauen analog der Ausprägung der Rauchgewohnheiten stark an. Mittlerweile sind bösartige Neubildungen der Atmungsorgane bereits die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Wiener Frauen (14 Prozent aller Krebstodesfälle).¹⁰⁹

Bösartige Neubildungen der **Geschlechtsorgane** (Männer: Prostata; Frauen: vor allem Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock) sind zu jeweils rund 10 Prozent für die Krebstodesfälle verantwortlich. In der männlichen Bevölkerung bildet Prostatakrebs die dritthäufigste Krebstodesursache.¹¹⁰

Zusammenfassend stellt sich 2004 für Wien die **Rangfolge** der an Krebs Verstorbenen nach Geschlecht – wie im Vorjahr – folgendermaßen dar:

Geschlecht	
weiblich	männlich
1. Verdauungsorgane (v. a. Darm)	1. Verdauungsorgane (v. a. Darm)
2. Brustdrüse	2. Atmungsorgane (v. a. Lunge)
3. Atmungsorgane (v. a. Lunge)	3. Geschlechtsorgane (Prostata)

Grafik 4.24: Häufigste Krebstodesfälle, Wien 2004



Quelle: Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

4.5.3 Ausgewählte Krebserkrankungen¹¹¹

Weiblicher Brustkrebs

In der **Ätiologie** von Brustkrebs werden mehrere mögliche **Einfluss- und Risikofaktoren** diskutiert. Einflüsse und Belastungen bereits vor dem Erwachsenen-

alter 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 etwa Einflüsse der Ernährung in der Kindheit, präpubertärer Wachstumsprozess (z. B. Körpergröße im Alter von 7 Jahren), sowie pränatale Einflüsse

¹⁰⁹ Siehe Kapitel 4.5.3 zu Lungenkrebs.

¹¹⁰ Zur Krebsmortalität siehe auch Spezialberichte zu Lebenserwartung und Mortalität (Stadt Wien, 2003), S. 134–137 sowie zu chronischen Krankheiten (Stadt Wien, 2004), S. 130–132.

¹¹¹ Siehe auch Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien, S. 134–147 sowie Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 122–201.

und Geburtsgewicht.¹¹² 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.¹¹³ Auch Umweltgifte (Pestizide, etc.) sowie Hormone (v. a. exogene Östrogene) in der Nahrung (z. B. Fleisch aus Massentierhaltung, nicht-biologisches Gemüse) gelten als carcinogen und brustkrebsfördernd.

Insgesamt werden also für die Entstehung von Brustkrebs **genetische, hormonelle, ernährungsbedingte, umweltbedingte sowie medizinische und biologische Faktoren** genannt. Das heißt auch, 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 Anfang der 1980er Jahre (nach einem Gipfel zwischen 1987 und 1989) vorerst etwas zu-

rück, 1997 war jedoch ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Der anschließende Rückgang war nur kurz; 2000 und vor allem 2001 ist wieder ein Anstieg dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu beobachten. Erst 2002 ist wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Insgesamt ist seit 1994 eine leichte Zunahme der Brustkrebsinzidenz zu beobachten.

2002 erkrankten 892 Wienerinnen (d. h. jede 933. Frau¹¹⁴) an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse; die altersstandardisierte Inzidenzrate betrug 63,4.¹¹⁵

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.¹¹⁶ Seit 1997 lässt sich zwar ein leichter Rückgang beobachten (–16 Prozent), doch ist die Sterblichkeit an Brustkrebs noch immer hoch. 2004 verstarben 398 Wienerinnen infolge einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Dies entspricht einer Rate von 23,2 Todesfällen pro 100.000.¹¹⁷

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

¹¹² Die Kombination hohes Geburtsgewicht und überdurchschnittliche Körpergröße im Alter von 7 Jahren scheint z. B. ein Risikofaktor für die Entstehung von Brustkrebs zu sein.

¹¹³ LEON & BEN-SHLOMO (1997).

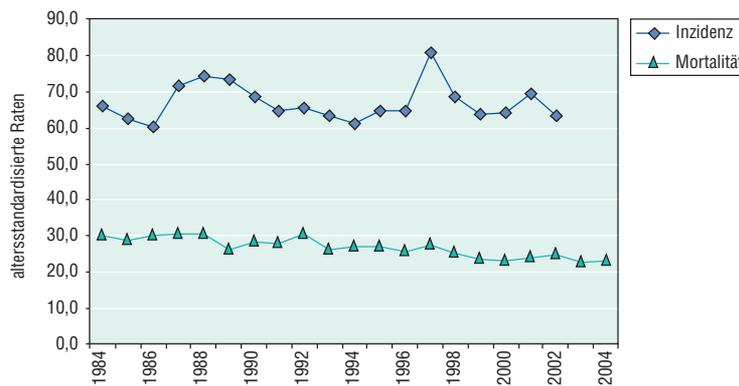
¹¹⁴ Alle Altersgruppen.

¹¹⁵ 2001: 982 Erkrankungen, d. h. jede 834. Wienerin. Die Inzidenzrate betrug 69,5.

¹¹⁶ Siehe dazu auch Erläuterungen in Kap. 4.5.1.2 (Vorsorgeuntersuchungen).

¹¹⁷ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Grafik 4.25: Brustkrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten**, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50).

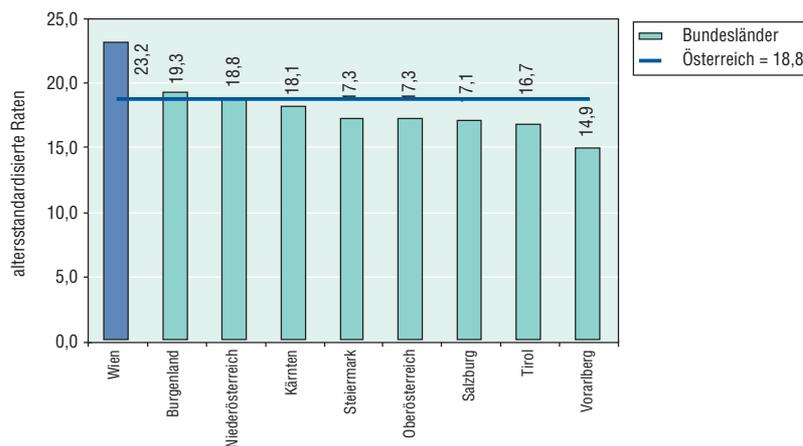
** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundesländer-Vergleich** zeigt sich die klare Spitzenposition Wiens; mit großem Abstand folgen die beiden anderen Bundesländer der Ostregion: das Burgen-

land und Niederösterreich. Die niedrigste Brustkrebsmortalität weisen Vorarlberg und Tirol auf.

Grafik 4.26: Brustkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, 2004



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C50). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Mehr zu Risikofaktoren, Verbreitung, Entwicklung der Brustkrebsinzidenz nach Altersgruppen, Tumorstadien, stationäre Aufenthalte, Mortalität nach Altersgruppen, europäischer Vergleich, Präventionsmaßnahmen

und Behandlungsmethoden siehe Spezialbericht der Stadt Wien zu chronischen Krankheiten¹¹⁸ sowie Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität¹¹⁹. Eine Beschreibung des Wiener Brustkrebs-Früherkennungs-

¹¹⁸ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 142–149.

programmes 2000–2002 „Die Klügere sieht nach“ findet sich ebenfalls in dem erstgenannten Bericht.¹²⁰

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“).

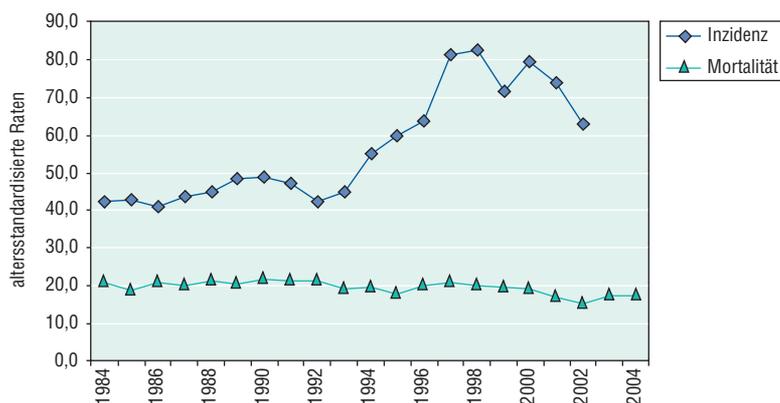
Zur Zeit gibt es keine wirkliche Heilung bei Prostatakrebs. Die derzeit noch recht unbefriedigenden und aggressiven, für den Patienten teilweise auch risikoreichen Behandlungsmöglichkeiten (radikale Prostatektomie, Strahlentherapie oder abwarten und beobachten), sprechen gegen ein umfassendes Screening-Programm.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

handlungen¹²¹), 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 21 Prozent aller Krebslokalisationen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Der starke Anstieg von Prostatakrebskrankungen seit 1992 wurde 1999 mit einem leichten Rückgang vorerst unterbrochen. 2000 kam es zu einem neuerlichen Anstieg. Seither ist jedoch wieder ein Rückgang der diagnostizierten Erkrankungen zu verzeichnen. 2002 erkrankten 696 Wiener (d. h. jeder 1079. Mann¹²²) an Prostatakrebs. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 63,1.¹²³

Im Gegensatz zur Entwicklung der Inzidenz ist der Verlauf der **Mortalität** innerhalb der letzten zwanzig Jahre relativ konstant, wenngleich seit 1997 eine leicht sinkende Tendenz zu beobachten ist. Im Jahr 2004 verstarben 211 Wiener infolge einer Prostatakrebskrankung. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 17,5.¹²⁴

Grafik 4.27: Prostatakrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten**, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen der Prostata (C61).

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

¹¹⁹ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 137–140.

¹²⁰ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 150–151.

¹²¹ The International Prostate Screening Trial Evaluation Group (1999) und LEGLER et al. (1998).

¹²² Alle Altersgruppen.

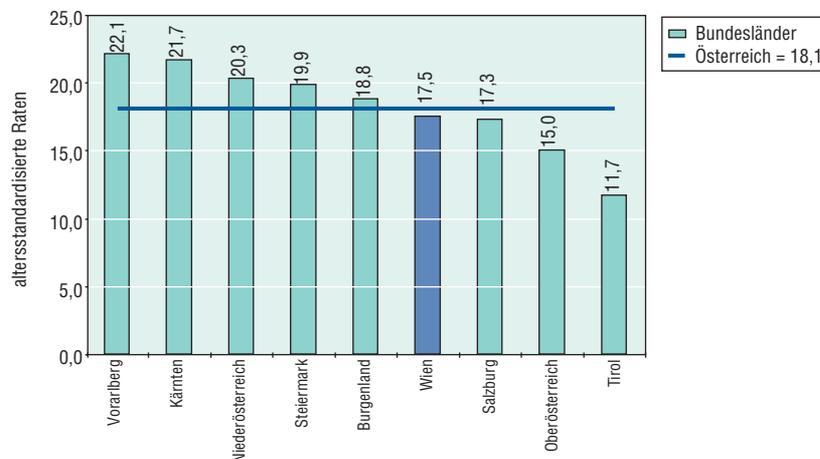
¹²³ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

¹²⁴ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Im **Bundesländer-Vergleich** liegt Wien im unteren Mittelfeld, etwas unter dem Durchschnittswert für Gesamtösterreich. Auffallend hoch ist die Prostatakrebs-

mortalität in Vorarlberg und Kärnten, während Tirol mit Abstand die niedrigsten Raten aufweist.

Grafik 4.28: Prostatakrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, 2004



* Bösartige Neubildungen der Prostata (C61). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zur Altersstruktur der neu Erkrankten, zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Prostatakrebs, zur Inzidenz im Europäischen Vergleich sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe insbesondere den von der Stadt Wien publizierten Spezialbericht zu chronischen Krankheiten¹²⁵ sowie den Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität in Wien¹²⁶.

Darmkrebs

Kolorektale Karzinome entstehen aus einer komplexen Wechselwirkung zwischen **Umfeltfaktoren, genetischen Faktoren und individuellem Verhalten** (insbesondere fettreiche und faserarme Ernährung, aber auch körperliche Inaktivität sowie übermäßiger Alkoholkonsum).¹²⁷

Inzidenz: Darmkrebs, vor allem im untersten Darmabschnitt (Dickdarm¹²⁸), zählt zu den häufigsten

Kreberkrankungen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. Die im Unterschied zu den Absolutzahlen deutlich höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate der Männer zeigt nach dem sprunghaften Anstieg 1997 eine deutliche Abnahme. Bei den Frauen erstreckt sich die sinkende Tendenz relativ kontinuierlich bereits auf einen längeren Zeitraum, wenngleich es nach dem Tiefpunkt 2000 wieder zu einem leichten Anstieg kam.

2002 erkrankten in Wien 601 Personen (324 Frauen und 277 Männer) an einer bösartigen Neubildung des Dickdarms. Weitere 343 Personen (154 Frauen und 189 Männer) erkrankten an einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum and Anus. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von insgesamt 33,0 pro 100.000 (Frauen: 26,2; Männer: 42,6), für Dickdarm 20,3 (Frauen 17,2; Männer 25,0).¹²⁹

Auch bei der **Mortalität** weisen Männer höhere Raten

¹²⁵ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 152–158.

¹²⁶ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 140–142.

¹²⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 168.

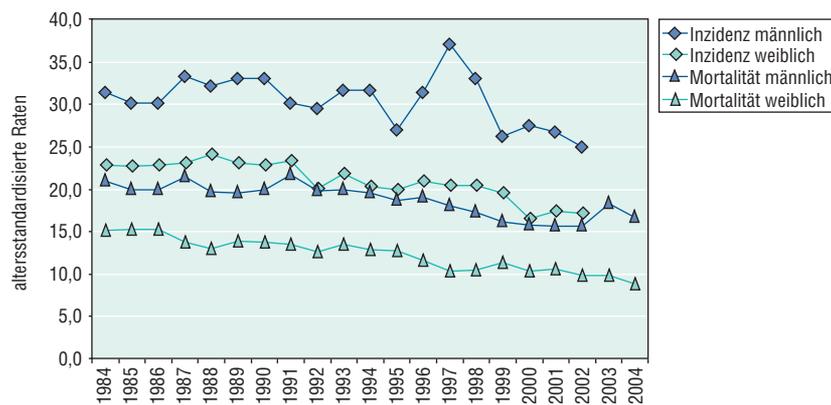
¹²⁸ Nach ICD-10 Code: C18.

¹²⁹ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

auf als Frauen. Wenngleich es bei beiden Geschlechtern in den letzten zehn Jahren insgesamt zu einem Rückgang der Darmkrebssterblichkeit kam (1994–2004: Männer –15 Prozent; Frauen –32 Prozent), so ist dieser bei den Frauen besonders ausgeprägt. Bei den Männern ist ein deutlicher Rückgang bis 2002 zu verzeichnen, 2003 stieg jedoch die Sterblichkeit wieder an und sank 2004 nur leicht ab (*siehe folgende Grafik*).

2004 wurden in Wien insgesamt 392 Todesfälle (davon 198 Frauen und 194 Männer) infolge eines Dickdarmkarzinoms gemeldet. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 16,6 (Männer) bzw. 8,8 (Frauen) pro 100.000.¹³⁰ Berücksichtigt man auch die Todesfälle aufgrund einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum und Anus (73 Frauen, 70 Männer), so erhöht sich die Anzahl der Todesfälle auf 535.

Grafik 4.29: Darmkrebs*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten** nach Geschlecht, Wien ab 1984



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18).

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

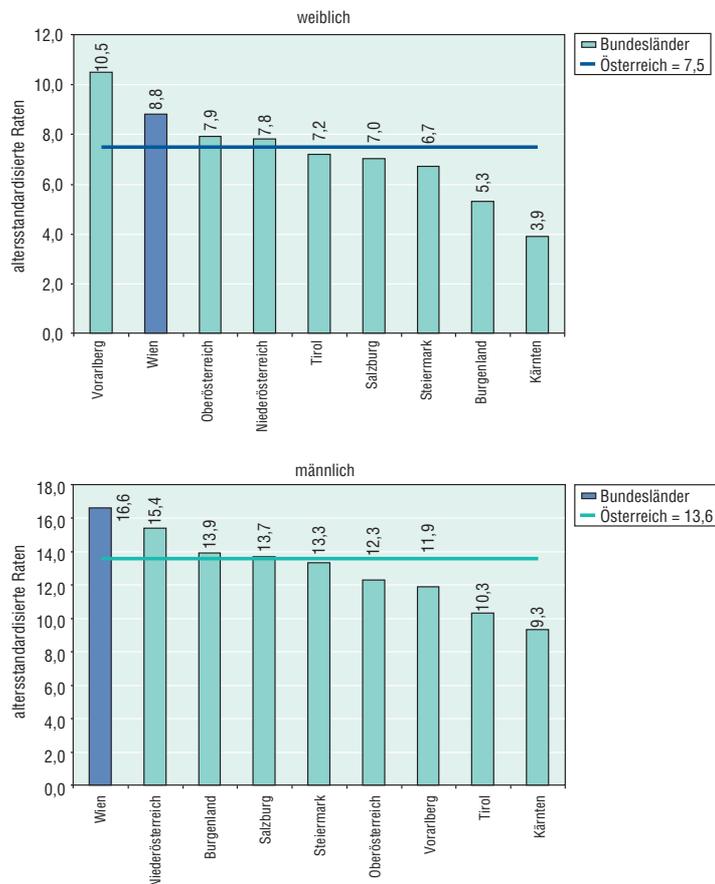
Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundesländer-Vergleich** rangieren die Wiener **Frauen** hinter dem (eher unerklärlichen) Spitzenreiter Vorarlberg an zweiter Stelle. Im Gegensatz zur generell sehr hohen Krebsrate in Kärnten zeigen die Kärntnerinnen bei der Darmkrebsmortalität die mit Abstand niedrigste Rate. Bei den **Männern** weisen die Wiener die höchste Darmkrebsmortalität auf, gefolgt von Nie-

derösterreich und dem Burgenland. Die Kärntner, Tiroler und Vorarlberger Männer weisen hingegen die niedrigsten Raten auf. Hier zeigt sich besonders deutlich das bekanntermaßen ungünstige Ernährungsverhalten der Ostregion, insbesondere der männlichen Bevölkerung.

¹³⁰ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Grafik 4.30: Darmkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zur Altersstruktur der neu Erkrankten, zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Kolorektalkrebs, zur Verbreitung und Entwicklung von Neuerkrankungen, zur Inzidenz und Mortalität im europäischen Vergleich sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe die von der Stadt Wien veröffentlichten Spezialberichte zu chronischen Krankheiten¹³¹ und zu Lebenserwartung und Mortalität¹³².

Lungenkrebs

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge¹³³ (Lungenkrebs, auch Bronchialkarzi-

nom) ist wohl diejenige Lokalisation, welche quantitativ den größten Anteil an denjenigen Krebserkrankungen und Krebstodesfällen einnimmt, die in hohem Ausmaß (etwa zu 90 Prozent) mit dem **Rauchverhalten** in Zusammenhang stehen. Zwar wird wie gesagt 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 viele Jahre lang dauernder Rauchkonsum voraus. Der Häufigkeitsgipfel der Lungenkrebserkrankungen und –sterblichkeit tritt daher erst um das 50. bis 60. Lebensjahr auf.

¹³¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 167–174.

¹³² Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 142–144.

¹³³ ICD-10 Code : C33–C34.

