4 GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN

Einleitung

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen mit dem Ziel, Aufgaben für die Gesundheitsförderung, Prävention und die gesundheitliche Versorgung von Frauen zu spezifizieren. Eingegangen wird auf die Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen sowie auf verschiedene Erkrankungen, die für die Charakterisierung der Gesundheitssituation von Frauen von Bedeutung sind, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen (besonderes Augenmerk gilt hier frauenspezifischen Krebserkrankungen wie etwa dem Brustkrebs), Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Diabetes), psychische und Verhaltensstörungen (z. B. Depression), Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. COPD), gynäkologische Erkrankungen (z. B. Endometriose), sexuell übertragbare Krankheiten (einschließlich HIV/AIDS) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (z. B. Dorsopathien). Vor allem für ältere Frauen relevante Erkrankungen wie Osteoporose (Hüftfrakturen, etc.), Inkontinenz, Demenz und Depressionen werden im Abschnitt 5.6 „Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen" dargestellt. Auf die Säuglingssterblichkeit wird im Abschnitt 5.2 „Frauen in der reproduktiven Phase" eingegangen.

Als Datenbasis stehen die Todesursachenstatistik, die Spitalsentlassungsstatistik, Daten des Österreichischen Krebsregisters, der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenstandsmeldungen) sowie Daten aus Einzelstudien (wie z. B. dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001) zur Verfügung. Anmerkungen zur Aussagefähigkeit der jeweils zugrunde gelegten Daten finden sich in den jeweiligen Unterabschnitten. Die vorgenommenen Altersstandardisierungen stützen sich auf die Weltstandardbevölkerung der WHO. Die Standardisierung trägt dazu bei, bei Vergleichen den Einfluss, der sich aufgrund von Unterschieden in der Altersstruktur von Vergleichsgruppen ergibt, auszuschalten.

4.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Zusammenfassung

Frauen in Wien haben derzeit mit 81,3 Jahren eine um 5,6 Jahre höhere **Lebenserwartung** als Männer (75,7 Jahre). Die Geschlechterdifferenz hat sich im letzten Jahrzehnt allerdings zugunsten der Männer etwas verringert: Während es bei den Frauen lediglich zu einem Zuwachs von 2,5 Jahren kam, betrug der Anstieg bei den Männern 3,5 Jahre. Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** in Wien im letzten Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter gesunken. Frauen haben eine geringere **Sterblichkeit** als Männer, auch die **vorzeitige Sterblichkeit** ist bei ihnen geringer. Von den im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen sind von den Frauen 15 Prozent, von den Männern 32 Prozent vor dem 65. Lebensjahr verstorben. Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, höher. Eine Rolle dürfte der Großstadtfaktor spielen, wobei unter anderem Unterschiede im Lebensstil, im Bereich der Umwelt, in der Bevölkerungszusammensetzung (z. B. durch verstärkte Migration) zum Tragen kommen.

Summary: Life expectancy and mortality

*At 81.3 years, women's **life expectancy** currently exceeds that of men (75.7 years) by 5.6 years. The gender disparity, however, has narrowed over the last decade: While women's life expectancy only increased by 2.5 years, that of men increased by 3.5 years. Hand in hand with the growing life expectancy **mortality** has decreased in Vienna for both genders over the last decade. Women have a lower **mortality rate** than men, and **premature mortality** is also lower for them. Of all deaths in Vienna in 2004, 15 percent of women and 32 percent of men died before age 65. Vienna does not only have a life expectancy below the Austrian average, it also has higher mortality rates, in particular for women. The fact that Vienna is a large city probably plays a role here, among other factors because of different life styles, environmental factors, and the population structure (e.g. increased migration).*

4.1.1 Lebenserwartung

Zunehmender Wohlstand, verbesserte Hygiene, Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Unfallverhütung) haben ebenso wie Fortschritte in der Medizin in den letzten Jahrzehnten zu einem kontinuierlichen Ansteigen der **Lebenserwartung** geführt. Im Jahr 2004 hatten in Wien Frauen bei der Geburt mit 81,3 Jahren, Männer mit 75,7 Jahren zu rechnen. Das heißt, Frauen in Wien leben heute im Durchschnitt 5,6 Jahre länger als Männer. Mit einem Lebensalter von 60 Jahren haben Frauen in Wien im Durchschnitt weitere 24,2 Jahre zu leben, Männer jedoch nur mehr 20,3 Jahre (also um 3,9 Jahre weniger). Die Gründe für die höhere Lebenserwartung der Frauen sind nicht bis in alle Einzelheiten geklärt. Eine Rolle spielt unter anderem ihr Lebensstil: Frauen leben im Allgemeinen gesundheitsbewusster (achten z. B. mehr auf gesunde Ernährung, konsumieren seltener Nikotin und Alkohol), erleiden seltener tödliche Unfälle, begehen seltener Suizid als Männer, etc. Allerdings gleicht sich der Lebensstil von Frauen in einzelnen Bereichen zunehmend dem der Männer an. So ist z. B. ist Anteil der Raucherinnen in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Entsprechend verringert sich auch der Vorsprung der Frauen in der Lebenserwartung gegenüber jener der Männer. Seit 1995 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt in Wien bei den Frauen um 2,5 Jahre, bei den Männern jedoch um 3,5 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ist bei den Frauen (mit 1,7 Jahren) weniger stark als bei den Männern (mit 2,4 Jahren) gestiegen.

Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat jedoch auch ihren Preis: Frauen sind länger und auch häufiger als Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Die Lebensspanne frei von Beeinträchtigung war in Österreich im Jahr 2003 zwar für weibliche Neugeborene etwas länger (60,5 Jahre) als für männliche (58,2 Jahre), Frauen müssen jedoch im Durchschnitt mit mehr Jahren rechnen, die durch Einschränkungen im täglichen Leben aufgrund einer Beeinträchtigung oder eines gesundheitlichen Problems gekennzeichnet sind, als Männer (Frauen 21,0 Jahre, Männer 17,7 Jahre). Der prozentuelle Anteil der Lebenszeit in guter Gesundheit an der Gesamtlebenszeit ist für Frauen sogar etwas geringer (74,2 Prozent) als für Männer (76,6 Prozent).[95]

Tabelle 4.1: Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht

Jahr	Lebenserwartung					
	bei der Geburt		im Alter von 60 Jahren		bei der Geburt	im Alter von 60 Jahren
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Differenz Frauen Männer	
1995	78,8	72,2	22,5	18,1	6,6	4,5
1996	79,2	72,8	22,5	18,4	6,4	4,1
1997	79,7	73,8	22,9	18,7	5,9	4,3
1998	80,3	73,5	23,3	18,7	6,7	4,6
1999	80,1	74,1	23,2	19,0	6,0	4,3
2000	80,4	74,4	23,5	19,4	6,0	4,1
2001	80,7	74,8	23,8	19,9	5,9	3,9
2002	80,5	75,3	23,7	20,0	5,2	3,7
2003	80,5	75,0	23,7	19,9	5,6	3,8
2004	81,3	75,7	24,2	20,3	5,6	3,9
Differenz 1995–2004	2,5	3,5	1,7	2,3		

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005d), S. 228; STADT WIEN (2005a), S. 79; eigene Berechnungen.

Obwohl sich die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Wien und den anderen Bundesländern inzwischen verringert hat, haben Frauen in Wien weiterhin die von allen Bundesländern niedrigste Lebenserwar-

[95] KLIMONT (2005).

tung bei der Geburt, aber auch bei den Männern findet sich Wien (zusammen mit der Steiermark und Niederösterreich) im untersten Bereich. Bei der Lebenserwartung ab 60 Jahren liegt Wien bei den Frauen (zusammen mit dem Burgenland und Niederösterreich) und bei den Männern (zusammen mit Niederösterreich) ebenfalls im untersten Feld. Die Ursachen für regionale Unterschiede in der Lebenserwartung sind vielfältig. Abgesehen von Unterschieden in genetischen und konstitutionellen Faktoren, spielen Unterschiede im Lebensstil, im Bereich sozialer Faktoren bzw. in den Lebensverhältnissen, der Umwelt und der Gesundheitsversorgung (die jedoch in Wien besser als in den anderen Bundesländern ist) eine Rolle. Zu berücksichtigen sind auf Wanderungen und Migration zurückzuführende Einflüsse, wodurch es zu einer Vermischung der Bevölkerung in Bezug auf Gesundheitsressourcen und -risiken kommen kann.