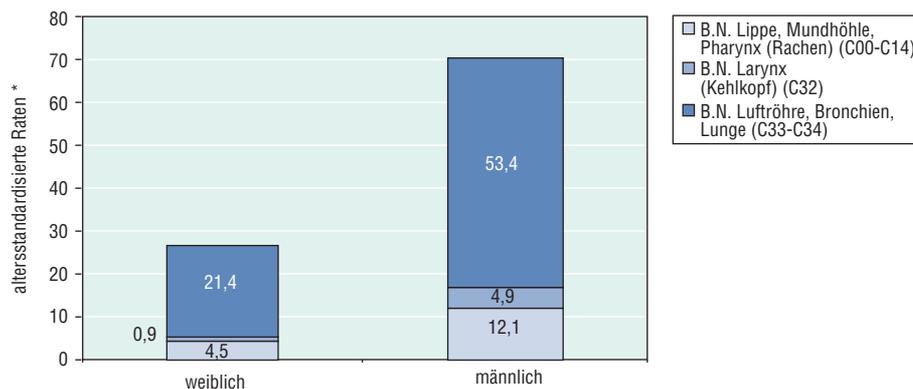
Dass RaucherInnen eine erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen, ist in der Literatur bereits gut dokumentiert. Eine norwegische Studie¹³⁴ untersuchte z. B. den Einfluss von Rauchen auf die Dauer von chronischen Krankheiten vor dem Tod. Die 23 Jahre dauernde follow-up Studie belegt, dass RaucherInnen 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.¹³⁵

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.¹³⁶

Innerhalb der Krebserkrankungen von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchvorgang stehen, nimmt freilich der Lungenkrebs den Hauptanteil ein. Bei den Männern ist jedoch auch der Anteil an Todesfällen infolge von Krebserkrankungen im Bereich von Lippe, Mundhöhle und Rachen (Zungenkrebs, etc.) nicht unwesentlich.¹³⁷

Grafik 4.31: Erkrankungshäufigkeit von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, Wien 2002



* Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria (Krebsregister).

2002 erkrankten in Wien 1152 Personen (761 Männer und 391 Frauen) an einer bösartigen Neubildung der Lunge, der Bronchien, der Luftröhre, des Kehlkopfes,

der Lippe, der Mundhöhle oder des Rachens. Im Jahr 2004 starben in Wien 955 Personen (631 Männer und 324 Frauen) infolge einer dieser Krebslokalisationen.

¹³⁴ SANDVIK et al.

¹³⁵ JHA & CHALOUKKA (2000), S. 23.

¹³⁶ Ebda.

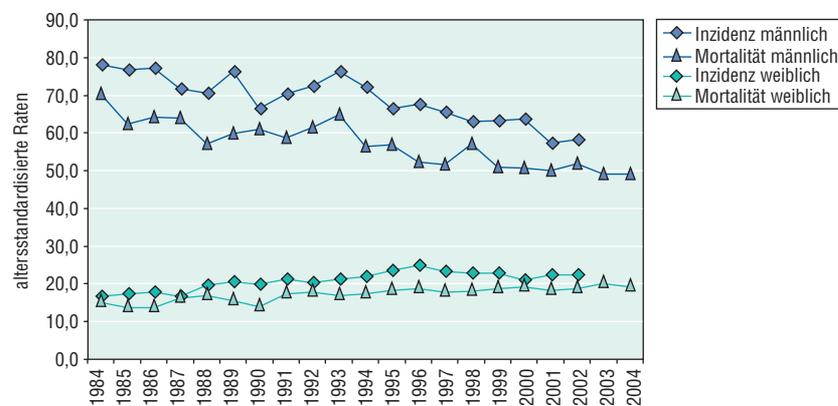
¹³⁷ Siehe auch Stadt Wien (2002), Gesundheitsbericht Wien 2002, S. 101–105.

Betrachtet man die Organe, welche in direktem Bezug zum Rauchvorgang stehen, gesamt – also Lippe, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge¹³⁸ – so zeigt sich folgendes Bild:

- Männer weisen sowohl eine fast dreimal so hohe Erkrankungsrate (2002: 70,4 : 26,8 pro 100.000) als auch eine fast dreimal so hohe Sterblichkeit auf als Frauen.
- Wengleich noch immer sehr hoch, weisen die Erkrankungs- und Mortalitätsraten der Männer eine sinkende Tendenz auf, während die Raten der Frauen deutlich ansteigen.

Die alarmierende Entwicklung bei den **Frauen** zeigt zwischen 1990 und 2002 eine Zunahme der Lungenkrebsinzidenz um 13 Prozent, der Sterblichkeit um mehr als ein Drittel (36 Prozent). 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.¹³⁹

Grafik 4.32: Bösartige Neubildungen der Lunge, der Bronchien, der Luftröhre, des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens*: altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten** nach Geschlecht, Wien ab 1984



* ICD-10: C32–C34.

** Pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria.

Im **Bundesländer-Vergleich** wird die auch innerhalb Österreichs höchste RaucherInnenquote Wiens¹⁴⁰ in der höchsten Lungenkrebsmortalität sowohl bei Frau-

en als auch bei Männern ersichtlich. Burgenländische Frauen und Salzburger Männer zeigen hingegen die niedrigste Sterblichkeit an Lungenkrebs.

¹³⁸ Nach ICD-10 Code: C00–C14, C32–C34.

¹³⁹ Siehe Kap. 9.4.2 zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Rauchens.

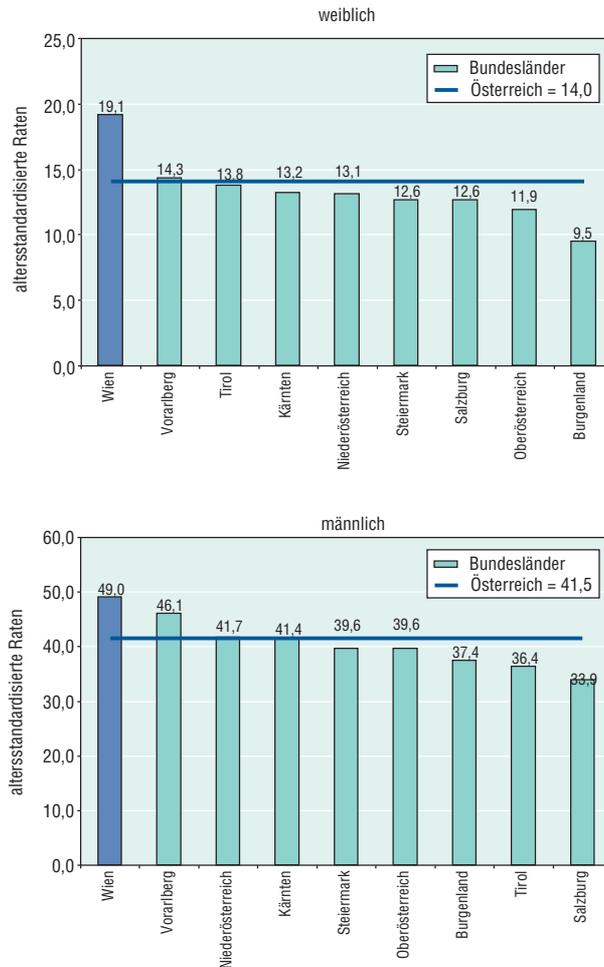
¹⁴⁰ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien.

Statistik Austria (2002b), Rauchgewohnheiten.

Statistik Austria (2002a), Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen.

Grafik 4.33: Lungenkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2004 (unterschiedliche Skalierung)



* Bösartige Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (C32–C34). Altersstandardisierte Raten, basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Zu **Risikofaktoren**, **Altersstruktur** der neu Erkrankten und Verstorbenen sowie Erkrankungen und Mortalität von Lungenkrebs im **europäischen Vergleich** siehe Spezialbericht zu chronischen Krankheiten in Wien.

Zur Epidemiologie und **gesundheitspolitischen Bedeutung** des Rauchens sowie zu wirksamen **Maßnahmen** zur Eindämmung der Tabakepidemie siehe Abschnitt IX, Kapitel 9.4.2.

4.5 Krebs (bösartige Neubildungen) ⁸¹

Zusammenfassung

Neuerkrankungen (Inzidenz): 2002⁸² erkrankten insgesamt 3.406 Wienerinnen und 3.320 Wiener an Krebs (also jede 244. Wienerin und jeder 226. Wiener). Die altersstandardisierte Inzidenzrate pro 100.000⁸³ betrug für Frauen 222,2, für Männer 311,0.

Die **häufigsten Krebserkrankungen** erfolgten im Bereich der Verdauungsorgane, vor allem im unteren Darmabschnitt (bei Frauen und Männern für jeweils 27 Prozent aller Lokalisationen verantwortlich). Bei den Frauen folgt an zweiter Stelle Brustkrebs (26 Prozent aller Lokalisationen), bei den Männern Prostatakrebs (21 Prozent aller Lokalisationen). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs) stellt für Männer die dritthäufigste (20 Prozent), für Frauen bereits die vierthäufigste (10 Prozent) Krebslokalisierung dar.

Wenngleich kein durchgehender **Trend** erkennbar ist, so sank doch die Krebsinzidenz zwischen 1984 und 2002 leicht, bei den Frauen um 16 Prozent, bei den Männern um 10 Prozent. Seit einigen Jahren liegt Wien bei beiden Geschlechtern unter den Inzidenzraten für Gesamtösterreich.

Bei den Wiener **Frauen** ist der Rückgang der Krebsinzidenz vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des Magens, des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers 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 zurückzuführen ist.

Summary: Cancer (Malignant Neoplasms)

New cancer cases (Incidence): In 2002⁸², a total of 3,406 women and 3,320 men in Vienna were diagnosed with cancer (one in 244 Viennese women and one in 226 men). The age-standardised incidence rate per 100,000⁸³ was 222.2 for women and 311.0 for men.

The most frequent types of cancer are malignant neoplasms of the digestive organs, in particular cancer of the lower intestine (27 percent of all cancer cases in both men and women). Cancer of the mammary gland is the second most frequent cancer type for women (26 percent of all cancer cases), while for men it is cancer of the prostate (21 percent). Malignant neoplasms of the respiratory organs (mainly lung cancer) are the third most frequent cancer type (20 percent) for men, while for women it is the fourth most frequent (10 percent).

While it is hard to make out a continuous **trend**, cancer incidence has slightly decreased between 1984 and 2002, by 16 percent for women and by 10 percent for men. For several years now Vienna has been below the Austrian average in incidence rates for both genders.

In Viennese **women**, the reduction is mainly due to a decrease in malignant neoplasms of the stomach, cervix, uterus and colorectum. However, a marked increase in lung cancer rates in the female population since 1986 can be observed, which is mainly due to the changes in smoking behaviour among women.

⁸¹ Siehe auch Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 134–147 und 168–169. Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 122–201. Statistik Austria (2004), Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich.

⁸² Stand Juli 2005. *Data July 2005.*

⁸³ Berechnung von altersstandardisierten Raten basiert auf fiktiver Bevölkerung (hier: Welt-Standardbevölkerung der WHO) zu Zwecken der Vergleichbarkeit. / Calculation based on WHO World Standard Population.

4.6 Infektionskrankheiten

4.6.1 Einleitung

Unter Infektionskrankheiten versteht man, vereinfacht ausgedrückt, das Eindringen, das Vorhandensein sowie die Vermehrung von Krankheitserregern, wie Viren, Bakterien, Pilze, Protozoen, Parasiten oder auch Prionen (BSE), im menschlichen Körper, sofern die Immunabwehr mit den Eindringlingen nicht sofort bzw. sehr schnell fertig wird oder dagegen nicht ausreichend ist.¹⁴¹

Für viele Infektionskrankheiten besteht in Österreich eine gesetzliche Anzeigepflicht. Dennoch werden nicht alle Erkrankungen (vor allem im Bereich der Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, etc.) von den Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen gemeldet, sodass für viele Erkrankungen mit einer wesentlich höheren Anzahl tatsächlicher Fälle zu rechnen ist.

Durch vermehrte und auch immer frühere Impfungen werden heute die durch Impfung vermeidbaren Krankheiten immer seltener, andere hingegen – im Verhältnis – immer mehr.

Historische Entwicklung

Bei den Infektionskrankheiten vollzog sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts ein enormer Wandel. Die im 19. Jahrhundert noch vorherrschenden und weit verbreiteten Infektionskrankheiten, die damals die häufigste Todesursache darstellten, haben heute nicht mehr dieselbe Bedeutung; viele dieser Krankheiten haben heute sogar so gut wie überhaupt keine Bedeutung mehr. Diese Veränderungen trafen nicht nur für Österreich, sondern für alle Industrieländer zu.

Einer amerikanischen Publikation zufolge starben im ausgehenden 19. Jahrhundert in den USA und großen Teilen Europas mehr als 80 Prozent der Bevölkerung bereits in der Kindheit an einer Infektionskrankheit (v. a. Tuberkulose, Influenza/Lungenentzündung, Pocken, Ruhr, Typhus und Diphtherie). Ein Großteil der Über-

lebenden fiel noch vor Erreichen des mittleren Erwachsenenalters dem Hungertod oder einer Seuche zum Opfer.¹⁴² In Österreich starben um 1900 mehr als 50 Prozent der Bevölkerung an einer Infektionskrankheit. Die damalige Situation in Wien war jedoch – im Vergleich zu den meisten anderen Ländern und Städten – bedeutend besser: 1900 entfiel knapp ein Drittel aller Todesursachen auf Infektionskrankheiten (darunter vor allem Tuberkulose, mit Abstand gefolgt von Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Typhus).¹⁴³ Mit der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beginnenden Verbesserung der sanitären Verhältnisse, der (für ganz Österreich geltenden) Einführung des Reichssanitätsgesetzes 1870 und der Eröffnung der ersten Wiener Hochquellenwasserleitung im Jahr 1873 konnte das Wiener Gesundheitswesen innerhalb Europas als vorbildlich bezeichnet werden. Auch die weitere Verbesserung der sozialen und hygienischen Bedingungen seit dem Ende des zweiten Weltkriegs trug wesentlich zur Reduktion der Infektionskrankheiten bei.

Heute liegt der Anteil der Infektionskrankheiten an allen Todesursachen in Österreich nur mehr bei 0,3 Prozent, in Wien bei 0,5 Prozent.

In der Gruppe der Infektionskrankheiten spielte – insbesondere in Wien – die **Tuberkulose** eine bedeutende Rolle. Zu Zeiten der stärksten Verbreitung übertraf sie die heutigen Todesraten von Krebs- und Herzkrankheiten. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts (1870) starben in Wien jährlich an die 900 pro 100.000 EinwohnerInnen an der so genannten „Wiener Krankheit“, davon vorwiegend Kinder und Jugendliche. Verstärkt war natürlich die ärmere Bevölkerung von dieser gefährlichen und vor allem sozial bedingten Infektionskrankheit betroffen. Die damaligen Interventionsmaßnahmen schlossen daher neben der medizinischen Betreuung (Erweiterung der Heilstätten sowie der Krankenversicherung) auch die Bereitstellung verbesserter Wohnmöglichkeiten ein. Denn in den Krankheitszentren herrschten desolate Wohnverhältnisse. Mit diesen Maßnahmen konnte die Sterblichkeit in schon relativ kurzer Zeit (1880–1900) drastisch reduziert werden.^{144 145}

¹⁴¹ Medicine-Worldwide: <<http://www.m-ww.de/krankheiten/infektionskrankheiten/>>.

¹⁴² Vgl. HENNEKENS & BURING (1987).

¹⁴³ Vgl. JUNKER (1998), S. 36–39. Zur Sterblichkeit an epidemischen Krankheiten 1831–1873 sowie zur Verteilung der Cholera- und Durchfall-Sterblichkeit 1855 siehe die Karten 3.6.1/2 und 3.6.1/3 im Historischen Atlas von Wien (2002, 8. Lieferung).

Da die Tuberkulose noch nicht anzeigepflichtig war, liegen aus dieser Zeit keine Morbiditätszahlen vor. Obduktionsbefunde zeigten jedoch, dass wahrscheinlich jede Wienerin und jeder Wiener mit Tuberkulose in Kontakt kam, jedoch nur 10–20 Prozent der Infizierten manifest erkrankten. Wie bereits erwähnt, gab es deutliche regionale bzw. sozioökonomische Unterschiede in den Erkrankungs- bzw. Mortalitätsraten. So etwa hatte im Jahr 1880 der Arbeiterbezirk Favoriten 91 Tuberkulose-tote auf 10.000 EinwohnerInnen zu beklagen, der noble Bezirk Innere Stadt hingegen nur 21 auf 10.000 BewohnerInnen.¹⁴⁶ Heute schwanken die diesbezüglichen Werte zwischen 1,4 und 1,7. Die gegenwärtig sinkende Obduktionsrate wirkt sich jedoch auch auf die Aussagekraft dieser Daten aus.

In Europa brachte die seit 1952 bis Anfang der 90er Jahre¹⁴⁷ routinemäßig bei der Geburt durchgeführte B.C.G.-Impfung die Tuberkulose bei Säuglingen praktisch zum Verschwinden. Aufgrund des leichten Anstiegs der Tuberkulose in den letzten Jahren wird heute eine Wiedereinführung der Tuberkuloseimpfung bei Risikogruppen überlegt.

Gegenwärtige Situation

Die **Tuberkulose** ist heute zwar nach wie vor von Bedeutung, doch ist sie vor allem auf bestimmte Risikogruppen und Risikobereiche bezogen. Probleme bestehen vor allem in der Einschleppung (auch von Reisenden) und in den zunehmenden Antibiotika-Resistenzen. Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit, die nicht nur von Person zu Person, sondern auch in geschlossenen Räumen (z. B. auch in Flugzeugen) übertragen werden kann.

Zu den Hauptrisikogruppen zählen Einreisende aus den so genannten Oststaaten (Polen, alle ehemaligen Ostblock-Länder), sowie aus asiatischen und afrikanischen Staaten. Aber auch Fälle von zurückkehrenden UrlauberInnen aus Südeuropa (v. a. Spanien, Kanaren) sind bekannt. MigrantInnen dieser Länder stellen auch

insofern eine Risikogruppe dar, als sie zwar teilweise in ihren Heimatländern behandelt wurden, die Therapie jedoch häufig nicht abgeschlossen wurde. Dadurch kommt es zu Multiresistenzen.

Obwohl die Tuberkulose eine meldepflichtige Krankheit ist, wird davon ausgegangen, dass etwa 20 Prozent der Erkrankten nicht gemeldet sind (von Krankenanstalten, niedergelassenen ÄrztInnen).

Mit Auflassung des Bazillenausscheidergesetzes im April 2002 gilt nur mehr die seit Mai 1998 eingeführte Reihenuntersuchungsverordnung für besonders gefährdete Personengruppen (Asylwerber, Prostituierte, Obdachlose). Reihenuntersuchungen werden jedoch vor allem auch beim Küchen- und Servierpersonal durchgeführt. Es zeigte sich, dass mit den Reihenuntersuchungen viel mehr Fälle entdeckt werden als früher mit dem Bazillenausscheidergesetz.

Eine „moderne“ Infektionskrankheit stellt heute die **HIV-Infektion** bzw. die **AIDS-Erkrankung** dar. Erste Meldungen dieser Krankheit liegen seit Beginn der 1980er Jahre vor, die offizielle Registrierung erfolgt in Österreich seit 1983.

Geschlechtskrankheiten, darunter vor allem Syphilis (Lues) und in den letzten Jahren auch Gonorrhoe (Tripper), gewinnen heute wieder zunehmend an Bedeutung.

Auffallend ist auch die Zunahme an **Hepatitis** (vor allem Hepatitis B und C), deren Ausmaß heute durch bessere Testmöglichkeiten besser abschätzbar ist. Hepatitis A, bis in die 1950er Jahre noch weit verbreitet und seit Anfang der 1960er Jahre meldepflichtig, ist hingegen zurückgegangen, teilweise bedingt durch entsprechende Impfungen. Während diese Infektion früher endemisch war, gilt sie heute als „Reisemitbringsel“, die zwar dann eine weitere Verbreitung durch Schmierinfektion erfährt, jedoch nicht mehr das frühere Ausmaß erreicht.

¹⁴⁴ Vgl. JUNKER (2000), S. 86.

¹⁴⁵ Siehe dazu auch den Bericht „Lebenserwartung und Mortalität in Wien“, Stadt Wien (2003), S. 118.

¹⁴⁶ JUNKER (2000), S. 86. Zur Tuberkulosesterblichkeit 1871–1938 siehe auch Karte 3.6.1/1 im Historischen Atlas von Wien (1990, 4. Lieferung).

¹⁴⁷ Zwischen 1990 und 1994 wurde die Tuberkuloseimpfung nur mehr teilweise in Risikofällen durchgeführt, seit 1998 wird nicht mehr geimpft.

Ebenso wie Hepatitis A war auch die **bakterielle Ruhr** früher eine endemische Erkrankung und tritt heute nur mehr nach Einschleppung aus Urlaubsländern auf.

Zu den Reisekrankheiten zählt auch **Malaria**, wobei es bereits zu zunehmenden Resistenzen der Malaria-Erreger kommt.

Die heute am häufigsten verbreiteten und weiterhin ansteigenden Infektionskrankheiten sind **bakterielle Lebensmittelvergiftungen**, vor allem Campylobacter- und Salmonella-Infektionen.

Diphtherie ist im 20. Jahrhundert zunächst verschwunden, vor allem bedingt durch Impfungen sowie verbesserte soziale Bedingungen. Ende des vorigen

Jahrhunderts kam es jedoch wieder zu einem Anstieg der Diphtherie-Gefahr durch Einschleppung, vor allem aus Russland. Dies führte zu einer Änderung der Impfstrategien in den 90er Jahren sowie zu weltweiten Impfkampagnen.

Typhus und Paratyphus sind heute unbedeutend. Auch **Polio** steht vor der Ausrottung. Seit Mitte 2002 gilt Europa als poliofrei. Allerdings wird aus der ehemaligen UdSSR und den GUS-Staaten vom epidemischen Auftreten von Polio berichtet. Damit ist auch wieder die Gefahr der Einschleppung gegeben.

Influenza ist keine meldepflichtige Infektionskrankheit, doch hat es auch im 20. Jahrhundert große Epidemien gegeben.

Möglichkeiten der Ansteckung

Campylobakter-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.

Legionellen sind Bakterien, die beim Menschen schwere Lungenentzündungen hervorrufen können.

Sie leben vornehmlich im Wasser, in Flüssen und Seen, aber auch in künstlichen Systemen wie Wasserleitungen, Kühl- und Klimaanlage, Whirlpools, Heil- und Schwimmbädern, Kühltürmen, Abwässern, Ultraschallverneblern und Zierspringbrunnen. Die Bakterien vermehren sich bei Temperaturen zwischen 25 und 45°C, sie können aber auch hohe Temperaturen von bis zu 63°C überleben. Die Verdoppelungszeit beträgt im Idealfall 4 Stunden, d. h. Legionellen können sich innerhalb von zwei Tagen um das 4000-fache vermehren. Infektionen entstehen durch das Einatmen von legionellenhaltigen Aerosolen (kleinste Wassertropfchen) wie sie beim Duschen, gewissen Luftbefeuchtern und Klimaanlage entstehen.

Besonders gefährdet von einer Legionellen-Infektion sind Personen über 50 Jahre, Raucher und Personen mit einem angeschlagenen Immunsystem (z. B. Diabetes, Krebs). Die Zeit von der Infektion bis zum Ausbruch der Krankheit beträgt in der Regel 2 bis 10 Tage.¹⁵¹

Scharlach, eine vor allem Kinder betreffende bakterielle Infektionskrankheit (Häufigkeitsmaximum zwischen dem 3. und 10. Lebensjahr), wurde im Berichtsjahr in 334 Fällen gemeldet, Keuchhusten in 12 Fällen.

Bei den **viralen Infektionen** kam es, nach einem deutlichen Rückgang seit 1997, im Jahr 2002 zu einem deutlichen Anstieg der **Hepatitis**-Erkrankungen, und zwar um beinahe das Dreifache, wobei vorwiegend die Hepatitis C betroffen ist. Dies ist zum Großteil auf die Labor-meldepflicht zurückzuführen. Insgesamt erkrankten im Berichtsjahr 343 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 Impfkampagne angesehen werden kann.

Ebenso wie in den beiden Vorjahren wurde auch 2002 kein einziger Fall von **Encephalitiden**, unter welche auch FSME subsumiert wird, gemeldet.

Ein Anstieg der Fälle ist jedoch bei der übertragbaren Genickstarre, **Meningitis** zu beobachten – und zwar sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch hinsichtlich der Durchschnittswerte der letzten drei Jahre.¹⁵² 2002 wurden in Wien 40 Fälle von Meningitis gemeldet; 8 Personen verstarben in Folge dieser Infektion. Das folgende Kapitel ist daher ausführlicher dieser Infektionskrankheit gewidmet.

Die Anzahl der gemeldeten **Malariafällen** betrug 33¹⁵³.

Keine Todesfälle wurden im Berichtsjahr 2002 infolge der **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** gemeldet. In den

¹⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit: <<http://www.bag.admin.ch/infekt/krank/legio/d/index.htm>>.

¹⁵¹ Kantonales Labor Aargau, Amt für Lebensmittelkontrolle, Chemie und Biosicherheit: <http://www.ag.ch/kantonslabor/de/pub/verbraucher_info/badewasser/legionellen.htm#1>.

¹⁵² Meningitisfälle 2002: 40 Fälle; Ø 1999–2001: 24 Fälle.

¹⁵³ Malariafälle 2002: 33 Fälle; Ø 1999–2001: 33 Fälle.

Jahren 1999 bis 2001 wurden in Wien jedes Jahr 3 Todesfälle infolge dieser Infektionskrankheit gemeldet. 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 4.9: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 1999–2002

Infektionskrankheiten	Erkrankungen				Sterbefälle			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Bakterielle Infektionen								
Scharlach	361	445	324	334	–	–	–	–
Diphtherie	–	–	–	–	–	–	–	–
Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	2.145	2.054	2.324	2.582	1	–	–	–
davon: Salmonella-Infektionen	949	956	1.031	1.253	1	–	–	–
Campylobacter-Infektionen	1.030	1.008	1.176	1.265	–	–	–	–
Yersinia-Infektionen	42	42	43	29	–	–	–	–
Shigellen-Infektionen ¹ (bakterielle Ruhr)	117	48	71	32	–	–	–	–
andere Infektionen	7	–	3	3	–	–	–	–
Lepra	–	–	–	–	–	–	–	–
Typhus abdominalis	5	8	3	3	–	–	–	–
Paratyphus	–	1	–	4	–	–	–	–
Cholera	–	–	–	–	–	–	–	–
Tularaemie (Hasenpest)	–	1	–	1	–	–	–	–
Keuchhusten	9	10	10	12	–	–	–	–
Brucellose (Bang'sche Erkrankung)	–	1	–	3	–	–	–	–
Leptospiren-Erkrankungen	–	1	1	1	–	–	–	–
Legionellen	–	–	3	17	–	–	–	1
Virale Infektionen								
Encephalitiden ²	3	–	–	–	–	–	–	–
Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)	–	–	–	–	–	–	–	–
Masern ³	–	–	–	8	–	–	–	–
Hepatitis infectiosa ⁴	250	184	127	343	1	1	–	–
Übertragbare Genickstarre (Meningitis) ⁵	26	14	32	40	3	–	1	8
Chlamydien								
Psittakose (Papageienkrankheit)	–	–	–	–	–	–	–	–
Trachom (infektiöse Bindehautentzündung)	–	–	–	–	–	–	–	–
Protozoen-Erkrankungen								
Malaria	37	23	38	33	–	–	3	–
Amöbenruhr	–	–	3	–	–	–	–	–
Wurmerkrankungen								
Trichinose (importiert)	3	–	–	1	–	–	–	–
Prionen-Infektion								
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung ⁶	–	–	–	–	3	3	3	–
insgesamt	2.839	2.742	2.865	3.376	8	4	7	9

1 26 Shigellen-Infektionen erfolgten außerhalb Wiens.

2 Darunter: 0 Fall von FSME (CEE) und 3 Fälle von Herpes. Seit 1996 sind alle durch Viren hervorgerufenen Encephalitiden meldepflichtig.

3 Masernmeldepflicht seit Dezember 2001.

4 Davon 56 Hepatitis A, 113 Hepatitis B, 174 Hepatitis C.

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

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

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

Bakterielle Meningitiden in Wien 1998–2002

*Dr. Jana STIRLING und StPhys Dr. Christine BRUNS
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/2
Infektionskrankheiten, Schutzimpfungen*

Unter Meningitis versteht man eine Entzündung der Hirnhäute. Bakterien gehören zu den häufigsten Verursachern dieser gefährlicher Erkrankung.

Alle Formen der bakteriellen Meningitis sind nach dem Epidemiegesetz meldepflichtig.

In den Jahren 1998 bis 2002 wurden dem Wiener Gesundheitsamt 144 Erkrankungen an bakterieller Meningitis gemeldet. Bei den Erkrankten handelte es sich um Personen mit Hauptwohnsitz in Wien. An den Folgen dieser Erkrankung starben in diesem Zeitraum insgesamt 19 Personen.

Außerdem wurden im selben Zeitraum 16 Erkrankungen und 2 Todesfälle an Meningokokkensepsis ohne Meningitis gemeldet. Diese sind in den untenstehenden Tabellen und in der Grafik nicht berücksichtigt.

Tabelle 4.10: Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle an bakterieller Meningitis, Wien 1998–2002

Jahr	Bakterielle Meningitis	
	Erkrankungen	Todesfälle
1998	32	6
1999	26	4
2000	14	0
2001	32	1
2002	40	8

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

Die gemeldeten Todesfälle betrafen 3 Säuglinge, 1 Kleinkind, 1 Jugendlichen und 14 Erwachsene.

In den Jahren 1998 bis 2002 wurden vom Wiener Gesundheitsamt 80 Meningokokken-Meningitiden und 36 Pneumokokken-Meningitiden erfasst. Darüber hinaus wurden noch folgende weitere Erreger (in der

folgenden Tabelle zusammengefasst unter „sonstige“) als Ursache für eine bakterielle Meningitis nachgewiesen: Escherichia coli (3 Fälle), Listeria monocytogenes (2 Fälle), Haemophilus influenzae b (1 Fall), Haemophilus influenzae non b (1 Fall), Staphylokokkus aureus (2 Fälle), Pseudomonas aeruginosa (1 Fall).

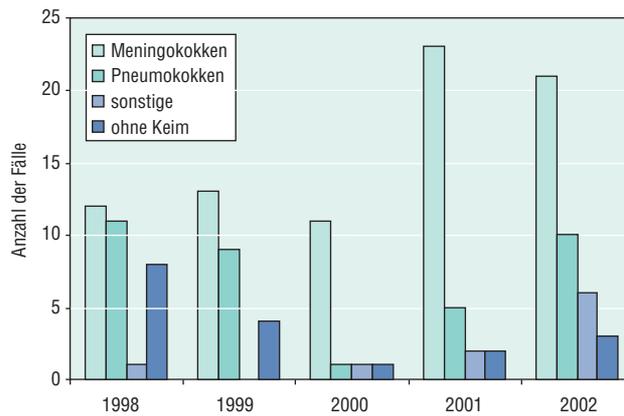
Tabelle 4.11: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002

Jahr	Erreger bakterieller Meningitiden			
	Meningokokken	Pneumokokken	sonstige*	ohne Keimnachweis
1998	12	11	1	8
1999	13	9	0	4
2000	11	1	1	1
2001	23	5	2	2
2002	21	10	6	3

* Escherichia coli (3 Fälle), Listeria monocytogenes (2 Fälle), Haemophilus influenzae b (1 Fall), Haemophilus influenzae non b (1 Fall), Staphylokokkus aureus (2 Fälle), Pseudomonas aeruginosa (1 Fall).

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

Grafik 4.35: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Erregern, Wien 1998–2002



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

Bei der Altersverteilung fällt auf, dass in der Altersgruppe <1 (Säuglinge) und der Altersgruppe der 1 bis <5-Jährigen mehr als ein Drittel (48 Fälle) der gemel-

deten Erkrankungen auftrat. In diesen beiden Altersgruppen waren 26 Knaben und 22 Mädchen von bakterieller Meningitis betroffen.

Tabelle 4.12: Bakterielle Meningitiden, Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht, Wien 1998–2002

Jahr / Geschlecht	Altersgruppen (Jahre)							
	< 1	1 – < 5	5 – < 10	10 – < 15	15 – < 20	20 – < 45	45 – < 65	65 und >
1998								
männlich	1	1	4	1	1	3	1	3
weiblich	0	3	0	1	1	2	4	6
1999								
männlich	1	4	1	1	0	2	5	1
weiblich	1	1	2	2	1	0	4	0
2000								
männlich	2	1	2	0	0	1	1	1
weiblich	1	1	0	0	0	1	1	2
2001								
männlich	6	3	1	0	1	5	0	0
weiblich	3	2	0	2	2	2	2	3
2002								
männlich	3	4	1	2	1	2	1	3
weiblich	7	3	1	3	0	3	2	4

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

Die saisonale Verteilung zeigt, dass im Untersuchungszeitraum über 45 Prozent der durch Meningo- und Pneumokokken bedingten bakteriellen Meningitiden

in den Monaten Jänner bis März gemeldet wurden. Im Gegensatz dazu traten in den Sommermonaten Juni bis August nur etwa 9 Prozent der Erkrankungen auf.

Tabelle 4.13: Bakterielle Meningitiden, saisonale Verteilung der Meningo- und Pneumokokken-Meningitiden, Wien 1998–2002

Jahr / Erregertyp	Monate											
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
1998												
Meningokokken	1	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	2
Pneumokokken	1	1	2	1	4	1	1	0	0	0	0	0
1999												
Meningokokken	3	2	2	0	0	0	2	0	2	1	1	0
Pneumokokken	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
2000												
Meningokokken	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	3	3
Pneumokokken	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001												
Meningokokken	4	2	5	2	1	1	0	2	3	1	0	2
Pneumokokken	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
2002												
Meningokokken	5	5	0	1	1	1	2	0	3	2	0	1
Pneumokokken	0	0	4	2	0	1	0	1	0	1	0	1

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

Schutzimpfungen gegen Meningokokken und Pneumokokken

Gegen Meningokokken-Meningitis können Säuglinge (Serogruppe C) bzw. Kinder und Erwachsene (Serogruppe A, C, W135, Y9) durch eine entsprechende Impfung geschützt werden. Gegen Meningokokken der Se-

rogruppe B, die ca. zwei Drittel aller Meningitiden verursachen, gibt es bisher noch keinen Impfstoff.

Auch die Pneumokokken-Meningitis kann bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen durch das Anwenden entsprechender Schutzimpfungen verhindert werden.

4.6.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 konnte eine deutliche Zunahme der gemeldeten, anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten festgestellt werden (+18 Prozent gegenüber 2001 bzw. +23 Prozent gegenüber 2000). Ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS wurden in Wien im Berichtsjahr insgesamt 3.376 Fälle einer Infektionskrankheit registriert (dies entspricht einer Erkrankungsrate von fast 218 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien).

Wie immer nahmen den weitaus größten Teil (76,5 Prozent) die **bakteriellen Lebensmittelvergiftungen** ein, welche darüber hinaus in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme erfuhren. Nach wie vor gelten als Hauptverursacher Campylobacter- und Salmonella-Infektionen.

Außer der Zunahme bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen ist auch 2002 wieder ein Anstieg bei **Meningitis** (40 Fälle) zu verzeichnen. Darüber hinaus wurden in diesem Jahr in Wien 8 Todesfälle infolge dieser Infektion gemeldet.

Zwischen 1998 und 2002 wurden dem Wiener Gesundheitsamt 144 Erkrankungen (Personen mit Hauptwohnsitz in Wien) an bakterieller Meningitis gemeldet; 19 Personen verstarben in diesem Zeitraum aufgrund dieser Infektion. Außerdem wurden seit 1998 16 Erkrankungen und 2 Todesfälle an Meningokokkensepsis ohne Meningitis gemeldet. Mehr als ein Drittel der gemeldeten Erkrankungen trat bei Säuglingen und Kleinkindern auf. Auffallend ist ein Häufigkeitsspitzen der Erkrankungen in den Monaten Jänner bis März.

Ein enormer Anstieg ist auch bei der infektiösen **Hepatitis** (343 Fälle) zu beobachten.

Erstmals nach den drei vorangegangenen Jahren wurde kein einziger Todesfall infolge einer **Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung** gemeldet.

Summary: Notifiable Infectious Diseases, not Including Tuberculosis, Venereal Diseases and AIDS

In 2002, a marked increase in reported notifiable infectious diseases was observed (+18 percent from 2001, +23 percent from 2000). Not counting cases of tuberculosis, venereal diseases and AIDS, 3,376 cases of infectious diseases were registered in Vienna in the year under review (incidence rate of almost 218 cases per 100,000 inhabitants).

*As always, the vast majority of cases (76.5 percent) were due to **bacterial food poisonings**, which have increased significantly over the last years. Campylobacter and salmonella infections remain the main causes.*

*In addition to this increase in bacterial food poisonings, 2002 also saw an increase in cases of **meningitis** (40 cases in total). 8 deaths due to meningitis were reported in Vienna in 2002.*

Between 1998 and 2002, the Vienna Public Health Office received reports of 144 cases of bacterial meningitis (persons with main residence in Vienna); 19 persons died from this infection in that time period. Additionally, 16 cases of and 2 deaths due to meningococcal sepsis without meningitis were reported since 1998. More than one in three of the reported cases concerned infants and small children. There is a remarkable peak in cases in the months January to March.

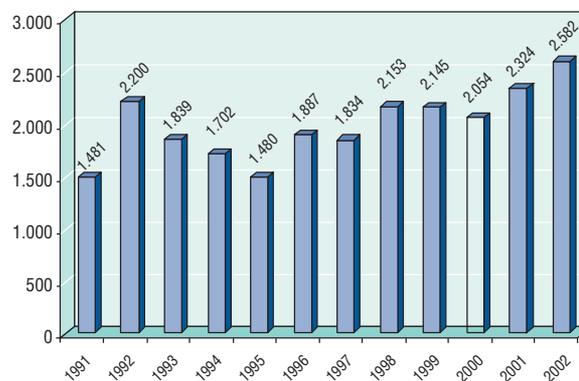
*A significant increase was also observed for infectious **hepatitis** (343 cases).*

*For the first in four years, no deaths due to **Creutzfeldt-Jakob Disease** were reported.*

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 wieder eine leichte (+5 Prozent) und 2002 eine starke Zunahme (+ 18 Prozent) der meldepflichtigen Infektionskrankheiten verzeichnet werden. Dies entspricht einer Rate von 217,7 Personen auf 100.000 EinwohnerInnen in Wien¹⁴⁸, die in diesem Jahr an einer der unten aufgelisteten Infektionskrankheiten erkrankten.