Tabelle 4.2: Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) 2004 nach Bundesland und Geschlecht

Bundesland	Frauen		Männer	
	Lebenserwartung …			
	bei der Geburt	mit 60 Jahren	bei der Geburt	mit 60 Jahren
Burgenland	82,4	24,2	76,0	20,2
Kärnten	82,8	25,2	77,0	20,9
Niederösterreich	81,8	24,2	75,7	20,3
Oberösterreich	82,5	24,7	76,4	20,6
Salzburg	82,4	24,8	77,8	21,8
Steiermark	82,3	24,5	76,7	20,7
Tirol	83,2	25,2	78,1	21,8
Vorarlberg	82,8	25,4	77,8	21,5
Wien	81,3	24,2	75,7	20,3
Österreich	82,1	24,6	76,4	20,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; zitiert nach STADT WIEN (2005a), S. 81 f.

4.1.2 Sterblichkeit

Die Zahl der **Sterbefälle** war im vergangenen Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter rückläufig. Gab es in Wien im Jahr 1995 noch 19.783 Sterbefälle, waren es im Jahr 2004 nur mehr 15.983 (8.873 Frauen und 7.110 Männer). Bezogen auf 1.000 Einwohner des jeweiligen Geschlechts sind im Jahr 2004 10,5 Frauen und 9,3 Männer verstorben. Die im Vergleich zu den Männern höhere Sterblichkeit der Frauen ist vor allem auf ihr höheres Durchschnittsalter zurückzuführen. Schaltet man mittels Altersstandardisierung den aus der unterschiedlichen Alterststruktur der Geschlechter resultierenden Einfluss aus, kehrt sich das Geschlechterverhältnis um: Altersstandardisiert waren im Jahr 2004 je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung 381,0 Sterbefälle von Frauen und 628,1 Sterbefälle von Männern zu verzeichnen *(vgl. dazu Tabelle 4.4.)*. Insbesondere in den höheren Altersgruppen sind die relativen Sterbeziffern bei Männern deutlich höher als jene der Frauen.

Frauen sterben im Vergleich zu den Männern in einem höheren Alter. 14,6 Prozent der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen waren unter 65 Jahre im Vergleich zu ca. einem Drittel (31,9 Prozent) der verstorbenen Männer. 85,5 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur ca. zwei Drittel (68,1 Prozent) der verstorbenen Männer waren 65 Jahre oder älter. 40,6 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur 18,8 Prozent der verstorbenen Männer hatten ein Alter von 85 oder mehr Jahren.

Tabelle 4.3: Gestorbene in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Gestorbene (Pos. Nr. ICD-10 <A00-Y89>)							
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	absolut		Prozent		Prozentwerte kumuliert		je 1.000*	
0 – unter 1 **)	47	49	*0,5*	*0,7*	*0,5*	*0,7*	5,8	5,6
1 – 4	7	5	*0,1*	*0,1*	*0,6*	*0,8*	0,2	0,2
5 – 9	3	1	*0,0*	*0,0*	*0,6*	*0,8*	0,1	0,0
10 – 14	6	9	*0,1*	*0,1*	*0,7*	*0,9*	0,2	0,2
15 – 19	19	25	*0,2*	*0,4*	*0,9*	*1,3*	0,5	0,6
20 – 24	11	40	*0,1*	*0,6*	*1,0*	*1,8*	0,2	0,8
25 – 29	22	61	*0,2*	*0,9*	*1,3*	*2,7*	0,4	1,1
30 – 34	27	58	*0,3*	*0,8*	*1,6*	*3,5*	0,4	0,9
35 – 39	59	115	*0,7*	*1,6*	*2,3*	*5,1*	0,8	1,6
40 – 44	65	141	*0,7*	*2,0*	*3,0*	*7,1*	1,0	2,1
45 – 49	106	210	*1,2*	*3,0*	*4,2*	*10,0*	1,9	3,8
50 – 54	155	305	*1,7*	*4,3*	*5,9*	*14,3*	3,1	6,5
55 – 59	288	484	*3,2*	*6,8*	*9,2*	*21,1*	5,5	10,1
60 – 64	482	763	*5,4*	*10,7*	*14,6*	*31,9*	8,2	14,8
65 – 69	383	582	*4,3*	*8,2*	*18,9*	*40,1*	11,3	20,7
70 – 74	604	787	*6,8*	*11,1*	*25,7*	*51,1*	18,4	34,1
75 – 79	1.160	1.031	*13,1*	*14,5*	*38,8*	*65,6*	32,6	52,5
80 – 84	1.832	1.108	*20,6*	*15,6*	*59,5*	*81,2*	56,1	85,6
85 – 89	1.426	640	*16,1*	*9,0*	*75,5*	*90,2*	116,4	151,9
90 – 94	1.569	542	*17,7*	*7,6*	*93,2*	*97,8*	192,1	253,4
95 +	602	154	*6,8*	*2,2*	*100*	*100*	304,5	377,5
gesamt	8.873	7.110	*100*	*100*			10,5	9,3

* Altersspezifische Sterbeziffer = Sterbeziffer je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. ** Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 85; sowie eigene Berechnungen.

Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, deutlich höher. Generell ist in großstädtischen Ballungsgebieten die Lebenserwartung niedriger als in kleineren Städten bzw. im ländlichen Bereich. Wien liegt bei der Lebenserwartung im Vergleich europäischer Städte etwa im Mittelfeld: Unter vierzehn europäischen Städten nimmt Wien bei den Frauen den fünften und bei den Männern den sechsten Rang ein. Und zwar liegt es bei beiden Geschlechtern etwa gleich auf mit Rom und Hamburg.[96] Bei der Sterberate liegt Wien unter 27 europäischen Städten (ausgehend von der höchsten Rate) an neunter Stelle etwa gleich auf mit Hamburg und Zürich.[97]

96 STADT WIEN (2003), S. 9 und 11.
97 STADT WIEN (2003), S. 27.

4 GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN

Einleitung

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen mit dem Ziel, Aufgaben für die Gesundheitsförderung, Prävention und die gesundheitliche Versorgung von Frauen zu spezifizieren. Eingegangen wird auf die Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen sowie auf verschiedene Erkrankungen, die für die Charakterisierung der Gesundheitssituation von Frauen von Bedeutung sind, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen (besonderes Augenmerk gilt hier frauenspezifischen Krebserkrankungen wie etwa dem Brustkrebs), Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Diabetes), psychische und Verhaltensstörungen (z. B. Depression), Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. COPD), gynäkologische Erkrankungen (z. B. Endometriose), sexuell übertragbare Krankheiten (einschließlich HIV/AIDS) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (z. B. Dorsopathien). Vor allem für ältere Frauen relevante Erkrankungen wie Osteoporose (Hüftfrakturen, etc.), Inkontinenz, Demenz und Depressionen werden im Abschnitt 5.6 „Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen" dargestellt. Auf die Säuglingssterblichkeit wird im Abschnitt 5.2 „Frauen in der reproduktiven Phase" eingegangen.

Als Datenbasis stehen die Todesursachenstatistik, die Spitalsentlassungsstatistik, Daten des Österreichischen Krebsregisters, der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenstandsmeldungen) sowie Daten aus Einzelstudien (wie z. B. dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001) zur Verfügung. Anmerkungen zur Aussagefähigkeit der jeweils zugrunde gelegten Daten finden sich in den jeweiligen Unterabschnitten. Die vorgenommenen Altersstandardisierungen stützen sich auf die Weltstandardbevölkerung der WHO. Die Standardisierung trägt dazu bei, bei Vergleichen den Einfluss, der sich aufgrund von Unterschieden in der Altersstruktur von Vergleichsgruppen ergibt, auszuschalten.