Von den 3.376 im Jahr 2002 registrierten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS) nahmen – wie auch in der Vergangenheit – die bakteriellen **Lebensmittelvergiftungen** bei weitem den größten Teil ein (2.582 Fälle = 76,5 Prozent aller Infektionen). Gleichzeitig ist seit dem Vorjahr auch eine Zunahme der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen zu verzeichnen (+11 Prozent gegenüber 2001 und + 26 Prozent gegenüber 2000). Die starke Zunahme bei den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen seit Mitte der 1990er Jahre ist zum Teil, jedoch nicht ausschließlich, auf die erst seit 1996 meldepflichtig gewordene Campylobacteriose zurückzuführen (siehe unten). Außerdem wurde 2002 die Labormeldepflicht für Erreger von meldepflichtigen Krankheiten eingeführt.

Grafik 4.34: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen Wien 1991–2002



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

So wie in den Vorjahren stellten auch im Berichtsjahr 2002 **Campylobacter-Infektionen** die häufigste bakterielle Lebensmittelvergiftung dar (Campylobacteriose: 1.265 Fälle = 49 Prozent aller Lebensmittelinfektionen), dicht gefolgt von den **Salmonellosen** (1.253 Fälle = 48,5 Prozent). Dazu ist jedoch zu bemerken, dass die Campylobacteriose erst im Sommer 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz als meldepflichtige Erkrankung nach dem Epidemiegesetz¹⁴⁹ 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 Zu-

nahme von Meldungen mitberücksichtigt werden. Zu den Möglichkeiten der Ansteckung siehe Kasten.

Ein deutlicher Rückgang konnte 2002 hingegen bei den **Shigellen-Infektionen** (bakterielle Ruhr) festgestellt werden.

Auffallend im Vergleich zum Vorjahr ist auch der hohe Anteil von gemeldeten 17 **Legionellose**-Fällen („Legionärskrankheit“). Auch in der Schweiz wird von einer Zunahme der Legionellen-Infektionen seit Mitte der 1990er Jahre, insbesondere jedoch seit 2000 berichtet.¹⁵⁰

¹⁴⁸ 2001: 178,4 Personen; 2000: 170 Personen (Infizierte pro 100.000 EinwohnerInnen).

¹⁴⁹ Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, S. 17–20.

4.6.3 Tuberkulose

Zusammenfassung

In Wien leben derzeit rund 1.180 an Tuberkulose erkrankte Personen, wobei mehr Männer als Frauen von dieser Krankheit betroffen sind. Von diesen litten 731 an aktiver Tuberkulose, über die Hälfte davon an offener Tuberkulose.

2002 wurden 432 **Neuerkrankungen** an aktiver Tuberkulose (d. s. 27,7 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen) registriert, was im Vergleich zu den Vorjahren einen Anstieg bedeutet. Die Prävalenz stieg um 3,8 Prozent. 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 2002 wurden 22 Todesfälle infolge einer Tuberkuloseerkrankung gemeldet.

Summary: Tuberculosis

Currently, approximately 1,180 persons with tuberculosis live in Vienna. The incidence is higher among men than among women. Of these patients, 713 have active tuberculosis; more than half of them have open tuberculosis.

*In 2002, 432 **new infections** with active tuberculosis were reported (i.e. 27.7 cases per 100,000 inhabitants), an increase from the previous years. The prevalence increased by 3.8 percent. Socially disadvantaged groups such as immigrants from poorer regions of origin, alcoholics and homeless persons are especially at risk.*

*With respect to **deaths**, a marked reduction can be observed since the early 1980s. While in 1981 the mortality rate for tuberculosis was still 6.4 persons per 100,000 inhabitants, the rate has been fluctuating between 1.4 and 1.7 since 1996. The strikingly low rate of 1.0 for 2001 might in part be due to the lower autopsy rate. In 2002, a total number of 22 deaths from tuberculosis were reported.*

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 an aktiver Tuberkulose Leidender 10 bis 15 Menschen an.¹⁵⁴

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

Auch in Österreich bzw. in Wien gewinnt die Tuberkulose wieder an Bedeutung. Die Erkrankung tritt vor allem innerhalb bestimmter Risikogruppen bzw. Risiko-

¹⁵⁴ WHO, Fact Sheet No.104, April 2000.

bereiche auf. Die beiden Hauptursachen bilden zum einen die Einschleppung der Krankheit durch MigrantInnen und UrlauberInnen, zum anderen Antibiotika- und Multi-Resistenzen (häufig entstanden durch abgebrochene Therapien). Bekannte Risikoländer stellen dabei die Oststaaten (Polen sowie alle ehemaligen Ostblock-Länder) sowie viele asiatische und afrikanische Staaten dar. Aber auch heimkehrende UrlauberInnen aus Südeuropa (vor allem Spanien, Kanaren) sind nicht selten mit dieser Erkrankung infiziert.

Die Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit, welche nicht nur von Person zu Person, sondern auch in geschlossenen Räumen übertragen wird. Flugzeuge bilden daher eine weitere Gefahrenquelle der Infektion.

Obwohl es sich bei der Tuberkulose um eine meldepflichtige Krankheit handelt, sind etwa 20 Prozent der Erkrankten von den Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen nicht gemeldet. Mit April 2002 wurde das Bazillenausscheidergesetz aufgelassen. Seit Mai 1998 ist jedoch die Reihenuntersuchungsverordnung für besonders gefährdete Risikogruppen (AsylwerberInnen, Prostituierte, Obdachlose, Küchen- und Servierpersonal) in Kraft. Wie sich zeigte, konnten damit weitaus mehr Fälle entdeckt werden als aufgrund des Bazillenausscheidergesetzes.

Derzeit leben in **Wien** rund 1.180 an Tuberkulose erkrankte Personen (davon 731 Personen mit aktiver Tuberkulose), die einer besonderen Betreuung, sowie der Behandlung und Überwachung durch Lungenfachärzte und die Tuberkulosefürsorge bedürfen. Die größten Risikogruppen und damit die meisten seuchenhygienischen und therapeutischen Anliegen stellen nach wie vor sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie Alkoholranke, Obdachlose und ärmere MigrantInnen dar.

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose blieb zwischen 1981 und 1996 – mit Ausnah-

me 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 25,9 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen (389 Fälle). Im Berichtsjahr 2002 ist jedoch wieder ein Anstieg bei den Neuerkrankungen um rund 10 Prozent zu verzeichnen (432 Fälle bzw. 27,7 Fälle auf 100.000 EinwohnerInnen).

Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia und Ib), der seuchenhygienisch bedeutendsten Gruppe, sind 2002 gegenüber 2001 fast gleich geblieben (minus 3 Personen). Der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) ist gleich groß.

Der Anteil der MigrantInnen bei den Erkrankungen aller aktiven Tuberkuloseformen ist sehr wechselnd: Seit 1987 schwankt er zwischen 15 und 39 Prozent. 2002 betrug der MigrantInnenanteil bei allen Tuberkuloseformen 40 Prozent; auffallend hoch war dabei der Anteil an extrapulmonalen Formen (42,2 Prozent; Lymphknoten-TBC: 44,1 Prozent).

Diese Zahlen weisen auf die **sozialen Ursachen** der Tuberkulose-Erkrankung hin: MigrantInnen 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 im Zeitraum 1997 bis 2001 zwischen 12 und 27 Fällen. Im Jahr 2002 erkrankten 29 Kinder (davon 12 österreichische) an Tuberkulose.

Tabelle 4.14: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–2002

Jahr	Kategorie*			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	234	91	64	389	23,9
2002	231	137	64	432	27,7

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

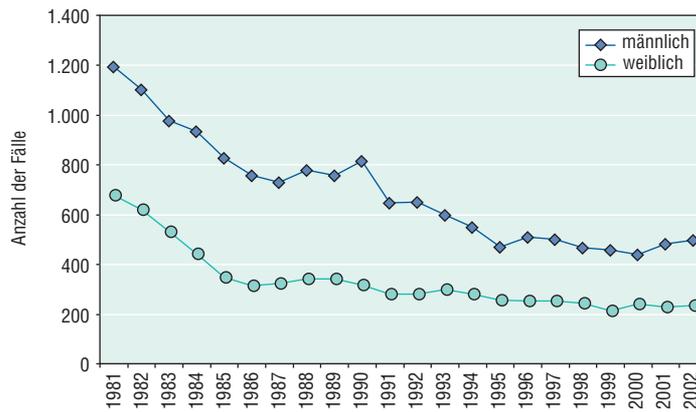
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

Im Berichtsjahr lebten insgesamt 731 Personen mit aktiver Tuberkulose in Wien. Dies ergibt eine **Prävalenz** von 46,8 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien. Nahezu die Hälfte der PatientInnen leidet an offener Tuberkulose (353 Fälle). Gegenüber 2001 (712 Fälle bzw. 44,3 Fälle pro 100.000) stieg die Prävalenz der Personen mit aktiver Tuberkulose leicht an, wobei diese Zunahme auf einen Anstieg bei den Män-

nern zurückzuführen ist. Trotz des Anstieges im Jahr 2002 entspricht der Wert annähernd dem des Jahres 1995.

Insgesamt sind von der Tuberkulose mehr Männer als Frauen betroffen. Derzeit leiden mehr als doppelt so viele Männer (497 Fälle) als Frauen (234 Fälle) an dieser Krankheit.

Grafik 4.36: Personen mit aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1981–2002



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

Tabelle 4.15: Personen mit aktiver Tuberkulose, Wien 1981–2002

Jahr	aktive Tuberkulose			davon: offene Tuberkulose*		
	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
2002	234	497	731	96	257	353

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

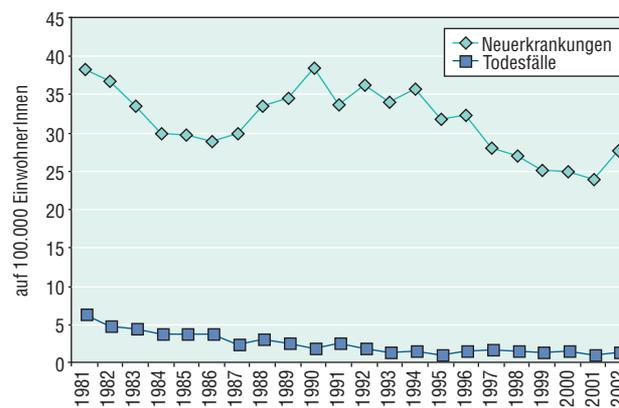
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/3 Tuberkulosebekämpfung.

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 Jahr 2001 machten 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

(Lungenentzündung) als Todesursache gemeldet. Die im Jahr 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.

2002 wurden in Wien 22 Todesfälle an Tuberkulose gemeldet (davon 15 Männer und 7 Frauen). Dies entspricht einer Sterberate von 1,4 pro 100.000 EinwohnerInnen in Wien.

Grafik 4.37: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–2002



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

Tabelle 4.16: Todesfälle an Tuberkulose* 1981–2002

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
2002	7	0,9	15	2,0	22	1,4

* 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 seit 2001 statistisch um 3,6 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 2002 wurden 3.386 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.

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des HIV/AIDS Programms der Vereinten Nationen UNAIDS sind weltweit rund 40 Millionen Menschen direkt von HIV/AIDS betroffen. Im Jahr 2002 haben sich 5 Millionen Menschen mit der Immunschwächekrankheit neu infiziert, davon 90 Prozent in den Entwicklungsländern. Besonders dramatische Entwicklungen sind in Russland, China und Indien zu verzeichnen.¹⁵⁶ Die Zahl der jährlichen Todesopfer beträgt rund 3 Millionen; etwa 500.000 davon sind Kinder. Rund 25 Millionen Menschen sind bisher an der Immunschwächekrankheit gestorben. 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.¹⁵⁷

Österreich

In Österreich beläuft sich die Anzahl der **HIV-infizierten** Personen in den letzten Jahren konstant 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, Sprizentausch, 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.¹⁵⁸

Bis Ende 2002 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 2.215 **Erkrankungen an AIDS** gemeldet; 1.321 Personen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben (60 Prozent aller Erkrankten). Somit gab es Ende 2002 in Österreich 894 AIDS-PatientInnen.¹⁵⁹

Im Jahr 2002 wurden in Österreich 63 Fälle von Neuerkrankungen an AIDS gemeldet, 4 Personen sind im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben. Wenngleich die Neuerkrankungen gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen sind, weisen sie seit dem Jahr 1987 den zweitniedrigsten Wert auf. Die niedrige Anzahl der **Todesfälle** stellt seit Beginn der Registrierung im Jahr 1983 einen absoluten Tiefststand dar (vgl. *Tabelle 4.17*).

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 (siehe unten).

¹⁵⁶ Aids Hilfe Wien: <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>; UNAIDS: <<http://www.unaids.org>>.

¹⁵⁷ HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000.

¹⁵⁸ Aids Hilfe Wien: <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>.

¹⁵⁹ Stand: 11 Juli 2003.

Trotz gleichbleibend hoher Infektionsraten kann man daher vorerst eine rückläufige Tendenz in der AIDS-Entwicklung konstatieren. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die verbesserten Möglichkeiten der anti-retroviralen Therapie den Ausbruch der Krankheit verzögern und deshalb in Zukunft mit einer erhöhten Prävalenz zu rechnen ist. Die Präventionsarbeit muss daher nach wie vor in Richtung Verhinderung einer Infektion gehen.

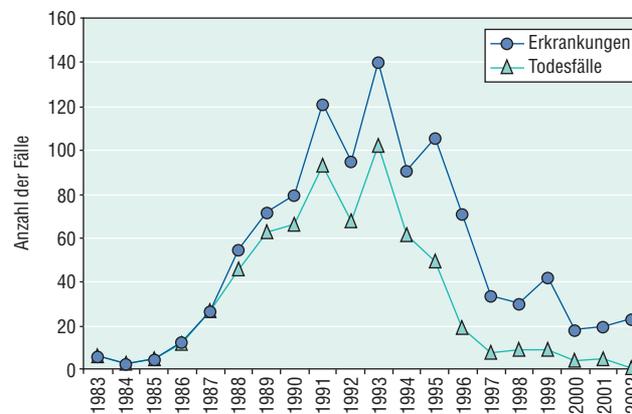
Wien

In Wien wurden von 1983 bis Ende 2002 insgesamt 1.064 AIDS-Erkrankte registriert; 656 Personen (62

Prozent aller Erkrankten) verstarben im selben Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit.

Im Berichtsjahr 2002 wurden in Wien 23 Fälle von Neuerkrankungen an AIDS und ein Todesfall infolge dieser Krankheit gemeldet. Die Zahl der Neuerkrankungen ist seit 2000 leicht gestiegen, bei den Todesfällen stellt dieser Wert mit Abstand den niedrigsten Wert seit 1987 dar (siehe Grafik 4.38 und Tabelle 4.18). Als Ursache dieser Entwicklung kann der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden, welche sowohl den Ausbruch der Krankheit verzögert als auch die Mortalitätsrate senkt.

Grafik 4.38: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, Wien 1983–2002



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Tabelle 4.17: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–2002*

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
1983	6	6	10	9
1984	3	3	9	8
1985	5	5	28	26
1986	13	12	27	24
1987	27	27	87	76
1988	55	46	108	93
1989	72	63	144	122
1990	80	66	164	129
1991	121	93	201	155
1992	95	68	192	143
1993	140	102	236	174
1994	91	61	168	108
1995	106	49	207	91
1996	71	19	139	38
1997	34	8	100	34
1998	30	9	99	27
1999	42	9	101	22
2000	18	4	82	25
2001	20	5	50	13
2002	23	1	63	4
insgesamt	1.064	656	2.215	1.321

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. Juli 2003).

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 2002 mit 23 Fällen der besonders niedrige Wert der Vorjahre zwar leicht überschritten, doch liegt die Zahl noch immer bedeutend unter jenen der Jahre zuvor.

Nach wie vor liegen die Werte der Frauen zwar deutlich unter jenen der Männer, doch ist in diesem Jahr ein starker Anstieg bei den Frauen (8 Fälle) im Vergleich

zum weiteren Rückgang bei den Männern (15 Fälle) zu verzeichnen (siehe Tabelle 4.10).

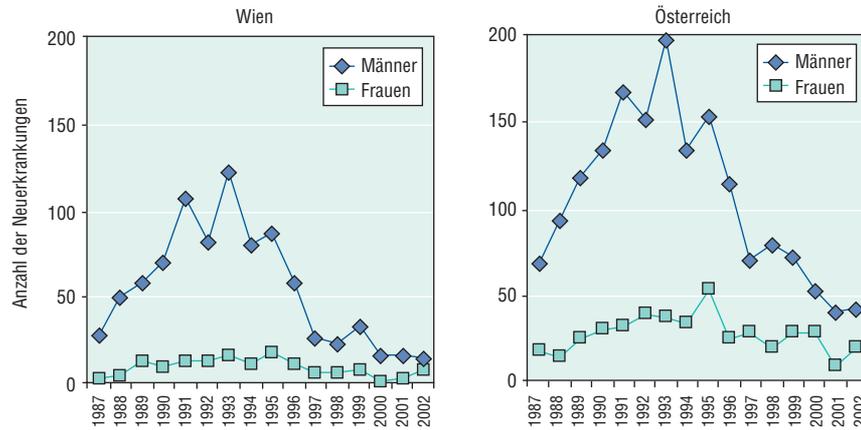
Insgesamt sind in Wien seit 1983 (bis Ende 2002¹⁶⁰) 905 Männer und 152 Frauen an AIDS erkrankt. 571 Männer und 85 Frauen sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit gestorben.

Österreichweit sind im Zeitraum 1983 bis 2002¹⁶¹ insgesamt 1.766 Männer und 449 Frauen an AIDS erkrankt. 1.321 Personen (davon 1.083 Männer und 238 Frauen) sind an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben. Bei den Todesfällen ist insbesondere seit 2000 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

¹⁶⁰ Stand: 11. Juli 2003.

¹⁶¹ Stand: 11. Juli 2003.

Grafik 4.39: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–2002 (Wien und Österreich)



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Tabelle 4.18: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, Wien und Österreich 1987–2002*

Jahr	Wien						Österreich					
	insgesamt		Frauen		Männer		insgesamt		Frauen		Männer	
	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**	neu	kumulativ**
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	164	577	30	95	134	482
1991	121	387	13	46	108	341	201	778	32	127	169	651
1992	95	482	13	59	82	423	192	970	39	166	153	804
1993	140	622	17	76	123	546	236	1.206	38	204	198	1.002
1994	91	713	11	87	80	626	168	1.374	33	237	135	1.137
1995	106	819	19	106	87	713	207	1.581	53	290	154	1.291
1996	71	890	12	118	59	772	139	1.720	24	314	115	1.406
1997	34	924	7	125	27	799	100	1.820	29	343	71	1.477
1998	30	954	6	131	24	823	99	1.919	20	363	79	1.556
1999	42	996	8	139	34	857	101	2.020	28	391	73	1.629
2000	18	1.014	2	141	16	873	82	2.102	29	420	53	1.682
2001	20	1.034	3	144	17	890	50	2.152	9	429	41	1.723
2002	23	1.057	8	152	15	905	63	2.215	20	449	43	1.766

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

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

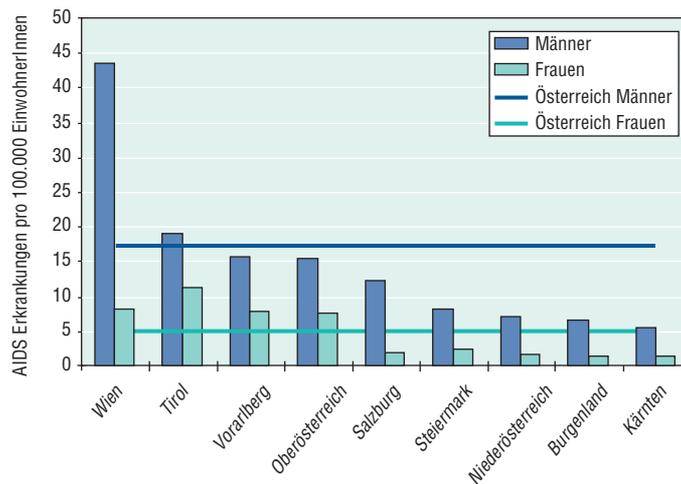
Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

Wien im Bundesländervergleich

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien im Berichtsjahr 2002 zwar mit 25 Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen die höchste **Prävalenz**¹⁶² aufweist, gefolgt von Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich, doch liegt Wien bei der **Inzidenz**¹⁶³ mit 1,4 Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen an zweiter Stelle hinter Tirol, dicht gefolgt von Vorarlberg (siehe Grafik 4.40 und Tabelle 4.19).

Wie ersichtlich, weisen neben Wien insbesondere die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich hohe Inzidenz- und Prävalenzwerte auf. Die Ursache für die hohen Erkrankungsraten 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 Kärnten, das Burgenland, Niederösterreich und die Steiermark die günstigsten diesbezüglichen Werte aufzuweisen.

Grafik 4.40: AIDS-Erkrankungen in den einzelnen Bundesländern, Prävalenz Ende 2002



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003); Bevölkerungszahlen von 2001, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁶² Prävalenz: Gesamtzahl der Erkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen zu einem bestimmten Zeitpunkt (hier: alle registrierten Fälle seit 1983 bis Ende 2002, ausgenommen Verstorbene).

¹⁶³ Inzidenz: Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen in einem bestimmten Jahr.

Tabelle 4.19: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 2002 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Bundesland	Erkrankungen absolut					
	Neuerkrankungen			Gesamtzahl der Erkrankungen		
	Jänner 2002 – Dezember 2002			Kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	8	15	23	152	905	1.057
Niederösterreich	1	3	4	16	108	124
Oberösterreich	3	4	7	131	250	381
Steiermark	2	4	6	33	142	175
Burgenland	0	1	1	5	19	24
Kärnten	0	4	4	6	19	55
Salzburg	0	2	2	14	71	85
Tirol	5	6	11	66	160	226
Vorarlberg	1	4	5	26	62	88
Österreich	20	43	63	449	1.766	2.215
Bundesland	Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen					
	Inzidenz – Neuerkrankungen auf 100.000 EW zwischen Jänner 2002 – Dezember 2002			Prävalenz – Gesamtzahl der Erkrankungen, ausgenommen Verstorbene, bis einschließlich 2002 – auf 100.000 EW		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	0,94	1,95	1,43	7,95	43,61	24,93
Niederösterreich	0,12	0,39	0,25	1,51	6,97	4,19
Oberösterreich	0,42	0,58	0,50	7,67	15,29	11,41
Steiermark	0,32	0,68	0,49	2,26	8,02	5,07
Burgenland	–	0,73	0,35	1,40	6,63	3,94
Kärnten	–	1,46	0,71	1,37	5,51	3,37
Salzburg	–	0,79	0,38	1,86	12,34	6,93
Tirol	1,44	1,82	1,63	11,29	19,11	15,11
Vorarlberg	0,56	2,29	1,42	7,89	15,51	11,66
Österreich	0,47	1,08	0,77	5,05	17,26	10,99

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003); Bevölkerungszahlen von 2001, Statistik Austria; eigene Berechnungen.

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 riskanten Verhalten in Bezug auf eine HIV-Infektion. Während die Neuerkrankungen aufgrund homo- oder bisexueller Kontakte sowie aufgrund intravenösen Drogenkonsums deutlich zurückgegangen sind, kam es zu einem gravierenden Anstieg der Infektionen (um beinahe das Doppelte im Vergleich zum Vorjahr) bei den heterosexuellen Kontakten. Davon betroffen waren beide Geschlechter, vermehrt jedoch Frauen (siehe Tabelle 4.12).

Während also die verschiedenen Präventionsprogramme hinsichtlich Aufklärung, Verwendung von Kondomen in der Gruppe der Homo-/Bisexuellen, Ersatzdrogenprogramme, Spritzentausch, etc. (Greifen der Drogenpolitik in den 90er Jahren) als sehr erfolgreich anzusehen sind, kam es in den letzten Jahren zu einer eindeutigen Verschiebung des Risikos in Richtung ungeschützter Verkehr bei DrogenkonsumentInnen und Heterosexuellen.

Insbesondere heterosexuelle **Frauen** sind von diesem Risiko verstärkt betroffen. 2002 waren bei den Frauen 70 Prozent der Neuerkrankungen auf eine Infektion infolge heterosexueller Kontakte zurückzuführen. 25 Prozent der Infektionen bei den Frauen erfolgten aufgrund von intravenösem Drogenkonsum.

Bei den **Männern** betrug der Anteil der Erkrankungen aufgrund heterosexueller Kontakte im Jahr 2002 rund 37 Prozent, während 21 Prozent auf homo- oder bise sexuelle Kontakte und 12 Prozent auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen waren.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Statistik zu den Hauptbetroffenengruppen zum Teil auf Doppel- und Dreifachnennungen beruht (Test im Labor, Krankenhaus, etc.). Die Interpretation der vorhan-

denen Daten kann deshalb nur als Annäherung zur tatsächlichen Situation verstanden werden. Es wird jedoch angenommen, dass Homosexuelle die größte Risiko- bzw. Hauptbetroffenengruppe darstellen.

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

Tabelle 4.20: AIDS-Hauptbetroffenengruppen in Österreich, 2002*

Hauptbetroffenengruppen	Anzahl der Neuerkrankungen					
	insgesamt		Männer		Frauen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
homo-/bisexueller Kontakt	9	14,3	9	20,9	–	–
intravenöse Drogen (IVDU)	10	15,9	5	11,6	5	25,0
homo-/bisexuell + IVDU	3	4,8	3	7,0	–	–
hämophil	–	–	–	–	–	–
Transfusionsempfänger	1	1,6	1	2,3	–	–
heterosexueller Kontakt	30	47,6	16	37,2	14	70,0
Mutter zu Kind	–	–	–	–	–	–
nosokomiale Infektion	–	–	–	–	–	–
anderes/unbekannt	10	15,9	9	20,9	1	5,0
insgesamt	63	100,0	43	100,0	20	100,0

* Diese Statistik beruht zum Teil auf Doppel- und Dreifachnennungen.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abt. III/A/4 (Stand: 11. 7. 2003).

4.6.4 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

In **Österreich** beläuft sich die Anzahl der HIV-Infizierten konstant 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 (trotz einem leichten Anstieg im Jahr 2002 gegenüber 2001) als auch bei den Todesfällen infolge einer AIDS-Erkrankung ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die im Jahr 2002 verzeichneten 4 Todesfälle stellen sogar den absoluten Tiefstand seit Beginn der Registrierung im Jahr 1983 dar. Als Hauptursache für diese Rückgänge wird der Einsatz der antiretroviralen Therapie (Kombinationstherapie) genannt, aber auch die erfolgreiche Präventionsarbeit insbesondere in Bezug auf die beiden Hauptbetroffenengruppen, 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 2002 insgesamt 1.064 AIDS-Erkrankte registriert, von diesen sind im gleichen Zeitraum 656 an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit verstorben (62 Prozent). Im Berichtsjahr 2002 erkrankten 23 Personen an AIDS (15 Männer und 8 Frauen), 1 Person starb an den Folgen dieser Krankheit.¹⁵⁵

Der Bundesländervergleich zeigt, dass Wien mit derzeit 25 Erkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen die höchste Prävalenz aufweist. Aber auch die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich weisen hohe Raten auf.

Summary: AIDS and HIV Infections

The number of HIV infected persons in Austria remains relatively constant between approx. 12,000 and 15,000; roughly half of them (approx. 7,000 persons) live in Vienna. An increase in new HIV infections – mainly among heterosexuals – can be observed.

Despite the increase in HIV infections, there has been a marked reduction in both new AIDS cases (despite a slight increase from 2001 to 2002) and AIDS-related deaths in Austria. With only 4 deaths the death rate in 2002 is the lowest ever since the recording was started in 1983. The use of antiretroviral therapy (combination therapy) is considered the main reason for this reduction, but successful prevention work, in particular in the two key risk groups – i.e. homosexual and bisexual men and intravenous drug users – has also contributed significantly to this success.

While the majority of infected persons are still men, the risk for infections from heterosexual contacts has increased over the last years, especially for women. Intensified prevention measures are necessary in this area.

Between 1983 and the end of 2002, a total of 1,064 AIDS cases were registered in Vienna; in the same time frame, 656 of these patients died from the immunodeficiency syndrome (62 percent). In 2002, 23 persons developed AIDS (15 men and 8 women), and one person died from this disease.¹⁵⁵

A comparison of the nine federal provinces shows that Vienna currently has the highest prevalence, with 25 cases per 100,000 inhabitants. However, the federal provinces of Tyrol, Vorarlberg and Upper Austria also present high rates.

¹⁵⁵ Stand jeweils 11. Juli 2003. Data from 11 July 2003.

Tabelle 4.21: Geschlechtskrankheiten in Wien, 2000 bis 2002

angezeigte Neuerkrankungen	gesamt in Wien			festgestellt in der STD*-Ambulanz		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Gonorrhoe (Tripper)	293	413	846	44	71	219
Männer	206	297	593	17	21	88
Frauen	87	116	253	27	50	131
Lues (Syphilis)	176	228	286	19	36	64
Männer	98	128	167	10	12	27
Frauen	78	100	119	9	24	37
insgesamt**	469	641	1.132	63	107	283

** STD = Sexually Transmitted Diseases

* Im Jahr 2002 wurde keine Erkrankung an Lymphogranuloma venereum und keine Erkrankung an Ulcus molle gemeldet.

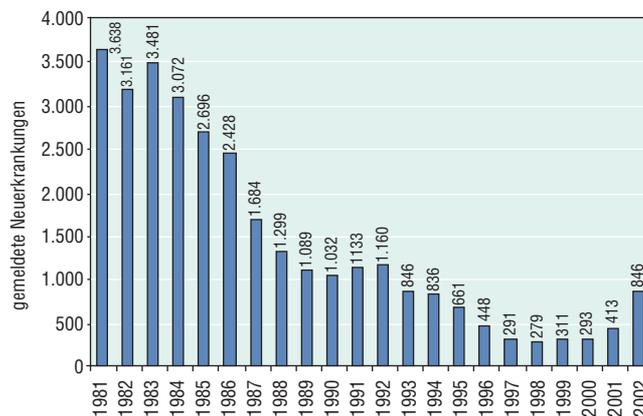
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Gonorrhoe (Tripper)

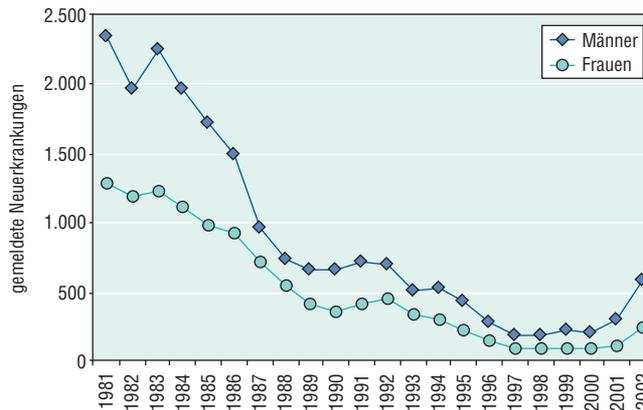
Die Gonokokkeninfektion (Gonorrhoe; der so genannte „Tripper“) ist zwar nach wie vor die häufigste der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten; jedoch hat sich das Verhältnis von Gonorrhoe zur zweithäufigsten Geschlechtskrankheit, der Lues, seit 1990 von etwa 9:1 auf 3:1 (im Jahr 2000 sogar nur 1,7:1) geändert. Waren

1990 noch 1.032 Neuerkrankungen an Gonorrhoe festzustellen, erreichte die Anzahl der gemeldeten Tripperfälle 1998 mit 279 ihren Tiefststand. 2000 gab es einen leichten Anstieg, 2001 waren es dann bereits 413 Fälle und 2002 stieg die Zahl der Gonorrhoe-Erkrankungen in ganz Wien mit 846 auf mehr als das Doppelte gegenüber dem Vorjahr an. Dies entspricht einem Anstieg um fast 300 Prozent gegenüber 2000!

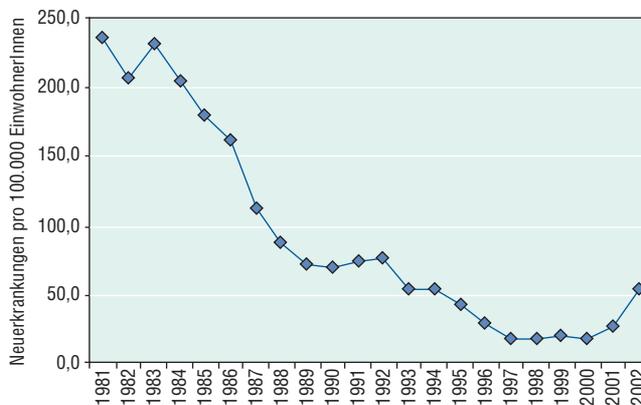
Grafik 4.42: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002



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

Grafik 4.43: Angezeigte Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002

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

Grafik 4.44: Gonorrhoe, Entwicklung der Inzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen, nicht standardisiert), Wien 1981–2002

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

Auch im STD-Ambulatorium konnte in den letzten beiden Jahren ein deutlicher Anstieg der Gonorrhoe-Erkrankungen festgestellt werden. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Anstieg im Berichtsjahr 2002 mehr als das Doppelte (219 versus 71 Fälle). Wie bei der Syphilis sind auch beim Tripper vor allem junge Menschen und hier wiederum vorwiegend Frauen (wenngleich etwas weniger krass ausgeprägt als bei den Syphilis-Erkrankungen) betroffen.

Syphilis (Lues)

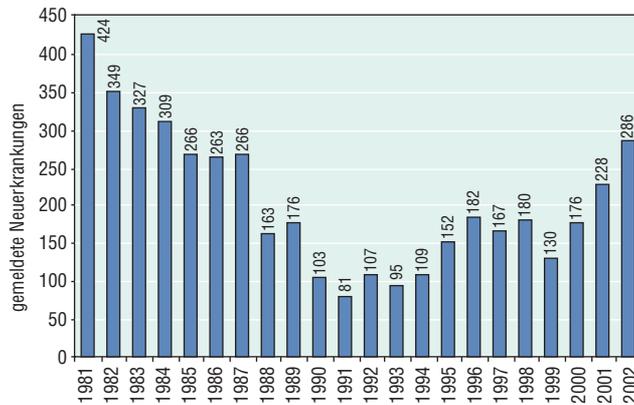
Die Syphilis (harter Schanker) ist die zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang sowohl der Gesamtzahlen der Geschlechtskrankheiten als auch der Fälle von Gonorrhoe in den 90er Jahren, zeichnete sich bereits seit 1994 (nach dem AIDS-Höhepunkt) ein kräftiger Anstieg dieser Geschlechtskrankheit ab.¹⁶⁴

¹⁶⁴ 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.

Mit den aus ganz Wien gemeldeten 286 Fällen ergab sich 2002 ein neuerlicher deutlicher Anstieg von 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr (228 Fälle) bzw. ein Gesamtanstieg von 62 Prozent gegenüber dem Jahr 2000. Sowohl der relative Anstieg als auch die Anzahl

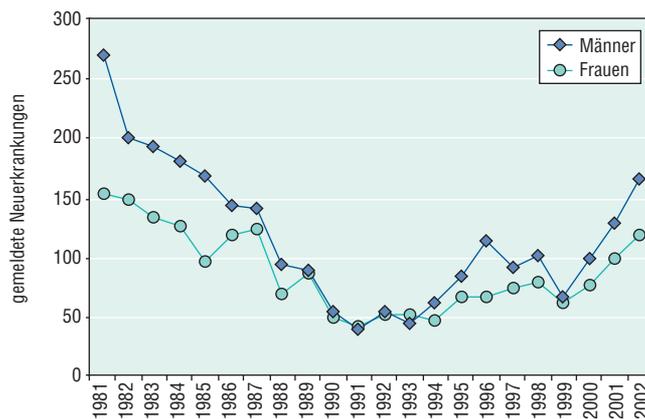
der Fälle ist bei den Männern höher als bei den Frauen (siehe Grafik 4.46). Die folgenden Grafiken veranschaulichen die Entwicklung der in ganz Wien registrierten Fallzahlen sowie die Entwicklung der Inzidenz seit 1981.

Grafik 4.45: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2002



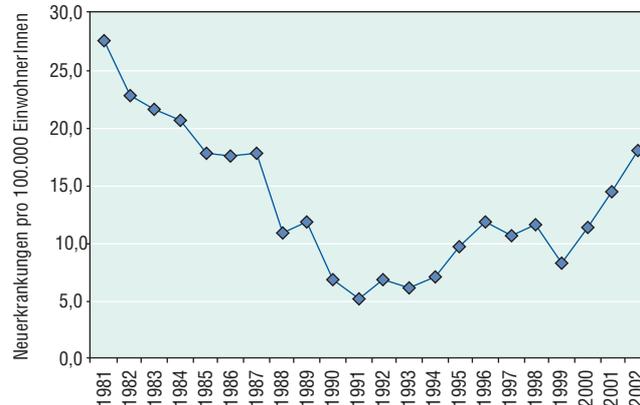
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat I/4 STD-Ambulatorium.

Grafik 4.46: Angezeigte Syphilis-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2002



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

Grafik 4.47: Syphilis, Entwicklung der Inzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen, nicht standardisiert), Wien 1981–2002



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

Auch im STD-Ambulatorium der MA 15 nahmen die Syphilisfälle in den letzten beiden Jahren drastisch zu. Wurden im Jahr 2000 noch 19 Fälle registriert, waren es im Jahr 2001 bereits 36 Fälle und im Berichtsjahr 2002 sogar 64 Fälle. Dies entspricht einer Zunahme von fast 80 Prozent gegenüber dem Vorjahr bzw. um mehr als das dreifache gegenüber 2000.

Bei einem Großteil der Erkrankungsfälle handelt es sich um ein frühes Stadium der Syphilis (Erkrankungsdauer kürzer als ein Jahr, nach CDC), das heißt um frische Infektionen. Dies ist epidemiologisch insofern von Bedeutung, als die Syphilis in frühen Stadien infektiös ist, während sie in der späteren Latenzphase nicht und in Spätstadien je nach Klinik ebenfalls nicht bis kaum ansteckend ist.

2002 wurde bei 20 Personen eine Lues I, bei 22 Personen eine Lues II festgestellt. In 10 Fällen handelte es sich um eine frühlatente und nur in 11 Fällen um eine spätlatente Syphilis (späteres Stadium der Erkrankung).

Vor allem junge Menschen (und hier insbesondere Frauen) sind von der Gefahr einer Infektion an einer Geschlechtskrankheit betroffen. Die an Syphilis erkrankten Frauen sind fast alle im gebärfähigen Alter. Seit 1997 treten in Wien jedes Jahr auch mehrere Fälle einer angeborenen Syphilis auf. Die Syphilis ist somit weder ausgestorben noch ein Relikt der Veteranen der Weltkriege. Dies ist insbesondere in Hinblick auf Präventionsansätze und Aufklärungskampagnen bedeutend.

Andere Geschlechtskrankheiten

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

4.6.5 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Wie bereits in den vorangegangenen Jahren war auch 2002 ein erheblicher Anstieg der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen (+76,6 Prozent). Sowohl die Anzahl der gemeldeten Fallzahlen von Syphilis (Lues) als auch von Gonorrhoe (Tripper) wiesen einen deutlichen Anstieg auf.