4.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Zusammenfassung

Frauen in Wien haben derzeit mit 81,3 Jahren eine um 5,6 Jahre höhere **Lebenserwartung** als Männer (75,7 Jahre). Die Geschlechterdifferenz hat sich im letzten Jahrzehnt allerdings zugunsten der Männer etwas verringert: Während es bei den Frauen lediglich zu einem Zuwachs von 2,5 Jahren kam, betrug der Anstieg bei den Männern 3,5 Jahre. Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** in Wien im letzten Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter gesunken. Frauen haben eine geringere **Sterblichkeit** als Männer, auch die **vorzeitige Sterblichkeit** ist bei ihnen geringer. Von den im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen sind von den Frauen 15 Prozent, von den Männern 32 Prozent vor dem 65. Lebensjahr verstorben. Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, höher. Eine Rolle dürfte der Großstadtfaktor spielen, wobei unter anderem Unterschiede im Lebensstil, im Bereich der Umwelt, in der Bevölkerungszusammensetzung (z. B. durch verstärkte Migration) zum Tragen kommen.

Summary: Life expectancy and mortality

*At 81.3 years, women's **life expectancy** currently exceeds that of men (75.7 years) by 5.6 years. The gender disparity, however, has narrowed over the last decade: While women's life expectancy only increased by 2.5 years, that of men increased by 3.5 years. Hand in hand with the growing life expectancy **mortality** has decreased in Vienna for both genders over the last decade. Women have a lower **mortality rate** than men, and **premature mortality** is also lower for them. Of all deaths in Vienna in 2004, 15 percent of women and 32 percent of men died before age 65. Vienna does not only have a life expectancy below the Austrian average, it also has higher mortality rates, in particular for women. The fact that Vienna is a large city probably plays a role here, among other factors because of different life styles, environmental factors, and the population structure (e.g. increased migration).*

4.2 Todesursachen

Zusammenfassung

Hauptursache der Sterblichkeit von Frauen und Männern sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. ein Viertel an Krebs. Bei den Männern sind lediglich ca. 40 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. 30 Prozent an Krebs. Hauptursache der **vorzeitigen Sterblichkeit** sind die Krebserkrankungen: Nahezu jede zweite vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann stirbt an Krebs. Hauptursache der **Krebsfrühsterblichkeit** bei den **Frauen** sind der Brustkrebs und der Lungenkrebs (je 10 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), bei den **Männern** der Lungenkrebs (10 Prozent). Eine wichtige Rolle im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit spielen des Weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Frauen 16 Prozent, Männer 22 Prozent). Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist vor allem dem Herzinfarkt zuzuschreiben. Etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und etwa jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann erliegt einem Herzinfarkt. Bei den Frauen gewinnen die Ischämische Herzkrankheit bzw. der Herzinfarkt erst im höheren Alter vermehrt an Bedeutung.

Summary: Causes of death

*The **main causes of death** for both women and men are **cardiovascular diseases** and **cancer**. More than half of all women who died in Vienna in 2004 died of a cardiovascular disease, and approximately one quarter died of cancer. For men, only approx. 40 percent died of a cardiovascular disease, and approx. 30 percent died of cancer. The main cause of **premature death** is cancer: Nearly one in two women and one in three men who die before age 65 die of cancer. The main causes of **premature cancer-related deaths** are cancer of the mammary glands and lung cancer for **women** (approx. 10 percent of premature deaths each) and lung cancer for **men** (10 percent). Another significant cause of premature death are cardiovascular diseases (16 percent for women, 22 percent for men). The higher rate of premature cardiovascular disease related deaths in men is in particular due to cardiac infarctions. Approximately one in twenty women and one in ten men who die before age 65 die of a cardiac infarction. For women, ischaemic heart disease and cardiac infarctions only become more significant in higher age.*

Einleitung

Die Ursachen für die im Vergleich zu den Männern deutlich günstigere Situation von Frauen hinsichtlich Lebenserwartung und Sterblichkeit sind nur in Ansätzen bekannt. Wichtige Anhaltspunkte liefern die geschlechtsspezifischen Todesursachen. Frauen und Männer leiden an zum Teil verschiedenen Krankheiten, die sich auf die Lebenserwartung unterschiedlich auswirken. Die Ursachen für diese Unterschiede im Krankheitsspektrum der Geschlechter sind nur zum Teil erforscht, eine Rolle spielen biologische, soziale und verhaltensabhängige Faktoren.

4.2.1 Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen (50,6 Prozent) ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Grundleiden) verstorben, dagegen waren es bei den in diesem Jahr verstorbenen Männern lediglich 39,8 Prozent. Dagegen sind Krebssterbefälle bei den Frauen seltener (24,2 Prozent) als bei den Männern (29,1 Prozent). Zusammen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Jahr 2004 für drei Viertel der Sterbefälle von Frauen (74,8 Prozent) und für über zwei Drittel der Sterbefälle von Männern (68,9 Prozent) verantwortlich. Im Vergleich dazu sind Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdau-

ungsorgane sowie aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen im Spektrum der Todesursachen seltener. Frauen sind außerdem davon weniger betroffen als Männer. Von den im Jahr 2004 verstorbenen Wiener Frauen sind 5,0 Prozent an Krankheiten der Atmungsorgane, 4,4 Prozent an Krankheiten der Verdauungsorgane und 3,3 Prozent aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen verstorben. Bei den Männern waren Krankheiten der Verdauungsorgane für 6,8 Prozent der Sterbefälle, Verletzungen und Vergiftungen für 6,3 Prozent der Sterbefälle und Krankheiten der Atmungsorgane für 5,6 Prozent der Sterbefälle des Jahres 2004 verantwortlich.