Betrug 1990 das Verhältnis von Gonorrhoe zu Syphilis 90:10, so änderte sich dieses bis 2002 auf 75:25 Prozent. Die Gonorrhoe stieg auf 846 gemeldete Fälle deutlich an (+105 Prozent gegenüber 2001), die Syphilis um 25 Prozent auf 286 Fälle.

Summary: Venereal Diseases

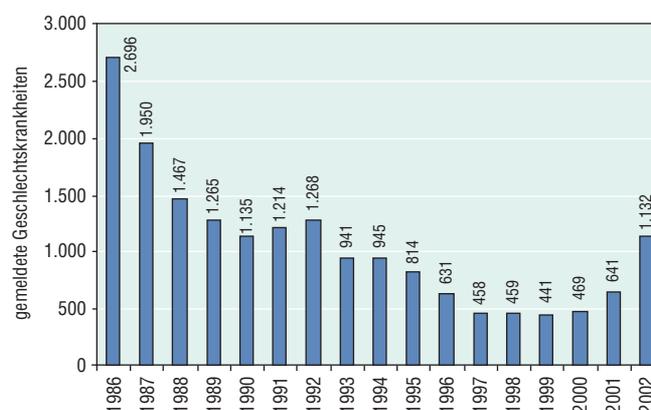
Just as in the previous years, 2002 saw a considerable increase in the number of venereal diseases (+76.6 percent). The number of notified cases of both syphilis and gonorrhoea increased significantly.

While in 1990 the ratio of gonorrhoea to syphilis was 90:10, this has shifted to 75:25 in 2002. The incidence of gonorrhoea has increased to 846 reported cases (a 105 percent increase from 2001), and syphilis by 25 percent to 286 cases.

Die Häufigkeit neu aufgetretener, anzeigepflichtiger Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Lues, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle) steigt seit 2000 deutlich an. Dieser Anstieg bei den Geschlechtskrankheiten ist jedoch nicht nur in Wien und Österreich zu verzeichnen, sondern insbesondere auch in den Ländern des ehemaligen Ostblocks. Auch in Schweden, Großbritannien und den USA wird von einem Ansteigen sexuell übertragbarer Krankheiten berichtet. Offenbar ist die in den 90er Jahren verstärkte Angst vor HIV mittlerweile in Vergessenheit geraten.

2002 betrug die Gesamtzahl der in ganz Wien gemeldeten Geschlechtskrankheiten 1.132. Dies entspricht einem Anstieg um 241 Prozent gegenüber 2000 bzw. 76,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. 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 105 Prozent, gegenüber 2000 um fast 300 Prozent.

Grafik 4.41: Gemeldete Geschlechtskrankheiten (insgesamt) in Wien, 1986–2002



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

4.6.6 Influenza und grippale Infekte

Zusammenfassung

Während der sieben Wochen dauernden, aber milden Influenza-Welle des Winters 2002/2003 erkrankten in Wien etwa 119.000 Menschen an dieser Infektionskrankheit.

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

Summary: Influenza

During the influenza epidemic of the winter of 2002/2003, which lasted seven weeks but was rather light, approximately 119,000 persons in Vienna contracted this disease.

The Public Health Office received no reports of deaths from influenza that winter (influenza is not a notifiable disease).

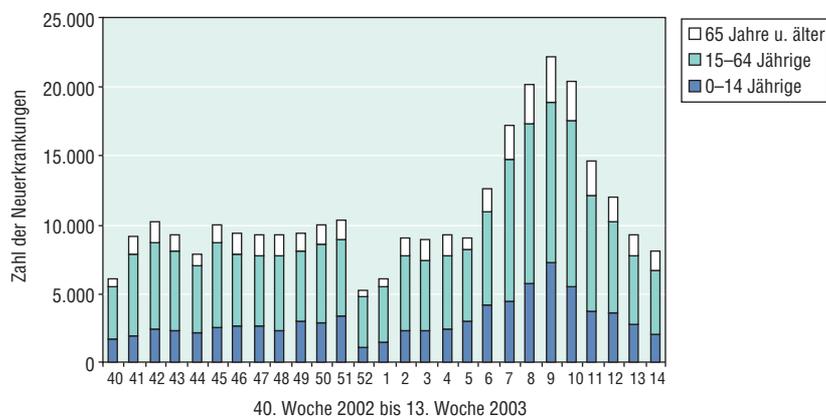
Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza und grippalen Infekten sowie die durch Influenza-Viren hervorgerufenen Epidemien werden in Wien durch ein Grippeinformationssystem der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen erfasst (Meldepraxen).

Von diesem Grippe-Informationsdienst wurde in der 6. Woche des Jahres 2003 der Beginn einer Influenza-Welle registriert. Verantwortlich für die Epidemie war das Influenza A (H3N2)-Virus. Der Höhepunkt der Epidemie wurde mit 22.100 Neuerkrankungen in der 9.

Woche des Jahres 2003 erreicht. In der 5. Kalenderwoche zeichnete sich eine 2. Spitze mit 12.800 Neuerkrankungen ab. Der Jahreszeit entsprechende „Normalwert“ wurden erst wieder in der 9. Kalenderwoche 2002, 10 Wochen nach Beginn, ermittelt. Während dieser Periode erkrankten in Summe etwa 119.000 Fälle.

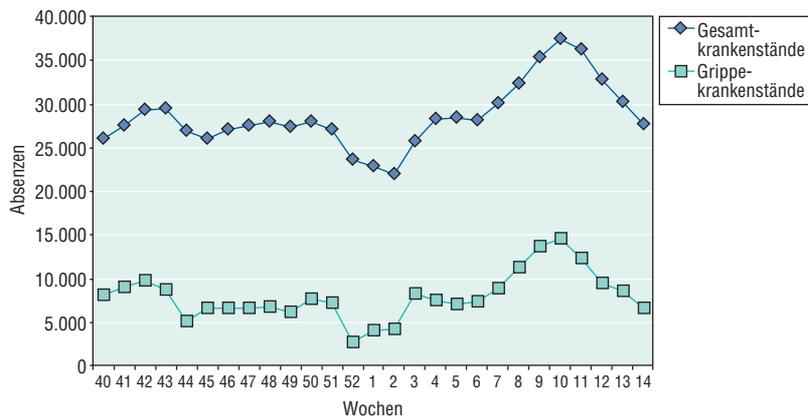
Eine Meldepflicht für Todesfälle an Influenza besteht nicht. Internationalen Untersuchungen zufolge muss jedoch während einer Influenza-Epidemie mit 2 bis 50 Toten pro 100.000 EinwohnerInnen gerechnet werden.

Grafik 4.48: Neuerkrankungen an Influenza/grippalen Infekten, Winter 2002/2003



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

Grafik 4.49: Wöchentliche Absenzen Winter 2002/2003 (laut Meldungen der WGKK)



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

Tabelle 4.22: 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
2002/03	A (H3N2)	22.100	5,8	9,0

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Dezernatsleitung V.

Auch insgesamt weist die Kategorie der Arbeiterinnen und Arbeiter eine längere Krankheitsdauer auf als die Kategorie der Angestellten (2002: 14,0 versus 10,2 Tage).

Bei den Krankentagen zeigt sich hingegen ein etwas divergierendes Bild. Während in Wien Frauen seit 1999 etwas mehr Krankentage aufweisen, sind österreichweit die Krankentage bei den Männern länger.

Die **häufigsten Krankheitsfälle** erfolgten auch 2002 aufgrund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane (40 Prozent), gefolgt von den Erkrankungen im Bereich des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (14 Prozent). Aber auch Infektionskrankheiten (11 Prozent) und Unfälle (8 Prozent) bilden nach wie vor einen bedeutsamen Anteil an den Krankentagen.

Overall, labourers have a longer duration of sick leaves than salaried employees (2002: 14.0 and 10.2 days).

When looking at the total number of sick leave days, the situation is slightly divergent. While in Vienna women have had slightly more days of sick leave since 1999, in the Austrian average men have more days of sick leave.

*The **most frequent causes for sick leave** in 2002 were, as in the past, diseases of the respiratory system (40 percent), followed by skeletal, muscular and connective tissue diseases (14 percent). Infectious diseases (11 percent) and accidents (8 percent), however, also continue to account for a significant share of sick leaves.*

4.7.1 Krankheitsfälle¹⁶⁵

Für die Analyse der Krankentage in Wien stehen die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) zur Verfügung. Etwa 90 Prozent der Wiener Bevölkerung sind bei dieser Kasse ver- oder mitversichert.¹⁶⁶ Die folgenden Auswertungen beziehen sich jedoch nur auf die Erwerbstätigen (Arbeiter und Angestellte).

Im Jahr 2002 wurden bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Erwerbstätige) rund 736.000 Krankheitsfälle registriert. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine weitere Abnahme um 3,8 Prozent. Damit setzt sich der Trend bei den Rückgängen von Krankentagen fort.

Der größte Teil aller Krankheitsfälle (insgesamt rund 40 Prozent) fiel auch im Jahr 2002 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). **Infektionskrankheiten** (11 Prozent) und **Unfälle** (8 Prozent) bilden noch immer einen bedeutsamen Anteil an den Krankentagen.

Eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lässt bei den **Frauen** eine Überrepräsentanz der Krankheitsfälle bei den urogenitalen Erkrankungen, bei den Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei den Krankheiten des Nervensystems erkennen. **Männer** weisen hingegen einen mehr als 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.

¹⁶⁵ Als Basis für die Erfassung der Krankheitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen.

¹⁶⁶ Mit Stand 31.12.2004 beträgt der Gesamtversichertenstand 1.089.699, wobei noch rund 400.000 Angehörige hinzuzuzählen sind, für die größtenteils keine separaten Beiträge zu leisten sind. Dieser Gesamtversichertenstand setzt sich zusammen aus 572.331 Erwerbstätigen, 338.124 PensionistInnen, 114.885 Arbeitslose, 33.897 freiwillig Versicherte und 30.462 sonstige Versicherte.

Tabelle 4.23: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	42.639	10,8	37.759	11,1	80.398	10,9
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	5.756	1,4	3.285	1,0	9.041	1,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.182	0,5	2.244	0,7	4.426	0,6
Krankheiten des Blutes (18)	373	0,1	198	0,1	571	0,1
Psychische Krankheiten (19)	8.708	2,2	4.446	1,3	13.154	1,8
Krankheiten des Nervensystems (20)	9.600	2,4	4.943	1,4	14.543	2,0
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	6.571	1,7	6.008	1,8	12.579	1,7
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	11.464	2,9	10.144	3,0	21.608	3,0
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	158.759	40,1	133.303	39,2	292.062	39,7
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	23.069	5,8	21.197	6,2	44.266	6,0
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	18.927	4,8	4.183	1,2	23.110	3,1
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	9.038	2,3	–	–	9.038	1,2
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	4.734	1,2	4.958	1,5	9.692	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	52.470	13,2	53.516	15,7	105.986	14,4
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	322	0,1	248	0,1	570	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	19.490	4,9	13.413	3,9	32.903	4,5
Unfälle (47–51)	21.014	5,3	38.613	11,4	59.627	8,1
Vergiftungen (52–53)	110	0,0	138	0,0	248	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	231	0,1	555	0,2	786	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	650	0,2	784	0,2	1.434	0,2
insgesamt	396.107	100,0	339.935	100,0	736.042	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Eine weitere Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten zeigt eine Überrepräsentanz der **Angestellten** bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (44 Prozent aller Krankenstandsfälle, im Vergleich zu 33 Prozent bei den ArbeiterInnen) sowie ein leichtes Überwiegen bei Infektionskrankheiten und Neubildungen (12 vs. 10 Prozent).

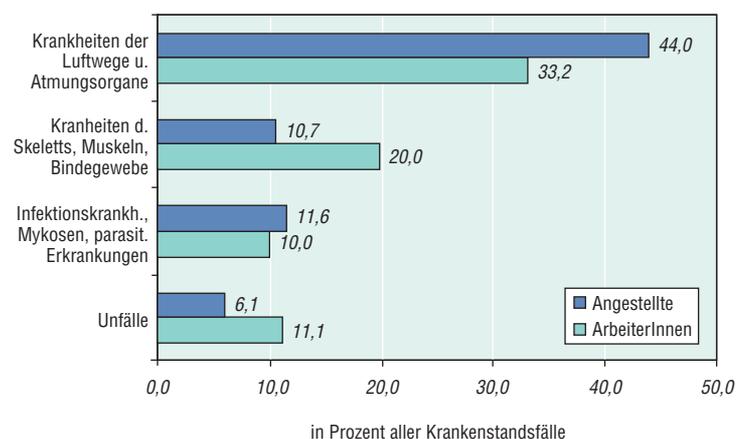
Bei den **ArbeiterInnen** überwiegen hingegen deutlich die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (20 Prozent im Vergleich zu 11 Prozent bei den Angestellten) sowie die Krankenstände aufgrund von Unfällen (11 Prozent im Vergleich zu 6 Prozent bei den Angestellten). *Grafik 4.50* verdeutlicht diese Unterschiede.

Tabelle 4.24: Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	10.365	18.976	29.341	32.274	18.783	51.057
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	1.322	1.111	2.433	4.434	2.174	6.608
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	684	1.081	1.765	1.498	1.163	2.661
Krankheiten des Blutes (18)	124	91	215	249	107	356
Psychische Krankheiten (19)	2.662	1.999	4.661	6.046	2.447	8.493
Krankheiten des Nervensystems (20)	2.893	2.827	5.720	6.707	2.116	8.823
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	1.628	2.828	4.456	4.943	3.180	8.123
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	4.208	4.909	9.117	7.256	5.235	12.491
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	36.492	61.304	97.796	122.267	71.999	194.266
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	6.529	11.348	17.877	16.540	9.849	26.389
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	5.181	1.884	7.065	13.746	2.299	16.045
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	2.442	–	2.442	6.596	–	6.596
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	1.661	2.944	4.605	3.073	2.014	5.087
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	23.450	35.397	58.847	29.020	18.119	47.139
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	81	129	210	241	119	360
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	6.430	7.717	14.147	13.060	5.696	18.756
Unfälle (47–51)	7.292	25.478	32.770	13.722	13.135	26.857
Vergiftungen (52–53)	38	100	138	72	38	110
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	93	382	475	138	173	311
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	187	398	585	463	386	849
insgesamt	113.762	180.903	294.665	282.345	159.032	441.377

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Grafik 4.50: Häufigste Krankenstandsfälle bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien 2002 (WGKK, Beschäftigte)

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen.

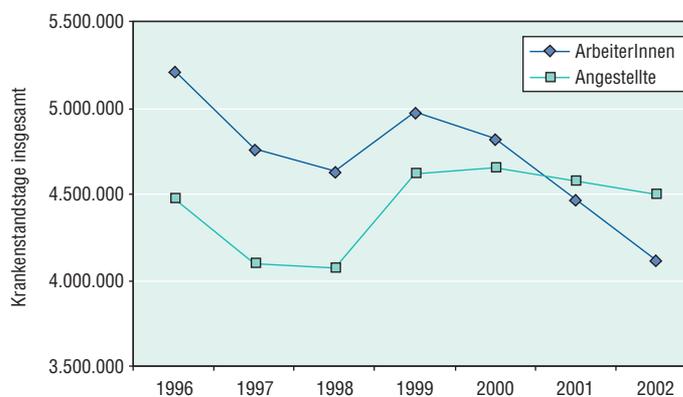
4.7.2 Krankenstandstage¹⁶⁷

Die Anzahl der Krankenstandstage betrug im Jahr 2002 bei Versicherten der **Wiener Gebietskrankenkasse** rund 8.621.376 Tage. Gegenüber 2001 bedeutet dies einen weiteren Rückgang um -4,8 Prozent, gegenüber 2000 einen Rückgang um insgesamt -9,3 Prozent. Trotz des sprunghaften Anstiegs der gesamten Krankenstandstage im Jahr 1999 nahm in Wien die Zahl der jährlichen Krankenstandstage seit 1996 um mehr als 11 Prozent ab. Nicht berücksichtigt in dieser Kalkulation ist jedoch die absolute Anzahl der bei der WGKK gemeldeten Beschäftigten, d. h. die Rückgänge bei den Krankenständen könnte eventuell auch auf einen Rückgang der Zahl der Beschäftigten zurückzuführen

sein. Allerdings ist auch ein Rückgang bei der durchschnittlichen Dauer eines Krankenstandes zu verzeichnen, sodass sich hier eher die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt auszudrücken scheint.

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 4.51: Krankenstandstage Arbeiter und Angestellte, Entwicklung 1996–2002 (WGKK, Beschäftigte)*



* Nicht berücksichtigt ist die Entwicklung der absoluten Zahl der bei der WGKK gemeldeten Beschäftigten.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfallen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (25 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).

¹⁶⁷ Als Krankenstandstage werden alle Kalendertage der Arbeitsunfähigkeit erfasst.

Tabelle 4.25: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	247.048	5,5	218.305	5,3	465.353	5,4
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	170.161	3,8	103.071	2,5	273.232	3,2
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	50.279	1,1	42.033	1,0	92.312	1,1
Krankheiten des Blutes (18)	8.134	0,2	6.365	0,1	14.499	0,2
Psychische Krankheiten (19)	240.705	5,4	141.050	3,4	381.755	4,4
Krankheiten des Nervensystems (20)	98.668	2,2	63.955	1,5	162.623	1,9
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	66.400	1,5	65.401	1,6	131.801	1,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	187.129	4,2	251.698	6,1	438.827	5,1
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.154.871	25,9	980.654	23,6	2.135.525	24,8
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	213.336	4,8	227.141	5,5	440.477	5,1
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	218.920	4,9	53.807	1,3	272.727	3,2
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	91.615	2,1	–	–	91.615	1,1
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	54.176	1,2	61.418	1,5	115.594	1,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	1.007.094	22,6	938.010	22,6	1.945.104	22,6
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	6.748	0,1	6.073	0,1	12.821	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	163.859	3,7	122.222	2,9	286.081	3,3
Unfälle (47–51)	467.455	10,5	846.113	20,4	1.313.568	15,2
Vergiftungen (52–53)	1.314	0,0	1.713	0,0	3.027	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	5.893	0,1	14.357	0,3	20.250	0,2
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	10.263	0,2	13.922	0,3	24.185	0,3
insgesamt	4.464.068	100,0	4.157.308	100,0	8.621.376	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Während bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes überwiegen (27 Prozent aller Krankenstands-

tage), nehmen bei den **Angestellten** die Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane den ersten Rang ein (29 Prozent).