Tabelle 4.4: Todesursachen in Wien 2004 nach Geschlecht

Todesursachen (ICD 10)	Gestorbene			Gestorbene in % aller Sterbefälle		Standardisierte Rate* je 100.000		Gestorbene unter 65 Jahren			
	absolut		davon entfallen auf Frauen in %					Frauen		Männer	
	Frauen	Männer		Frauen	Männer	Frauen	Männer	absolut	in % aller Sterbefälle	absolut	in % aller Sterbefälle
insgesamt <A00–Y89>	**8.873**	**7.110**	***55,5***	***100***	***100***	**381,0**	**628,1**	**1.297**	***100***	**2.266**	***100***
darunter:											
Infektiöse und parasitäre Krankheiten <A00–B99>	**86**	**86**	***50,0***	***1,0***	***1,2***	**5,5**	**8,4**	**29**	***2,2***	**63**	***2,8***
Bösartige Neubildungen <C00–C97>	**2.144**	**2.071**	***50,9***	***24,2***	***29,1***	**116,2**	**182,3**	**589**	***45,4***	**738**	***32,6***
BN d. Lippe, Mundhöhle u. d. Rachens <C00–C14>	19	85	*18,3*	*0,2*	*1,2*	1,0	7,8	5	*0,4*	53	*2,3*
BN des Magens <C16>	106	89	*54,4*	*1,2*	*1,3*	5,1	7,6	23	*1,8*	30	*1,3*
BN des Dickdarmes <C18>	198	194	*50,5*	*2,2*	*2,7*	8,8	16,6	26	*2,0*	37	*1,6*
BN der Luftröhre, Bronchien u. Lunge <C33–C34>	297	519	*36,4*	*3,3*	*7,3*	18,6	46,6	125	*9,6*	230	*10,2*
BN der Brustdrüse <C50>	398	3	*99,3*	*4,5*	*0,0*	23,2	0,2	135	*10,4*	–	–
BN der Gebärmutter <C53–C55>	98	–	*100*	*1,1*	–	5,7	–	32	*2,5*	–	–
BN des Ovariums <C56>	113	–	*100*	*1,3*	–	7,0	–	36	*2,8*	–	–
BN der Prostata <C61>	–	211	–	–	*3,0*	–	17,5	–	–	21	*0,9*
BN der Niere <C64>	32	50	*39,0*	*0,4*	*0,7*	1,6	4,4	7	*0,5*	18	*0,8*
BN der Harnblase <C67>	45	75	*37,5*	*0,5*	*1,1*	1,8	6,5	2	*0,2*	20	*0,9*
BN d. lymphat-.u.hämatopoet. Gewebes <C81–C96>	180	169	*51,6*	*2,0*	*2,4*	8,9	14,9	34	*2,6*	57	*2,5*
Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten <E00–E90>	**437**	**332**	***56,8***	***4,9***	***4,7***	**20,2**	**28,7**	**61**	***4,7***	**97**	***4,3***
Diabetes mellitus <E10–E14>	363	280	*56,5*	*4,1*	*3,9*	14,6	23,6	25	*1,9*	61	*2,7*
Psychische und Verhaltensstörungen <F00–F99>	**37**	**120**	***23,6***	***0,4***	***1,7***	**4,1**	**13,3**	**28**	***2,2***	**98**	***4,3***
Krankheiten des Nervensystems <G00–H95>	**149**	**119**	***55,6***	***1,7***	***1,7***	**7,1**	**10,7**	**28**	***2,2***	**35**	***1,5***
Krankheiten d. Herz-Kreislaufsystems<I00–I99>	**4.494**	**2.833**	***61,3***	***50,6***	***39,8***	**146,8**	**235,0**	**209**	***16,1***	**495**	***21,8***
Ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>	2.342	1.679	*58,2*	*26,4*	*23,6*	77,6	139,9	113	*8,7*	316	*13,9*
Akuter Myokardinfarkt <I21–I22>	637	733	*46,5*	*7,2*	*10,3*	26,6	63,2	68	*5,2*	217	*9,6*
andere Herzkrankheiten <I30–I33, I39–I52>	806	431	*65,2*	*9,1*	*6,1*	24,4	35,4	21	*1,6*	60	*2,6*
Hirngefäßkrankheiten <I60–I69>	579	340	*63,0*	*6,5*	*4,8*	19,8	28,2	33	*2,5*	61	*2,7*
Krankheiten der Atmungsorgane <J00–J99>	**447**	**395**	***53,1***	***5,0***	***5,6***	**16,9**	**32,7**	**42**	***3,2***	**69**	***3,0***
Krankheiten der Verdauungsorgane <K00–K93>	**392**	**484**	***44,7***	***4,4***	***6,8***	**20,8**	**45,0**	**118**	***9,1***	**300**	***13,2***
Chron. Leberkrankheit u. -zirrhose <K70, K73–K74>	151	336	*31,0*	*1,7*	*4,7*	11,0	31,7	94	*7,2*	239	*10,5*
Verletzungen und Vergiftungen <V01–Y89>	**314**	**445**	***41,4***	***3,5***	***6,3***	**19,6**	**46,8**	**106**	***8,2***	**287**	***12,7***
Unfälle <V01–X59>	200	224	*47,2*	*2,3*	*3,2*	9,7	23,2	38	*2,9*	121	*5,3*
Transportmittelunfälle <V01–V99>	35	54	*39,3*	*0,4*	*0,8*	3,0	6,0	16	*1,2*	45	*2,0*
Selbstmord und Selbstbeschädigung <X60–X84>	74	181	*29,0*	*0,8*	*2,5*	6,4	19,3	46	*3,5*	138	*6,1*

* Standardisiert nach der Weltstandardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i); sowie Arbeitstabellen der Statistik Austria (Tabelle 2.24); eigene Berechnungen.

4.2 Todesursachen

Zusammenfassung

Hauptursache der Sterblichkeit von Frauen und Männern sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. ein Viertel an Krebs. Bei den Männern sind lediglich ca. 40 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. 30 Prozent an Krebs. Hauptursache der **vorzeitigen Sterblichkeit** sind die Krebserkrankungen: Nahezu jede zweite vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann stirbt an Krebs. Hauptursache der **Krebsfrühsterblichkeit** bei den **Frauen** sind der Brustkrebs und der Lungenkrebs (je 10 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), bei den **Männern** der Lungenkrebs (10 Prozent). Eine wichtige Rolle im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit spielen des Weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Frauen 16 Prozent, Männer 22 Prozent). Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist vor allem dem Herzinfarkt zuzuschreiben. Etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und etwa jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann erliegt einem Herzinfarkt. Bei den Frauen gewinnen die Ischämische Herzkrankheit bzw. der Herzinfarkt erst im höheren Alter vermehrt an Bedeutung.

Summary: Causes of death

*The **main causes of death** for both women and men are **cardiovascular diseases** and **cancer**. More than half of all women who died in Vienna in 2004 died of a cardiovascular disease, and approximately one quarter died of cancer. For men, only approx. 40 percent died of a cardiovascular disease, and approx. 30 percent died of cancer. The main cause of **premature death** is cancer: Nearly one in two women and one in three men who die before age 65 die of cancer. The main causes of **premature cancer-related deaths** are cancer of the mammary glands and lung cancer for **women** (approx. 10 percent of premature deaths each) and lung cancer for **men** (10 percent). Another significant cause of premature death are cardiovascular diseases (16 percent for women, 22 percent for men). The higher rate of premature cardiovascular disease related deaths in men is in particular due to cardiac infarctions. Approximately one in twenty women and one in ten men who die before age 65 die of a cardiac infarction. For women, ischaemic heart disease and cardiac infarctions only become more significant in higher age.*

Einleitung

Die Ursachen für die im Vergleich zu den Männern deutlich günstigere Situation von Frauen hinsichtlich Lebenserwartung und Sterblichkeit sind nur in Ansätzen bekannt. Wichtige Anhaltspunkte liefern die geschlechtsspezifischen Todesursachen. Frauen und Männer leiden an zum Teil verschiedenen Krankheiten, die sich auf die Lebenserwartung unterschiedlich auswirken. Die Ursachen für diese Unterschiede im Krankheitsspektrum der Geschlechter sind nur zum Teil erforscht, eine Rolle spielen biologische, soziale und verhaltensabhängige Faktoren.

4.2.1 Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen (50,6 Prozent) ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Grundleiden) verstorben, dagegen waren es bei den in diesem Jahr verstorbenen Männern lediglich 39,8 Prozent. Dagegen sind Krebssterbefälle bei den Frauen seltener (24,2 Prozent) als bei den Männern (29,1 Prozent). Zusammen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Jahr 2004 für drei Viertel der Sterbefälle von Frauen (74,8 Prozent) und für über zwei Drittel der Sterbefälle von Männern (68,9 Prozent) verantwortlich. Im Vergleich dazu sind Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdau-

Was die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** betrifft, so sind mehr als ein Viertel der im Jahr 2004 verstorbenen Frauen (26,4 Prozent) und knapp ein Viertel aller Männer (23,6 Prozent) an *Ischämischen Herzkrankheiten* verstorben, zu denen auch der Herzinfarkt zählt. Letzterer war in 7,2 Prozent der Todesfälle von Frauen und 10,3 Prozent der Todesfälle von Männern Grundleiden. Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall) waren dagegen etwas seltener Todesursache. 6,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 4,8 Prozent der Sterbefälle von Männern waren 2004 darauf zurückzuführen.

Die häufigsten **Krebstodesursachen** sind bei den Frauen der Brustkrebs (4,5 Prozent aller Sterbefälle des Jahres 2004), der Lungenkrebs (3,3 Prozent), der Dickdarmkrebs (2,2 Prozent), der Eierstockkrebs (1,3 Prozent) und der Gebärmutterkrebs (1,1 Prozent). Bei den Männern ist der Lungenkrebs (7,3 Prozent aller Sterbefälle) die mit Abstand häufigste Krebstodesursache, gefolgt vom Prostatakrebs (3,0 Prozent) und Dickdarmkrebs (2,7 Prozent).

4.2.2 Todesursachen im Geschlechtervergleich

55,5 Prozent der im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen waren Frauen. Der **Frauenanteil** variiert je nach Todesursachengruppe bzw. Todesursache. Am höchsten ist er bei den *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems*. Dagegen erleiden mehr Männer als Frauen einen tödlichen Herzinfarkt. Bei den *Krebserkrankungen* halten sich Frauen- und Männeranteil in etwa die Waage. Abgesehen von den Krebserkrankungen, die (fast) ausschließlich bei Frauen vorkommen, wie Brust-, Gebärmutter- und Eierstockkrebs, versterben auch mehr Frauen als Männer an Magenkrebs. Der Männeranteil überwiegt (abgesehen vom Prostatakrebs) dagegen bei Lungen-, Harnblasen- und Nierenkrebs. Mehr Frauen als Männer sterben an *Krankheiten des Nervensystems* sowie an *Stoffwechselkrankheiten* (auch an Diabetes mellitus). Dagegen überwiegen bei den Todesfällen aufgrund von *psychischen und Verhaltensstörungen* (zurückzuführen vor allem auf Störungen durch Alkohol), von *Krankheiten der Verdauungsorgane* (hier insbesondere bei den Lebererkrankungen) und von *Verletzungen und Vergiftungen* (hier insbesondere bei Selbstmord und Selbstbeschädigung sowie bei Transportmittelunfällen) Todesfälle von Männern.

Obwohl in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer sterben, ist die **altersstandardisierte Sterblichkeit** der Frauen deutlich niedriger als jene der Männer. Die höhere Zahl weiblicher Sterbefälle ist vor allem ein Resultat des Überwiegens der Zahl der Frauen sowie ihres höheren Alters. Schaltet man mittels Altersstandardisierung den aus der unterschiedlichen Alterstruktur der Geschlechter resultieren Einfluss aus, so ist die Sterblichkeit der Frauen um ca. vierzig Prozent niedriger als jene der Männer. Die standardisierte Sterblichkeit von Frauen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartigen Neubildungen ist etwa ein Drittel, jene aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane um etwa die Hälfte und jene aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen um nahezu 60 Prozent niedriger als die der Männer.

Unter den *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* ergeben sich vor allem beim Akuten Myokardinfarkt große Geschlechtsunterschiede: Die standardisierte Sterblichkeit der Frauen liegt hier nahezu 60 Prozent unter jener der Männer.

Im Rahmen der *Krebssterblichkeit* bestehen (abgesehen von den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen) vor allem deutliche Geschlechtsunterschiede bei bösartigen Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens (das Sterberisiko der Frauen liegt hier um 86 Prozent unter jenem der Männer), bei bösartigen Neubildungen der Harnblase (Frauen haben hier ein um 70 Prozent niedrigeres Sterberisiko) sowie bei bösartigen Neubildungen der Niere und beim Lungenkrebs (wo die Sterblichkeit der Frauen um ca. 60 Prozent unter jener der Männer liegt).

4.2.3 Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit

In Wien sind im Jahr 2004 1.297 Frauen und 2.266 Männer vor dem 65. Lebensjahr gestorben, das sind 14,6 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 31,9 Prozent jener der Männer. Bestimmend für die **vorzeitige Sterblichkeit** (d. h. der Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) der Frauen (und Männer) sind vor allem die *Krebserkrankungen*: Im Jahr 2004 ist in Wien nahezu jede zweite (45,4 Prozent) vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann (32,6 Prozent) an einer Krebserkrankung gestorben. Die wichtigste Rolle im Rahmen der Krebsfrühsterblichkeit der Frauen spielen der

Brustkrebs (10,4 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), der Lungenkrebs (9,6 Prozent) sowie die Krebserkrankungen der Gebärmutter und Eierstöcke (zusammen 5,3 Prozent). Bei den Männern steht im Rahmen der Krebsfrühsterblichkeit der Lungenkrebs im Vordergrund (10,2 Prozent). Ebenso viele Männer sterben vor dem 65. Lebensjahr an Herzinfarkt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die insgesamt bei beiden Geschlechtern die wichtigste Todesursachengruppe sind, sind lediglich für 16,1 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle von Frauen und 21,8 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle von Männern ausschlaggebend. Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an dieser Krankheitsgruppe ist vor allem auf die Ischämischen Herzkrankheiten, insbesondere den Herzinfarkt, zurückzuführen. Nahezu jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann (9,6) ist einem Herzinfarkt erlegen, aber nur etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau (5,2 Prozent). Bei den Frauen gewinnen Ischämische Herzkrankheiten erst mit dem Alter vermehrt an Bedeutung, im jüngeren und mittleren Lebensalter scheinen Frauen durch ihre hormonelle Konstellation eher davor geschützt zu sein. Eine wichtige Ursache für die vorzeitige Sterblichkeit sind *Verletzungen und Vergiftungen*. Diese sind jedoch bei den Frauen etwas seltener Ursache der vorzeitigen Sterblichkeit als bei den Männern: 8,2 Prozent Frauen und 12,7 Prozent der vor dem 65. Lebensjahr verstorbenen Männer sind an Verletzungen und Vergiftungen gestorben.

Analog zurden Unterschieden in der vorzeitigen Sterblichkeit ergeben sich je Todesursache und Geschlecht auch Unterschiede im durchschnittlichen Sterbealter: Während es bei den Krebserkrankungen, insbesondere beim Brustkrebs (71,0 Jahre, bezogen auf Wien im Jahr 2004), niedrig ist, ist es bei den Krankheiten des Kreislaufsystems hoch (Frauen 84,4 Jahre, Männer 76,9 Jahre). Das durchschnittliche Sterbealter für Herzinfarkt ist etwas niedriger und liegt bei den Frauen etwa 8 Jahre über dem der Männer (Frauen 79,9 Jahre, Männer 71,8 Jahre). Im Vergleich dazu ist das durchschnittliche Sterbealter für die Arteriosklerose deutlich höher, auch der Geschlechtsunterschied ist hier geringer (86,0 Jahre, Männer 82,0 Jahre). Das niedrigste durchschnittliche Sterbealter findet sich bei beiden Geschlechtern bei den Verletzungen und Vergiftungen (Frauen 69,1 Jahre, Männer 55,0 Jahre), insbesondere den Transportmittelunfällen (Frauen 58,1 Jahre, Männer 46,3 Jahre).[98]

[98] Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Was die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** betrifft, so sind mehr als ein Viertel der im Jahr 2004 verstorbenen Frauen (26,4 Prozent) und knapp ein Viertel aller Männer (23,6 Prozent) an *Ischämischen Herzkrankheiten* verstorben, zu denen auch der Herzinfarkt zählt. Letzterer war in 7,2 Prozent der Todesfälle von Frauen und 10,3 Prozent der Todesfälle von Männern Grundleiden. Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall) waren dagegen etwas seltener Todesursache. 6,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 4,8 Prozent der Sterbefälle von Männern waren 2004 darauf zurückzuführen.

Die häufigsten **Krebstodesursachen** sind bei den Frauen der Brustkrebs (4,5 Prozent aller Sterbefälle des Jahres 2004), der Lungenkrebs (3,3 Prozent), der Dickdarmkrebs (2,2 Prozent), der Eierstockkrebs (1,3 Prozent) und der Gebärmutterkrebs (1,1 Prozent). Bei den Männern ist der Lungenkrebs (7,3 Prozent aller Sterbefälle) die mit Abstand häufigste Krebstodesursache, gefolgt vom Prostatakrebs (3,0 Prozent) und Dickdarmkrebs (2,7 Prozent).