Tabelle 4.26: Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten, Wien* 2002

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	ArbeiterInnen			Angestellte		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	74.598	116.324	190.922	172.450	101.981	274.431
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	52.716	47.493	100.209	117.445	55.578	173.023
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	18.599	19.943	38.542	31.680	22.090	53.770
Krankheiten des Blutes (18)	3.706	3.203	6.909	4.428	3.162	7.590
Psychische Krankheiten (19)	72.428	60.959	133.387	168.277	80.091	248.368
Krankheiten des Nervensystems (20)	41.820	39.652	81.472	56.848	24.303	81.151
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	20.974	30.735	51.709	45.426	34.666	80.092
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	88.295	136.725	225.020	98.834	114.973	213.807
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	345.579	499.643	845.222	809.292	481.011	1.290.303
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	77.704	130.034	207.738	135.632	97.107	232.739
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	81.950	28.883	110.833	136.970	24.924	161.894
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	28.269	–	28.269	63.346	–	63.346
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	22.362	38.567	60.929	31.814	22.851	54.665
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	491.218	624.142	1.115.360	515.876	313.868	829.744
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	2.333	3.433	5.766	4.415	2.640	7.055
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	67.942	72.295	140.237	95.917	49.927	145.844
Unfälle (47–51)	180.801	573.350	754.151	286.654	272.763	559.417
Vergiftungen (52–53)	513	1.245	1.758	801	468	1.269
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	2.265	9.494	11.759	3.628	4.863	8.491
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	3.197	7.448	10.645	7.066	6.474	13.540
insgesamt	1.677.269	2.443.568	4.120.837	2.786.799	1.713.740	4.500.539

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.7.3 Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall¹⁶⁸

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall der letzten Jahre wies **österreichweit** (alle Beschäftigten) nach einem leichten Anstieg im Jahr 1994 eine kontinuierlich sinkende Tendenz auf und erreichte 1997 mit durchschnittlich 12,4 Tagen pro Kran-

kenstandsfall erstmalig einen absoluten Tiefstand. Die Werte der folgenden Jahre blieben in etwa auf diesem niedrigen Niveau und erreichten 2003 mit 12,0 Tagen einen neuerlichen Tiefstand.¹⁶⁹

Die bei der **Wiener Gebietskrankenkasse** Versicherten (Beschäftigte) weisen seit 1992 eine etwas höhere Durchschnittsdauer pro Krankenstandsfall auf als der

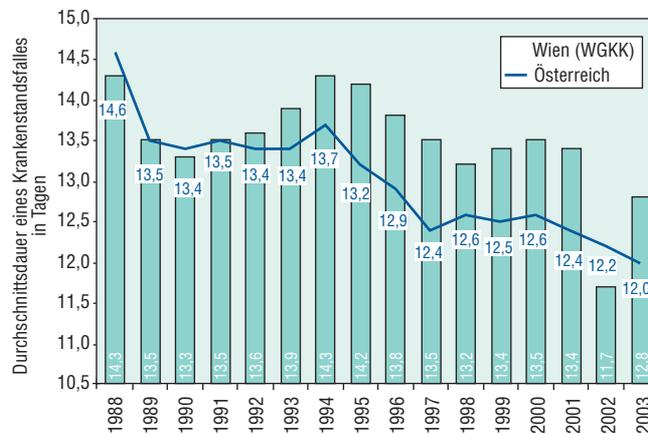
¹⁶⁸ Für die durchschnittliche Krankenstandsdauer standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung zum Teil schon Daten für 2003 zur Verfügung. Für die Darstellung nach Beschäftigtenverhältnis (Arbeiter / Angestellte) musste jedoch auf die Daten aus dem Berichtsjahr 2002 zurückgegriffen werden.

¹⁶⁹ Der zum Zeitpunkt der Endrevision dieses Berichtes zur Verfügung stehende Wert für 2004 ist nur geringfügig erhöht und beträgt 12,1 Tage.

österreichische Durchschnitt aller Beschäftigten. Einzig im Jahr 2002 liegen die Wiener Werte mit nur 11,7 Tagen um einen halben Tag unter dem Österreich-Durch-

schnitt. Im Jahr 2003 stieg die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall auf 12,8 Tage¹⁷⁰ (siehe folgende Grafik).

Grafik 4.52: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfall in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – bei den Beschäftigten seit Jahren **Frauen** eine geringere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall aufweisen als Männer; im Durchschnitt ist die Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall von Frauen (sowohl in Wien als auch österreichweit) um etwa einen Tag kürzer als diejenige von Männern (2003: Männer 13,5 Tage; Frauen 12,3 Tage¹⁷¹). Allerdings ist dies auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhält-

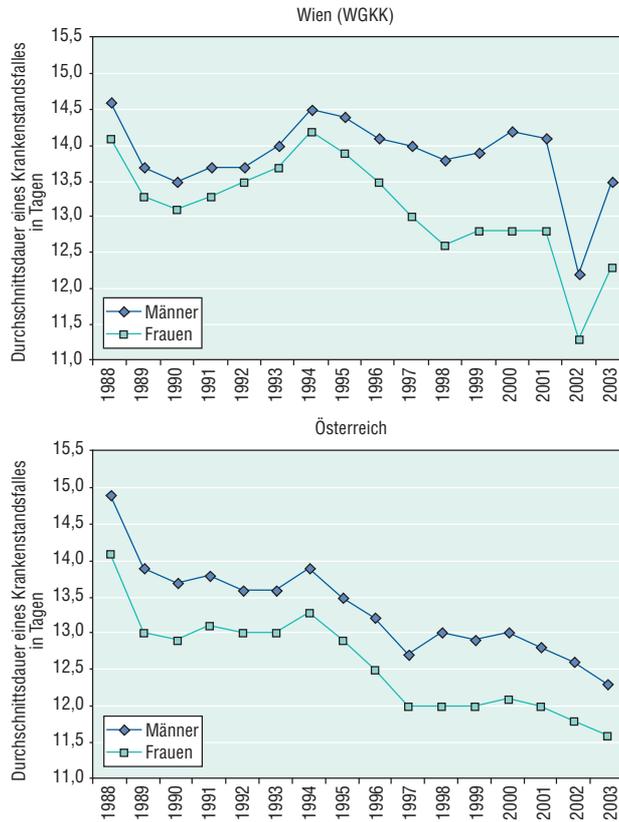
nis zurückzuführen und gilt nicht für die Arbeiterinnen; diese weisen einen um durchschnittlich 1,2 Tage längeren Krankenstand pro Krankenstandsfall auf als ihre männlichen Kollegen.

Die folgende Grafik zeigt die nach Geschlecht aufgeschlüsselten Werte der bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Beschäftigten sowie die Werte aller Beschäftigten in Österreich.

¹⁷⁰ Der zum Zeitpunkt der Endrevision dieses Berichtes zur Verfügung stehende Wert für 2004 (WGKK) zeigt eine geringfügige Steigerung auf 13 Tage.

¹⁷¹ 2004: Männer 13,7 Tage, Frauen 12,4 Tage.

Grafik 4.53: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles in Tagen (alle Beschäftigten), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2003



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 im Jahr 2002 bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** im Vergleich zu den Angestellten längere Krankenstände vor allem infolge von Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Krankheiten des Nervensystems, Herz- und Gefäßkrankheiten sowie urogenitalen Krankheiten feststellen. Aber auch bei den Hautkrankheiten, den kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen sowie bei Unfällen kommt es in dieser Gruppe zu längeren Krankenständen.

Getrennt nach Geschlecht weisen im Jahr 2002 bei den **ArbeiterInnen Frauen** aufgrund von Endokrinopathi-

en, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes längere Krankenstände auf als ihre männlichen Kollegen. **Männliche Arbeiter** wiederum haben im Berichtsjahr vor allem bei den Neubildungen, den Krankheiten des Blutes sowie bei Krankenständen aufgrund von Herz- und Gefäßkrankheiten eine längere Krankendauer aufzuweisen als Frauen.

Während bei den ArbeiterInnen die Frauen insgesamt im Durchschnitt etwas längere Krankenstände aufweisen, sind es bei den **Angestellten** die Männer, und zwar in fast allen Krankheitsgruppen. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man bei den Angestellten im Bereich Herz- und Gefäßkrankheiten. Im Berichtsjahr 2002 fallen auch die Unterschiede bei den Krankheiten des Blutes und den psychischen Krankheiten ins Auge.

Tabelle 4.27: Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall in Tagen, Wien* 2002

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

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.7.4 Durchschnittliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter/Angestellte)¹⁷²

Noch aussagekräftiger als die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall sind die pro Jahr auf eine/n Beschäftigte/n entfallenden Kranken-

standstage. Diese Statistik zeigt an, ob die Krankenstände insgesamt gestiegen oder gesunken sind.

Analog zur Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall zeigt sich auch hier der Bruch Mitte der 1990er-Jahre. Trotz eines kurzen Anstiegs 1999 ist seither eine klare und deutlich sinkende Tendenz zu beobachten. 2004

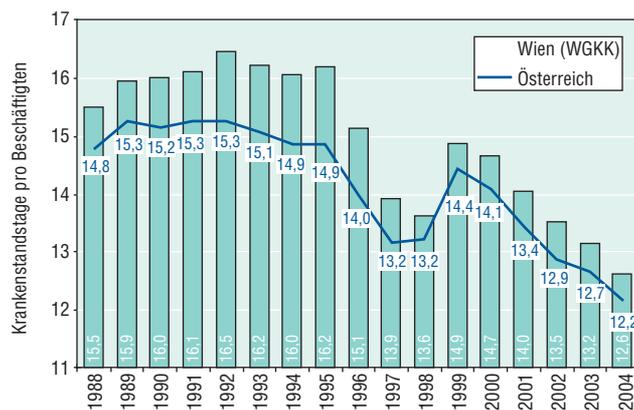
¹⁷² Für dieses nachträglich eingefügte Kapitel standen bereits Daten bis 2004 zur Verfügung.

entfielen pro Beschäftigten (Arbeiter und Angestellte) durchschnittlich 12,6 (WGKK) bzw. 12,2 (Österreich) Krankenstandstage – ein bisheriger absoluter Tiefstand. Zwischen 1995 und 2004 gingen die Krankenstände in Wien (WGKK) um 3,6 Tage (–22,2 Prozent), österreichweit um 2,7 Tage (–18,2 Prozent) zurück. Wie bereits weiter oben erwähnt, dürfte sich hier die

verschärfte wirtschaftliche bzw. soziale Situation am Arbeitsmarkt bemerkbar machen.

Auch hier weisen die Versicherten bei der WGKK etwas höhere Werte auf als der Österreich-Schnitt. Im Durchschnitt der letzten Jahre betrug der Unterschied etwa einen halben Tag.

Grafik 4.54: Durchschnittliche jährliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Anders jedoch als bei der durchschnittlichen Krankenstandsdauer zeigt sich bei den bei der WGKK registrierten jährlichen Krankenstandstagen von **Männern und Frauen** ein etwas anderes Bild. Frauen weisen zwar vor allem seit 1999 etwas mehr Krankenstandstage als Männer auf (im Durchschnitt um einen halben bis ganzen Tag), doch scheint dies eher auf die bei Männern noch drastischer sichtbare Reduktion der Krankenstände zurückzuführen zu sein (siehe unten). Österreichweit weisen jedoch Männer deutlich längere Krankenstände auf.

Zwischen 1995 und 2004 gingen bei den Wiener Frauen die Krankenstände um 3,0 Tage (–18,9 Prozent), bei den österreichischen Frauen um 2,1 Tage (–15,4 Prozent) zurück. Bei den Männern beträgt der Rückgang in Wien 4,1 Tage (–25,4 Prozent), in Österreich 3,2 Tage (–19,6 Prozent). Die folgende Grafik veranschaulicht diese Entwicklung.

Grafik 4.55: Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte) nach Geschlecht, Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2004



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

4.7 Krankenstände

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 fielen bei den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Beschäftigte) um 3,8 Prozent weniger Krankenstandsfälle und um 4,8 Prozent weniger Krankenstandstage an als im Jahr davor. Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort. Es ist zu vermuten, dass die Rückgänge bei den Krankenständen vor allem auf die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt zurückzuführen ist.

Die **durchschnittliche Krankenstandsdauer** pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2002 bei der WGKK 11,7 Tage, was einem absoluten Tiefststand entspricht und sogar unter dem Vergleichswert für Österreich (12,2 Tage) liegt. Für 2003 betragen die Werte 12,8 Tage (WGKK) bzw. 12,0 Tage (Österreich).

Bei den **Krankenstandstagen pro Beschäftigten** (Arbeiter, Angestellte) ist ebenfalls, trotz eines kurzen Anstiegs 1999, seit etwa Mitte der 1990er-Jahre ein deutlicher Rückgang zu beobachten. 2004 entfielen auf einen Beschäftigten durchschnittlich 12,6 (WGKK) bzw. 12,2 (Österreich) Krankenstandstage – ein bisheriger absoluter Tiefststand. Zwischen 1995 und 2004 gingen die Krankenstände in Wien (WGKK) um 3,6 Tage (–22,2 Prozent), österreichweit um 2,7 Tage (–18,2 Prozent) zurück.

Bei den Krankenständen sind sowohl **geschlechtsspezifische** und **regionale** Unterschiede als auch Unterschiede zwischen **Arbeitern und Angestellten** zu verzeichnen. Frauen weisen sowohl in Wien als auch in Österreich eine kürzere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall auf. Dies dürfte auf den höheren weiblichen Anteil bei den Angestellten zurückzuführen sein, denn bei den ArbeiterInnen (WGKK) weisen die Frauen einen um durchschnittlich 1,2 Tage längeren Krankenstand auf als Männer. Bei den Angestellten melden sich hingegen die Männer um rund einen Tag länger krank als Frauen.

Summary: Sick Leaves

In 2002, the number of sick leaves among persons insured with the Vienna Health Insurance Fund (gainfully employed persons) dropped by 3.8 percent compared to the previous year, and the number of days of sick leave dropped by 4.8 percent. This continues to downward trend of the last years. It can be assumed that the reduction in sick leaves is mainly due to the more difficult conditions on the labour market.

The average duration of sick leaves in 2002 reached the lowest figure ever with 11.7 days for persons insured with the Vienna Health Insurance Fund. This is also below the Austrian average of 12.2 days. In 2003 the figures were 12.8 days for Vienna and 12.0 days for Austria overall.

The number of days of sick leave per gainfully employed person (employees and labourers) has been significantly decreasing overall since the mid-1990s despite a temporary increase in 1999. In 2004, the average sick leave per person was 12.6 days (Vienna) and 12.2 (Austrian average) – the lowest so far. Between 1995 and 2004, sick leaves decreased by 3.6 days (22.2 percent) for Vienna and 2.7 days (18.2 percent) for Austria overall.

Both gender-related and regional differences can be observed in sick leaves, as well as differences between labourers and salaried employees. Women generally have shorter sick leaves, both in Vienna and in Austria as a whole. This could be due to the higher percentage of women working as salaried employees, since female labourers sick leaves are 1.2 days longer on average than those of male labourers (data for Vienna). Sick leaves for male salaried employees on the other hand are approximately one day longer on average than those of women.

4.8 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 unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede.

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose) der Wiener Wohnbevölkerung zählen nach wie vor bösartige Neubildungen (Mehrfachaufnahmen zu berücksichtigen), dicht gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern betrug im Jahr 2002 9,3 Tage (Österreich: 8,4 Tage). Damit setzt sich der Trend der Vorjahre zu noch kürzeren Aufenthalten pro Spitalsaufnahme fort. Die verkürzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer steht zwar in engem Verhältnis zur Zunahme der Aufnahme- bzw. Entlassungsfälle, doch ist insgesamt auch ein Rückgang an Pflgebetagen im Spital zu beobachten.

Die längsten Krankenhausaufenthalte sind auch 2002 bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem Herzkrankheiten) zu verzeichnen, wenngleich es hier zu einem drastischen Rückgang gegenüber den Vorjahren kam (2002 durchschnittlich 17,9 Tage).

Summary: Hospital Discharge Statistics

While the hospital discharge data permit no direct conclusions as to the actual morbidity of the population, they do provide some information on the duration of hospital stays, the types of diseases requiring particularly many hospital days, and the most frequent discharge diagnoses for both genders.

The most frequent discharge diagnoses (main diagnosis) for persons living in Vienna remain malignant neoplasms (although repeated hospitalisations must be taken into account here), closely followed by cardiovascular diseases.

The average duration of stay in Viennese hospitals in 2002 was 9.3 days (Austria: 8.4 days). This continues the trend of the previous years towards shorter stays in hospital. While this shorter average duration is closely linked to the increase in admittances and discharges, there has also been an overall decrease in treatment days.

As in previous years, the longest hospital stays in 2002 were due to cardiovascular diseases (in particular heart diseases), although there has been a remarkable reduction compared to the previous years (average stay 17.9 days).

Einführung

Neben Befragungen zur selbst berichteten Morbidität, diversen Registern, Statistiken zu meldepflichtigen Krankheiten sowie den Statistiken der Sozialversicherungen zu Krankenständen wird auch die Spitalsentlassungsstatistik gemeinhin zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung herangezogen. Wenngleich keine der genannten Quellen ein hundertprozentiges Abbild des tatsächlichen Krankheitsge-

schehens bietet, so geben sie doch, mit den nötigen Einschränkungen interpretiert, einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß vorherrschender Krankheiten bzw. lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu.

Im Allgemeinen kann deshalb auch von den Daten der Krankenanstalten nicht auf die Gesamtmorbidität in einer Bevölkerung geschlossen werden, wenngleich sie wichtige Anhaltspunkte für das Krankheits- und Leis-

tungsgeschehen bieten. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, 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. Zunahme der Aufnahmen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer).

Die aus der Spitalsentlassungsstatistik gewonnenen Daten beziehen sich nur auf jene Krankheitsfälle, die in einer Krankenanstalt stationär behandelt wurden, einschließlich TagespatientInnen. Es handelt sich dabei um eine **fallbezogene Statistik**, d. h. eine Person, die mehrmals während eines Jahres stationär aufgenommen wird, wird bei jedem Aufenthalt gesondert registriert.

Als Diagnosesystematik wird seit dem Berichtsjahr 2001 die ICD-10 BMSG 2001-Version verwendet. Bei **Zeitreihenvergleichen** ist es daher möglich, dass es zu Brüchen einerseits aufgrund der Einführung der ICD-10 Klassifikation, andererseits durch Einführung des LKF-Systems kommt.¹⁷³ Vor allem die Umstellung auf LKF im Jahr 1997 und die daraus folgenden Auswirkungen auf die Anzahl der Aufnahmefälle und die jeweilige Aufenthaltsdauer macht die Analyse zeitlicher Trends problematisch. Für eine aussagekräftige Trendanalyse ist daher dieser Bruch zu berücksichtigen bzw. ist für die Interpretation einer Zeitreihe sinnvollerweise 1997 als Trennung zu benutzen.

Für Auswertungen dieser Statistik stehen Angaben zur **Hauptdiagnose bei der Entlassung** (nicht aber zu den zusätzlich behandelten Erkrankungen) sowie zur **Dauer der stationären Aufenthalte** zur Verfügung. Grundsätzlich sind regionale, geschlechts- und altersspezifische Differenzierungen möglich. Auswertungen auf Bundesländerebene können entweder unter Bezugnahme auf die den jeweiligen Bundesländern zugeordneten Krankenanstalten vorgenommen werden, oder unter Bezugnahme auf den Wohnort der behandelten Personen, d. h. unabhängig vom Standort der behandelnden Krankenanstalt. Da im vorliegenden Bericht

die Gesundheitssituation der Wiener Bevölkerung im Mittelpunkt der Betrachtung steht und nicht das Leistungsgeschehen in den Wiener Krankenanstalten, gilt bei der Darstellung der stationär behandelten Krankheitsgruppen das Hauptaugenmerk der **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten). In Hinblick auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erschien es jedoch sinnvoller, die Situation in **Wiener Krankenanstalten** darzustellen. Ebenso waren für die Gegenüberstellung der Aufenthaltsdauer in österreichischen und Wiener Spitälern die Daten nach dem Standort der Krankenanstalt heranzuziehen.

Stationäre Behandlungsfälle – Hauptdiagnosen

Im Jahr 2002 wurden in österreichischen Krankenanstalten knapp 500.000 Behandlungsfälle von Wienerinnen und Wienern registriert.

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** von Wienerinnen und Wienern zählten auch 2002 die bösartigen Neubildungen (15,5 Prozent aller Diagnosen), dicht gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems (13,6 Prozent). An dritter Stelle standen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (10 Prozent). Vor allem bei den Aufnahmefällen aufgrund einer Krebserkrankung muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich hier sehr häufig (therapiebedingt) um Mehrfachaufnahmen handelt.

Bei den stationären Behandlungsfällen zeichnen sich deutliche **geschlechtsspezifische Unterschiede** ab. 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.

¹⁷³ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 135.

Wie aus *Tabelle 4.28* ersichtlich ist, treten fast alle dieser Erkrankungen vor allem im höheren Lebensalter auf und sind somit, wie bereits erwähnt, bei den Frauen vorwiegend auf deren durchschnittlich höheres Lebensalter zurückzuführen.

Das **männliche** Geschlecht hingegen überwiegt bei den Diagnosen Krebs der Verdauungsorgane und Krebs der Atmungsorgane, ischämische Herzkrank-

heiten, Krankheiten der Arterien und Krankheiten der Atmungsorgane.

Die folgende Tabelle zeigt, dass bei den meisten, insbesondere bei den beiden häufigsten Krankheitsgruppen (Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten), die Aufnahmefälle mit zunehmendem **Alter** kontinuierlich und mitunter sogar drastisch ansteigen.

Tabelle 4.28: Spitalsentlassungsfälle **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten) 2002 nach Altersgruppen und Geschlecht

Hauptdiagnosegruppen ICD 10. Rev.	Geschlecht	Stationäre PatientInnen (Fälle) insges.	Alter (in Jahren)				Abgangstatus	
			0-14	15-44	45-64	65+	entlassen	gestorben
Alle Diagnosen	Z	499.988	36.852	127.799	145.100	190.237	486.657	13.331
A00-Z99 [exkl. U-Codes]	M	211.911	21.015	49.436	70.121	71.339	206.589	5.322
	W	288.077	15.837	78.363	74.979	118.898	280.068	8.009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten A00-B99	Z	12.231	3.607	3.611	2.221	2.792	11.786	445
	M	6.147	1.828	2.066	1.281	972	5.933	214
	W	6.084	1.779	1.545	940	1.820	5.853	231
II. Neubildungen C00-D48	Z	77.349	2.211	9.123	32.492	33.523	74.555	2.794
	M	34.389	1.129	3.057	14.506	15.697	33.032	1.357
	W	42.960	1.082	6.066	17.986	17.826	41.523	1.437
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbil- denden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D89	Z	3.439	662	610	713	1.454	3.386	53
	M	1.376	385	305	233	453	1.363	13
	W	2.063	277	305	480	1.001	2.023	40
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwech- selkrankheiten E00-E90	Z	14.473	656	2.213	5.274	6.330	14.271	202
	M	5.874	373	827	2.406	2.268	5.796	78
	W	8.599	283	1.386	2.868	4.062	8.475	124
V. Psychische und Verhaltensstörungen F00-F99	Z	38.792	1.365	19.583	9.060	8.784	38.337	455
	M	19.607	853	10.984	5.129	2.641	19.479	128
	W	19.185	512	8.599	3.931	6.143	18.858	327
VI. Krankheiten des Nervensystems G00-G99	Z	16.540	864	3.553	5.060	7.063	16.156	384
	M	7.612	460	1.684	2.726	2.742	7.418	194
	W	8.928	404	1.869	2.334	4.321	8.738	190
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde H00-H59	Z	20.045	459	991	3.618	14.977	20.035	10
	M	7.137	214	483	1.776	4.664	7.136	1
	W	12.908	245	508	1.842	10.313	12.899	9
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes H60-H95	Z	8.097	1.185	2.428	2.832	1.652	8.088	9
	M	3.957	707	1.209	1.470	571	3.954	3
	W	4.140	478	1.219	1.362	1.081	4.134	6
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems I00-I99	Z	67.830	245	5.316	21.072	41.197	63.472	4.358
	M	33.224	139	2.879	12.725	17.481	31.669	1.555
	W	34.606	106	2.437	8.347	23.716	31.803	2.803
X. Krankheiten des Atmungssystems J00-J99	Z	32.549	8.921	6.975	7.197	9.456	31.144	1.405
	M	17.289	5.041	3.734	4.145	4.369	16.661	628
	W	15.260	3.880	3.241	3.052	5.087	14.483	777
XI. Krankheiten des Verdauungssystems K00-K93	Z	36.833	2.247	9.958	12.359	12.269	36.043	790
	M	17.709	1.313	5.033	6.587	4.776	17.358	351
	W	19.124	934	4.925	5.772	7.493	18.685	439
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut L00-L99	Z	6.444	741	2.525	1.552	1.626	6.367	77
	M	3.097	412	1.401	698	586	3.071	26
	W	3.347	329	1.124	854	1.040	3.296	51
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes M00-M99	Z	49.835	601	9.312	20.023	19.899	49.724	111
	M	16.399	329	4.291	7.239	4.540	16.365	34
	W	33.436	272	5.021	12.784	15.359	33.359	77
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems N00-N99	Z	30.630	2.727	9.845	9.493	8.565	30.245	385
	M	11.071	1.891	2.379	3.158	3.643	10.930	141
	W	19.559	836	7.466	6.335	4.922	19.315	244
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochen- bett O00-O99	Z	25.926	19	25.826	81	-	25.926	-
	M	-	-	-	-	-	-	-
	W	25.926	19	25.826	81	-	25.926	-
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben P00-P96	Z	2.171	2.119	52	-	-	2.128	43
	M	1.182	1.178	4	-	-	1.158	24
	W	989	941	48	-	-	970	19
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformi- täten und Chromosomenanomalien Q00-Q99	Z	3.045	1.603	867	368	207	3.017	28
	M	1.495	1.029	266	145	55	1.484	11
	W	1.550	574	601	223	152	1.533	17
XVIII. Symptome u. abnorme klin. u. Labor- befunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind R00-R99	Z	16.915	2.852	3.471	3.507	7.085	15.877	1.038
	M	7.246	1.490	1.439	1.754	2.563	6.920	326
	W	9.669	1.362	2.032	1.753	4.522	8.957	712
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und be- stimmte andere Folgen äußerer Ursachen S00-T98	Z	36.301	3.728	11.263	8.055	13.255	35.560	741
	M	16.930	2.224	7.338	4.089	3.279	16.694	236
	W	19.371	1.504	3.925	3.966	9.976	18.866	505
XX. Faktoren, d. d. Gesundheitszustand be- einflussen u. zur Inanspruchnahme d. Ge- sundheitswesens führen Z00-Z99	Z	543	40	277	123	103	540	3
	M	170	20	57	54	39	168	2
	W	373	20	220	69	64	372	1

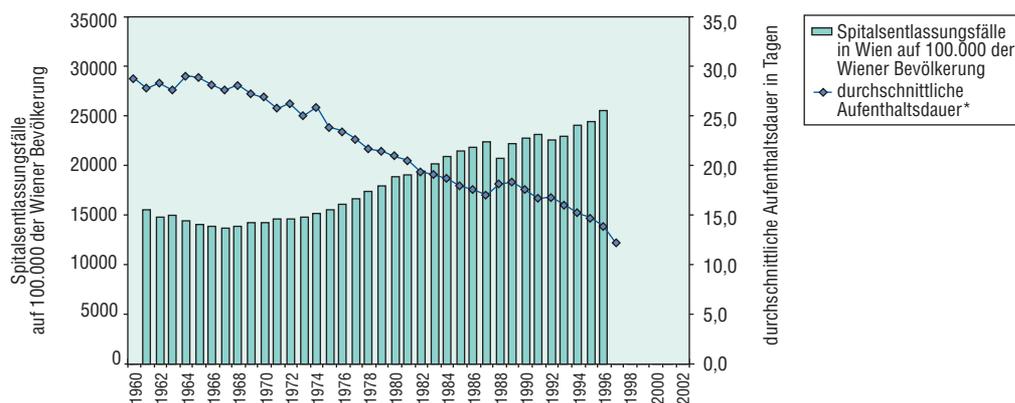
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

Aufnahmefälle und Aufenthaltsdauer

Der seit Jahren zu verzeichnende Anstieg bei den Aufnahme- bzw. Entlassungsfällen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer (verstärkt seit Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997) muss neben einer verbesserten medizinischen Versorgung vor allem auch unter systemimmanenten Aspekten gesehen werden.

Grafik 4.56 zeigt die Entwicklung des Verhältnisses von Aufnahme- bzw. Entlassungsfällen und durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten seit 1960. Dabei wird deutlich ersichtlich, dass die Zunahme von Aufnahmefällen mit einer Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einhergeht. Auch die Auswirkungen des 1997 eingeführten neuen Verrechnungssystems (LKF) zeigen sich in der Grafik deutlich.

Grafik 4.56: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer* in Wiener Krankenanstalten 1960–2002



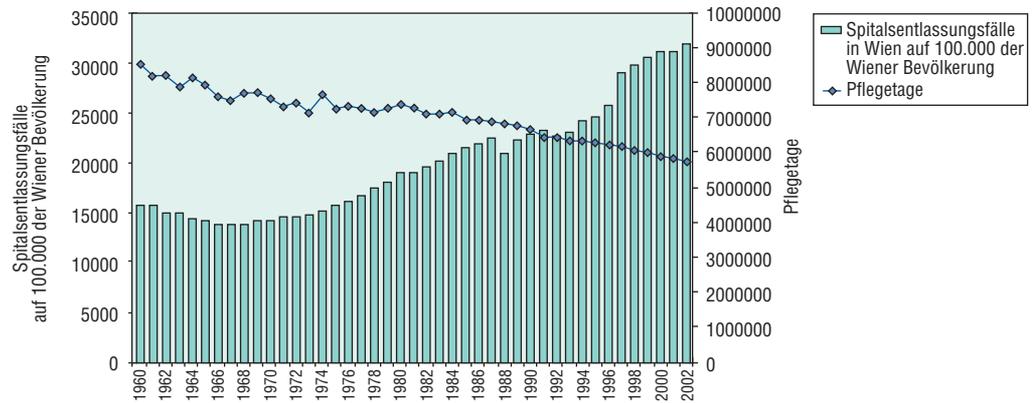
* Pflage tage/Entlassungsfälle, Standort Wien mit Ortsfremden.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Grafik 4.57 zeigt zum Vergleich auch das Verhältnis von Aufnahmefällen und insgesamt in Wiener Spitälern verbrachten Pflage tagen. Interessant ist, dass es trotz Berücksichtigung von Mehrfachaufenthalten insgesamt zu einem Rückgang an Pflage tagen im Spital

kam. Der Rückgang ist zwar nicht so drastisch ausgebildet wie bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, doch macht sich der Trend verstärkt seit Anfang der 1990er-Jahre bemerkbar.

Grafik 4.57: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und Pfl egetage insgesamt* in Wiener Krankenanstalten 1960–2002



* Bettenbericht.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Diese Entwicklung legt jedenfalls 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.¹⁷⁴ Gleichzeitig besteht mit der zunehmenden Verkürzung der Spitalsaufenthaltsdauer bzw. der Pfl egetage insgesamt die Gefahr einer Unterversorgung von PatientInnen (vorzeitige Entlassung trotz Pfl egebedürftigkeit). Vor allem für ältere Menschen sowie auch für PatientInnen ohne zur Verfügung stehende Angehörige kann dies zu einem Problem werden.

Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern

Wenngleich in den letzten Jahren drastisch gesunken, verursachen Krankheiten des **Kreislaufsystems** (vor allem Herzkrankheiten) nach wie vor die längste Spitalsaufenthaltsdauer. Betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1999 noch 30,5 Tage, lag sie 2002 bei nur mehr 17,9 Tagen. Bei den weiblichen Patienten ist jedoch – vor allem altersbedingt – die Aufenthaltsdauer mit durchschnittlich 23,2 Tagen etwas höher als bei männlichen Patienten (12,5 Tage).

Längere Verweildauern im Spital weisen auch PatientInnen mit Krankheiten des Atmungssystems (10,7 Tage), Diabetes (10,2 Tage) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (vor allem aufgrund von Demenz: 27,7 Tage sowie aufgrund von Alkoholmissbrauch: 20,9 Tage und Konsum anderer psychotroper Substanzen: 17,5 Tage) auf.

¹⁷⁴ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 135.

Tabelle 4.29: Stationär behandelte PatientInnen in **Wiener Krankenanstalten*** ** 2002 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre PatientInnen (Fälle) insgesamt			Ø Aufenthaltsdauer (Tage)		
			insges.	weiblich	männlich	insges.	weibl.	männl.
I–XVIII		Alle Diagnosen	574.941	325.024	249.917	9,3	10,0	8,3
I.	A00–B99	Best. infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.381	6.514	6.867	9,1	9,2	9,0
II.	C00–D48	Neubildungen	105.623	57.113	48.510	5,9	5,9	5,8
	darunter:							
	C18	B.N. Dickdarm	8.562	3.988	4.574	4,6	5,1	4,1
	C34	B.N. Bronchus und Lunge	10.977	3.588	7.389	5,5	5,9	5,3
	C50	B.N. Brustdrüse	13.941	13.840	101	4,1	4,1	3,0
	C61	B.N. Prostata	3.517	–	3.517	7,2	–	7,2
III.	D50–D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	4.289	2.447	1.842	5,9	5,9	5,8
IV.	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	15.366	9.185	6.181	8,7	9,1	8,1
	darunter:							
	E10–E14	Diabetes mellitus	7.230	3.618	3.612	10,2	11,3	9,1
V.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	41.911	20.345	21.566	12,9	14,7	11,3
	darunter:							
	F00–F03	Demenz	4.520	3.096	1.424	27,7	31,8	18,7
	F10	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol	5.263	1.208	4.055	20,9	23,5	20,1
	F11–F19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	1.465	510	955	17,5	21,0	15,6
VI.	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	19.540	10.119	9.421	11,8	12,6	10,9
VII.	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	26.813	16.961	9.852	4,0	4,1	3,9
VIII.	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	9.655	4.841	4.814	4,4	5,0	3,8
IX.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	71.129	35.657	35.472	17,9	23,2	12,5
	darunter:							
	I10–I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	6.993	4.544	2.449	12,0	8,2	14,0
	I20	Angina pectoris	2.621	1.186	1.435	7,6	8,2	7,2
	I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	2.344	928	1.416	18,3	24,7	14,2
	I23–I25	Andere ischämische Herzkrankheiten	10.032	3.505	6.527	11,7	16,5	9,2
	I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	10.079	5.339	4.740	22,6	25,5	19,4
	I70	Atherosklerose	3.702	1.444	2.258	8,7	10,5	7,6
X.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	35.496	16.365	19.131	10,7	13,1	8,7
XI.	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	41.350	21.102	20.248	8,0	8,4	7,5
XII.	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	7.875	4.137	3.738	9,4	9,4	9,4
XIII.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	56.090	36.840	19.250	8,0	8,3	7,5
XIV.	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	35.245	22.280	12.965	6,2	6,3	6,0
XV.	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	28.498	28.498	–	4,9	4,9	–
XVI.	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.493	1.143	1.350	16,2	15,8	16,5
XVII.	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.408	2.220	2.188	7,3	6,7	8,0

Fortsetzung

Tabelle 4.29 (Fortsetzung): Stationär behandelte PatientInnen in **Wiener Krankenanstalten*** ** 2002 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre PatientInnen (Fälle) insgesamt			Ø Aufenthaltsdauer (Tage)		
			insges.	weiblich	männlich	insges.	weibl.	männl.
XVIII.	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	18.000	10.142	7.858	12,4	16,0	7,7
XIX.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	36.902	18.675	18.227	9,8	11,3	8,2
XX.	Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	877	440	437	3,2	3,0	3,5

* Inkludierte Spitäler und Pflegeheime: AKH-Allgemeines Krankenhaus, Kalksburg SHA, Barmherzige Brüder KH, Barmherzige Schwestern KH, Privatkrankenanstalt Josefstadt, K. Elisabeth Spital, Evang. KH, Floridsdorf KH und GZ, K. Franz Josef Spital, Kranken- und Entbindungsanstalt „Goldenes Kreuz“, Hanusch KH, Sanatorium Hera, Herz-Jesu KH, Hartmannspital, Lainz KH, Rudolfstiftung KH, St. Elisabeth KH, St. Josef KH, Unfallkrankenhaus Meidling, Wilhelminenspital, SMZ Sophienspital, Baumgarten PFH, Sonderkrankenanstalt-Justizanstalt Wien Josefstadt, Orthopäd. KH Gersthof, Preyer Kinderspital, Haus der Barmherzigkeit, Heereskrankenanstalt, Semmelweis Frauenklinik, Lainz Geriatriezentrum, Liesing PFH, Böhler UKH, Orthopäd. Spital Speising, REHABZ Meidling, Rosenhügel NKH, Sanatorium Liebhartstal, St. Anna KISP, Wiener Privatklinik Ges.m.b.H., Göttlicher Heiland KH, SMZ Ost, SMZ Ost PFH, Grinzing PKL, Döbling PKL, Sophienspital PZ-PFH, Floridsdorf GZ, Otto Wagner-Spital, Baumgartner Höhe PZ, Rosenhügel SKA.

** Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden sowie ausländischen Personen (GastpatientInnen, TouristInnen).

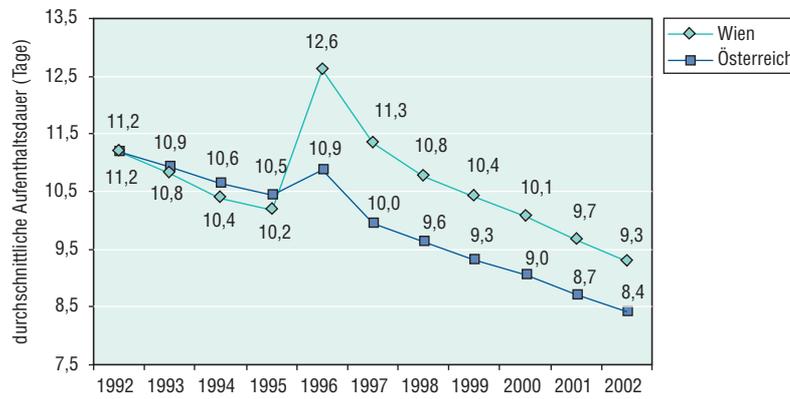
Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung (siehe auch Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003).

Vergleich Wien – Österreich

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 2002 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für in **Österreich wohnhafte PatientInnen** in einem Wiener Spital 9,3 Tage, in einem österreichischen Spital 8,4 Tage (siehe folgende Grafik). Unter Berücksichtigung auch der **nicht in Österreich wohnhaften PatientInnen** (TouristInnen, GastpatientInnen, etc.) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten im Jahr 2002 ebenfalls 9,3 Tage (Frauen: 10,0 Tage; Männer: 8,3 Tage).

Grafik 4.58: Durchschnittliche Spitalsaufenthaltsdauer in Wien (Standort der Krankenanstalt, alle in Österreich wohnhaften Fälle) und Österreich (in Österreich wohnhaft), 1992–2002



Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

**V.
PSYCHISCHE GESUNDHEIT**

MENTAL HEALTH

INHALT

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT	199
5.1 AUSMASS UND GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN	199
5.1.1 Stationäre Behandlungen	201
5.1.2 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen	204
5.1.3 Konsum von Medikamenten gegen psychische Störungen und Beschwerden	207
5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen	211
5.1.5 Mortalität	211
5.1.6 Verlust an Lebensjahren	213
5.2 EUROPÄISCHER VERGLEICH	215
5.3 AUSGEWÄHLTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	220
5.3.1 Angststörungen	222
5.3.2 Depression	226
5.3.3 Schizophrenie	232
5.3.4 Demenz	236
5.3.5 Komorbidität	240