4.2.2 Todesursachen im Geschlechtervergleich

55,5 Prozent der im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen waren Frauen. Der **Frauenanteil** variiert je nach Todesursachengruppe bzw. Todesursache. Am höchsten ist er bei den *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems*. Dagegen erleiden mehr Männer als Frauen einen tödlichen Herzinfarkt. Bei den *Krebserkrankungen* halten sich Frauen- und Männeranteil in etwa die Waage. Abgesehen von den Krebserkrankungen, die (fast) ausschließlich bei Frauen vorkommen, wie Brust-, Gebärmutter- und Eierstockkrebs, versterben auch mehr Frauen als Männer an Magenkrebs. Der Männeranteil überwiegt (abgesehen vom Prostatakrebs) dagegen bei Lungen-, Harnblasen- und Nierenkrebs. Mehr Frauen als Männer sterben an *Krankheiten des Nervensystems* sowie an *Stoffwechselkrankheiten* (auch an Diabetes mellitus). Dagegen überwiegen bei den Todesfällen aufgrund von *psychischen und Verhaltensstörungen* (zurückzuführen vor allem auf Störungen durch Alkohol), von *Krankheiten der Verdauungsorgane* (hier insbesondere bei den Lebererkrankungen) und von *Verletzungen und Vergiftungen* (hier insbesondere bei Selbstmord und Selbstbeschädigung sowie bei Transportmittelunfällen) Todesfälle von Männern.

Obwohl in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer sterben, ist die **altersstandardisierte Sterblichkeit** der Frauen deutlich niedriger als jene der Männer. Die höhere Zahl weiblicher Sterbefälle ist vor allem ein Resultat des Überwiegens der Zahl der Frauen sowie ihres höheren Alters. Schaltet man mittels Altersstandardisierung den aus der unterschiedlichen Alterstruktur der Geschlechter resultieren Einfluss aus, so ist die Sterblichkeit der Frauen um ca. vierzig Prozent niedriger als jene der Männer. Die standardisierte Sterblichkeit von Frauen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartigen Neubildungen ist etwa ein Drittel, jene aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane um etwa die Hälfte und jene aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen um nahezu 60 Prozent niedriger als die der Männer.

Unter den *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* ergeben sich vor allem beim Akuten Myokardinfarkt große Geschlechtsunterschiede: Die standardisierte Sterblichkeit der Frauen liegt hier nahezu 60 Prozent unter jener der Männer.

Im Rahmen der *Krebssterblichkeit* bestehen (abgesehen von den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen) vor allem deutliche Geschlechtsunterschiede bei bösartigen Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens (das Sterberisiko der Frauen liegt hier um 86 Prozent unter jenem der Männer), bei bösartigen Neubildungen der Harnblase (Frauen haben hier ein um 70 Prozent niedrigeres Sterberisiko) sowie bei bösartigen Neubildungen der Niere und beim Lungenkrebs (wo die Sterblichkeit der Frauen um ca. 60 Prozent unter jener der Männer liegt).

4.2.3 Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit

In Wien sind im Jahr 2004 1.297 Frauen und 2.266 Männer vor dem 65. Lebensjahr gestorben, das sind 14,6 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 31,9 Prozent jener der Männer. Bestimmend für die **vorzeitige Sterblichkeit** (d. h. der Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) der Frauen (und Männer) sind vor allem die *Krebserkrankungen*: Im Jahr 2004 ist in Wien nahezu jede zweite (45,4 Prozent) vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann (32,6 Prozent) an einer Krebserkrankung gestorben. Die wichtigste Rolle im Rahmen der Krebsfrühsterblichkeit der Frauen spielen der

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören international zu den häufigsten Todesursachen. Österreich liegt im Vergleich europäischer Länder bei der Herz-Kreislauf-Mortalität im oberen Bereich. Die höchste Herz-Kreislauf-Mortalität innerhalb Europas findet sich in den ehemaligen Ostblockstaaten (Ungarn, Slowakei, Tschechien, etc.). Bei den Frauen sind die Mortalitätsraten niedriger als bei den Männern; auch die Unterschiede zwischen den Ländern sind bei den Frauen geringer.[99]

Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen alle Erkrankungen des arteriellen und venösen Systems. Es sind dies nach ICD-10 (International Classification of Diseases) im Einzelnen folgende Diagnosen: Akutes rheumatisches Fieber (I00–I02), Chronische rheumatische Herzkrankheiten (I005–I09), Hypertonie (Hochdruckkrankheit; I10–I15), Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25; zu denen auch der Herzinfarkt gehört), Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26–I28), Sonstige Formen der Herzkrankheit inkl. Herzinsuffizienz (I30–I52), Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69), Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70–I79), Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (I80–I89), Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (I95–I99). Das Augenmerk gilt hier vor allem den Ischämischen Herzkrankheiten, da sich insbesondere hier frauenspezifische Besonderheiten zeigen.

Zur Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

Bis in die 1970er Jahre wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen fast ausschließlich bei Männern thematisiert.[100] Die höheren Inzidenz- und Prävalenzraten von Herzerkrankungen sowie die höhere Sterblichkeit infolge dieser Erkrankungen (insbesondere an der Ischämischen Herzkrankheit) bei Männern mittleren Alters haben dazu geführt, die koronare Herzkrankheit vorwiegend als Sache des Mannes mittleren Alters zu sehen.

Auf Defizite hinsichtlich der Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und die Benachteiligung von Frauen bei der Diagnostik und Therapie der Ischämischen Herzkrankheit wurde anhand von Studien zunächst in den USA und später auch in Europa aufmerksam gemacht.[101] Um die frauenspezifischen Besonderheiten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen genauer zu bestimmen, wurden Studien, in die auch Frauen einbezogen waren, nachträglich unter geschlechtsspezifischen Aspekten ausgewertet,[102] was allerdings nur begrenzt möglich war. Aufgrund des Alterslimits in den Studien standen meist nur wenige Patientinnen zur Verfügung. Aber auch ethische Gründe (Vermeidung von Medikamentenwirkungen im Falle nicht bekannter Frühschwangerschaft) trugen zum Ausschluss von Frauen aus einschlägigen Studien bei. Außerdem ließ sich ein wichtiges therapeutisches Erfolgskriterium beim Herzinfarkt, nämlich die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, bei Frauen (aufgrund ihrer geringeren Erwerbsbeteiligung bzw. des späteren Auftretens von Herzerkrankungen) meist nicht überprüfen.[103] Der Ausschluss von Frauen aus den Studien bedeutet unter anderem, dass Frauen verabreichte Medikamente nicht für Frauen ausgetestet wurden.[104]

Erst in den späten 70er Jahren wurden frauenspezifische Untersuchungen durchgeführt, wie etwa die prospektive „Nurses Health Study".[105] 1991 initiierten die National Institutes of Health der USA die Women's Health Initiative (WHI).[106] Ziel der Studie war es unter anderem, den Einfluss der hormonellen Situation der Frau auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bestimmen. Dahinter steht die Frage, inwieweit die körpereigenen Östrogene einen Schutzfaktor gegen den Herzinfarkt darstellen[107] bzw. ab der Menopause die Hormonersatztherapie davor schützt.

99 OECD, Health Data 2002; zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 34.
100 NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE (1990).
101 ANYANIAN et al. (1991); STEINGART et al. (1991); WENGER (1992); DELLBORG, SWEDBERG (1993); WENGER et al. (1993), ZÖLLER (1999).
102 Z. B. KANNEL (1987).
103 BMFSFJ (2001).
104 HOCHLEITNER (2005), S. 79 f.
105 BELANGER et al. (1978).
106 ASSAF, CARLETON (1996).
107 JOHNSON (1996).

Festgestellt wurden (zunächst für die USA) Benachteiligungen von Frauen bei der Diagnose und Therapie des Herzinfarkts. Auswertungen des MONICA Herzinfarktregisters Augsburg[108] im Jahr 1995 zeigen für die Krankenhausbehandlungsfälle der Jahre 1985 bis 1992 in der Region Augsburg (Alter: 25 bis 74 Jahre), dass (mit Ausnahme der Koronarangiografien) seit 1989 keine Geschlechtsunterschiede in der Akutbehandlung mit modernen Behandlungsverfahren mehr bestanden haben.[109] Aufgrund des Alterslimits ist jedoch ein Großteil der betroffenen Frauen aus der Studie ausgeschlossen.[110] Die Analyse des GUSTO-I-Trials,[111] in welches mehr als 30.000 Männer und 10.000 Frauen nach Herzinfarkt einbezogen waren, ergab, dass Geschlechtsunterschiede in der Behandlung mit Thrombolytika (Medikamente zur frühzeitigen Auflösung des die Herzkranzarterie verschließenden Thrombus) überwiegend auf die bei Frauen längere Zeitspanne zwischen dem Auftreten des Herzinfarkts und der Einlieferung in das Krankenhaus zurückzuführen waren. Die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wird auf die weniger spezifische Beschwerdesymptomatik von Frauen zurückgeführt.[112] Auch die Lebensumstände älterer Frauen, die zu einem erheblichen Teil allein stehend sind, verzögern häufig die rechtzeitige Kontaktierung des notfallmedizinischen Systems.[113]

Laut Forschungsergebnissen an der Universitätsklinik Innsbruck kommen auch in Österreich Frauen bei einem Herzinfarkt oft erst in einem fortgeschrittenerem Stadium der Erkrankung ins Krankenhaus, obwohl sie häufiger als Männer zum niedergelassenen Arzt gehen. 67,9 Prozent der untersuchten Frauen im Vergleich zu 59,7 Prozent der Männer waren bereits vorher in ärztlicher Behandlung. Es zeigte sich, dass Frauen häufiger mit dem Rettungswagen und seltener mit dem Notarztwagen als Männer in die Klinik eingeliefert werden, keine einzige Frau wurde mit dem Notarzthubschrauber in die Klinik gebracht im Vergleich zu drei Prozent der Männer. Die Art des Transportes ist jedoch nicht nur für das prähospitale Risiko, sondern auch für das weitere Vorgehen im Krankenhaus von Bedeutung.[114] Bei Männern werden außerdem deutlich häufiger Herzkatheteruntersuchungen und Bypass-Operationen durchgeführt als bei Frauen, auch im Zeitvergleich ist hier keine Verbesserung festzustellen.[115] Bei Anschlussheilverfahren (Betreuung in einem Rehabilitationszentrum) nach einer Bypass-Operation zeigte sich im Erhebungsjahr 1995 eine krasse Benachteiligung von Frauen. Allerdings kam es zwischen 1995 und 2000 zu einer deutlichen Verringerung der Geschlechterdifferenz. Für Frauen wurde außerdem eine erhöhte Mortalität nach dem Herzinfarkt festgestellt. Besonders starken Benachteiligungen unterliegen Migrantinnen.[116]

Die vorliegenden Studien verweisen auf die Erfordernis einer besonderen Sensibilität gegenüber Benachteiligungen von Frauen, und hier insbesondere von Migrantinnen, hinsichtlich des Zugangs zur Behandlung sowie bei der Diagnose und Therapie der koronaren Herzkrankheit.

Herzinfarktsymptome bei Frauen

Wichtig für die rechtzeitige Kontaktierung des notfallmedizinischen Systems und damit die Verbesserung der Überlebenschance bei einem Herzinfarkt ist die Kenntnis der frauenspezifischen Besonderheiten in der Herzsymptomatik. Nach den Ergebnissen des Augsburger Herzinfarktregisters (MONICA-Projekt) beginnt der Herzinfarkt bei der überwiegenden Mehrheit (Frauen: 82 Prozent, Männer: 85 Prozent) mit plötzlich auftretenden, brennenden oder stechenden Brustschmerzen. Über die als typisch geltende Ausstrahlung in den linken Arm berichten nur 57 Prozent der Frauen und 52 Prozent der Männer. Weitere plötzlich einsetzende Symptome sind (mit abnehmender Häufigkeit) der Ausbruch von kaltem Schweiß (typischer für Män-

[108] Das MONICA Projekt Augsburg (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) ist seit 1984 in das weltweite MONICA Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingebunden. Die Datenerhebungsphase ist abgeschlossen, die Daten stehen für weitere Analysen zur Verfügung.

[109] LÖWEL et al. (1995).

[110] Vgl. dazu HOCHLEITNER (2005), S. 77.

[111] WEAVER et al. (1996).

[112] MAYNARD et al. (1991).

[113] HÄRTEL, LÖWEL (1998); LÖWEL et al. (1998).

[114] HOCHLEITNER (1997 UND 1998).

[115] HOCHLEITNER (2000).

[116] HOCHLEITNER, BADER (2004); HOCHLEITNER (2005).

ner), Übelkeit und Erbrechen (typischer für Frauen), Atemnot, Schmerzen zwischen den Schulterblättern (typischer für Frauen), Todesangst, Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, in den Kiefer/Nacken (typischer für Frauen) und den Oberbauch. Diese Beschwerden treten in unterschiedlichen Kombinationen und mit unterschiedlicher Intensität auf. Sie werden insbesondere bei Frauen oft fehlgedeutet bzw. unterschätzt, weil Betroffene und Anwesende nicht mit der als für Männer typisch geltenden Krankheit rechnen. Die bei Frauen häufigeren Symptome (schlagartige Übelkeit mit und ohne Erbrechen und/oder ziehende bzw. stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern) werden oft nicht mit einem Herzinfarkt in Verbindung gebracht. Aufklärung ist hier daher besonders wichtig.

Tabelle 4.5: Akute Herzinfarktsymptome nach Geschlecht

	Frauen	Männer	relatives Risiko*
	Prozent, altersstandardisiert		
Brustschmerz	*82*	*85*	n.s
Schmerz im linken Arm	*57*	*52*	1,10
Schweißausbruch	*48*	*54*	0,88
Übelkeit/Erbrechen	*49*	*35*	1,40
Atemnot	*45*	*43*	n.s
Schmerz in linker Schulter	*36*	*21*	1,68
Todesangst	*34*	*31*	n.s
Schmerz im rechten Arm	*30*	*28*	n.s
Schmerz in Kiefer/Nacken	*29*	*24*	1,36
Oberbauchbeschwerden	*11*	*14*	n.s

* Konfidenzintervall: 95 Prozent; n.s = nicht signifikant.
Population: 3.959 KrankenhauspatientInnen.

Quelle: MONICA Augsburg Herzinfarktregister 1985–1995; zitiert nach BMFSFJ (2001), S. 125.

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Risikofaktoren für das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden zunächst vorwiegend bei Männern untersucht. Die Präventionskampagnen konzentrierten sich zuerst vorwiegend auf das Thema Bluthochdruck.[117] Zu den Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit zählen neben dem Bluthochdruck erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäre Belastung, soziale und psychosoziale Faktoren (berufliche Belastung, ungünstige Soziallage). Diese Risikofaktoren, die sich zu einem erheblichen Teil durch medikamentöse und verhaltensbezogene Maßnahmen präventiv beeinflussen lassen, gelten grundsätzlich für beide Geschlechter.[118] Allerdings bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß des Einflusses und im Zusammenwirken auf das Erkrankungsrisiko. Laut CORA- (Coronary Risk Factors for Atheriosclerosis in Women) Studie,[119] haben Frauen mit koronarer Herzkrankheit (ohne Ausnahme) zumindest einen der bekannten Risikofaktoren (hoher Blutdruck, Diabetes, Rauchen, Fettwechselstörung). In über 90 Prozent der Fälle liegt eine Kombination von zwei (oder mehreren) dieser Risikofaktoren vor. Häufigste Risikokonstellation ist bei Frauen das Metabolische Syndrom (Diabetes und zwei weitere Risiken), das sich bei zwei Drittel der Patientinnen findet. Diabetes (insbesondere die Insulinresistenz) ist bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit deutlich häufiger. Koronarkranke und gesunde Frauen unterscheiden sich bei Krankheitsausbruch weder in ihrem Gewicht, noch im Body Mass Index, jedoch deutlich im Taillenumfang. Außerdem erfolgt der Gewichtsanstieg bei ko-

[117] HOCHLEITNER (2005).
[118] DAVIGLUS et al (2003).
[119] ZYRIAX (2002). Verglichen wurden in Hamburg Patientinnen mit neu aufgetretener koronarer Herzkrankheit mit gleichaltrigen gesunden Frauen.

ronarkranken Frauen früher. Koronarerkrankungen gehen in hohem Maße mit einer ungünstigen Ernährung (kalorienreiche Ernährung, hohes Ausmaß an tierischen Fetten, wenig Obst und Gemüse) und wenig sportlicher Betätigung einher. Ernährungsfaktoren erklären laut CORA-Studie einen Großteil der aufgetretenen Koronarerkrankungen und beeinflussen die bekannten Risikofaktoren. Sie gelten daher als wichtiger Ansatzpunkt für die Prävention. Rauchen ist vor allem im Zusammenhang mit einem metabolischen Syndrom gefährlich, spielt aber auch in Verbindung mit der Hormonersatztherapie eine ungünstige Rolle.

Ingesamt erleiden laut CORA-Studie signifikant weniger Frauen unter Hormonersatztherapie einen Herzinfarkt, da sie zugleich einen gesünderen Lebensstil haben. Frauen unter Hormonersatztherapie, die einen Herzinfarkt erleiden, haben einen extrem ungünstigen Lebensstil (ungesunde Ernährung, häufiges Rauchen). Es gibt aber auch eine Untergruppe von Frauen, die aus genetischen Gründen nicht positiv auf Östrogene reagieren. Unter soziodemografischen Gesichtspunkten haben Frauen mit höherer Bildung und berufstätige Frauen ein geringeres Infarktrisiko.

Die Auswirkungen der Hormonersatztherapie auf die koronare Herzkrankheit werden in der Forschung kontroversiell diskutiert. Während in früheren Studien (es handelte sich hier überwiegend um Beobachtungsstudien) ein protektiver Effekt der Hormonersatztherapie auf koronare Ereignisse festgestellt wurde, konnte in randomisierten kontrollierten klinischen Studien, wie etwa der Women's Health Initiative-Studie (WHI)[120], ein solcher Effekt nicht nachgewiesen werden. Im Östrogen-Gestagen-Arm der WHI-Studie fand sich ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen. Im Östrogen-Arm der WHI-Studie wurde nach einer Beobachtungszeit von 6,8 Jahren (Median) keine Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos gefunden.

Viele der genannten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen in Wien weit verbreitet und großteils auch häufiger als im gesamten Bundesgebiet (wie etwa Bluthochdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen). Zu beobachten ist unter den Wienerinnen häufig eine Kumulation, d. h. ein gemeinsames Auftreten verschiedener Risikofaktoren, wie etwa starkes Rauchen, körperliche Inaktivität und Übergewicht,[121] wodurch sich das Erkrankungsrisiko potenziert. Im Frauen-Männer-Vergleich sind außerdem deutliche **altersspezifische Unterschiede** bei den somatischen und verhaltensbedingten Risikofaktoren erkennbar. Während bis zum mittleren Lebensalter (55 bis 65 Jahre) Männer stärker durch Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Übergewicht belastet sind als Frauen, sind im höheren Alter die Frauen diesen Risikofaktoren stärker ausgesetzt.[122]

Jahrzehntelang waren die Daten der Framingham-Studie[123] Ausgangspunkt aller Risikoabschätzungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Übertragung amerikanischer Studienergebnisse auf europäische Verhältnisse scheint jedoch nicht unproblematisch. Die Europäische Kardiologische Gesellschaft[124] hat für Europa eigene Risikoprofile für Frauen und Männer erstellt und berücksichtigt außerdem verschiedene Risikozonen. Unterschieden wird zwischen Ländern mit niedrigem Risiko (Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Schweiz und Portugal) und solchen mit hohem, zu denen auch Österreich zählt. Schwerpunkte der Risikoevaluierung sind Rauchstopp, gesunde Ernährung, Bewegungssteigerung, Übergewicht, Hochdruck, Blutfettwerte und Diabetes mellitus. Weitere Risikofaktoren werden noch eingearbeitet. Angeboten werden Tipps für Behandlungsstrategien und Lebensstilveränderungen.[125]

Morbidität und Mortalität

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung in Wien laut Eigenangeben 5,8 Prozent der Frauen und 6,7 Prozent der Männer von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen. Die Prävalenzen nehmen im höheren

120 WHI (Women's Health Initiative) (1998), (2002), (2004).

121 STADT WIEN (2002), S. 56 f.

122 Vgl. dazu auch STADT WIEN (2002), S. 56.

123 http://www.framingham.com/heart/

124 European Society of Cardiology; http://www.escardio.org/knowledge/decision_tools/heartscore/?hit=pna

125 Zitiert nach HOCHLEITNER (2006). In den Wissenschaftlichen Grundlagen für die VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 88, werden für Personen bis 39 Jahren der AHA (American Heart Association) Risk Calculator, für Personen ab 40 Jahren die New Zealand Risk Scale empfohlen.

Lebensalter zu. So etwa waren von den 60-Jährigen und älteren 15,2 Prozent der Frauen und 20,8 Prozent der Männer von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen.[126] Im Mikrozensus 1999 gaben von den in Privathaushalten lebenden Personen in Wien auf die Frage nach chronischen Krankheiten, an denen die Befragten dauernd leiden, 0,2 Prozent der Frauen und 0,4 Prozent der Männer Herzinfarkt sowie 0,2 Prozent der Frauen und 0,5 Prozent der Männer Schlaganfall an.[127] Nicht inkludiert ist in beiden Erhebungen die Anstaltenbevölkerung (vorwiegend in Pensionisten- und Pflegeheimen lebende Frauen höheren Alters).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen. Innerhalb dieser spielt die Ischämische Herzkrankheit und hier wiederum der Herzinfarkt eine herausragende Rolle. Im Jahr 2004 war in Wien bei jeder zweiten verstorbenen Frau (50,6 Prozent) und bei etwa jedem dritten verstorbenen Mann (39,8 Prozent) eine Herz-Kreislauf-Erkrankung Todesursache (Hauptdiagnose), bei etwa jeder und jedem vierten Verstorbenen eine Ischämische Herzkrankheit (Frauen 26,4 Prozent, Männer 23,6 Prozent), bei jeder vierzehnten verstorbenen Frau (7,2 Prozent) und jedem zehnten verstorbenen Mann (10,3 Prozent) ein akuter Myokardinfarkt. Männer sterben früher an den angeführten Krankheiten als Frauen *(vgl. dazu Tabelle 4.4)*. Auch die aufgrund dieser Diagnosen stationär behandelten Frauen sind durchwegs älter als die stationär behandelten Männer *(vgl. dazu Tabelle 4.7)*.

Während (in absoluten Zahlen und auch pro 100.000) mehr Frauen an *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems* und *Ischämischen Herzkrankheiten* versterben, überwiegen bei den Sterbefällen an akutem Myokardinfarkt die Männer. Eine Ausnahme zeigt sich für die ältere Bevölkerung: Und zwar sterben ab dem Alter von 75 Jahren mehr Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und Ischämischen Herzkrankheiten, ab dem Alter von 85 Jahren auch mehr Frauen an akutem Myokardinfarkt als Männer. Das Sterberisiko (Sterbefälle bezogen auf 100.000 der jeweiligen Bevölkerung) für die genannten Krankheitsgruppen bzw. Krankheiten ist jedoch bei Männern in *allen* Altersgruppen höher als jenes der Frauen. Allerdings verringert sich der Abstand mit zunehmendem Alter.[128]

Tabelle 4.6: Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (vollendete Jahre)	Sterbefälle (Diagnosen nach ICD-10)											
	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>				Ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>				Akuter Myokardinfarkt <I21–I22>			
	absolut		je 100.000		absolut		je 100.000		absolut		je 100.000	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0 – 14	1	–	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–
15 – 24	2	5	2,2	5,4	1	2	1,1	2,1	1	2	1,1	2,1
25 – 34	7	6	5,7	5,0	2	1	1,6	0,8	2	1	1,6	0,8
35 – 44	12	39	8,7	27,6	5	15	3,6	10,6	2	11	1,4	7,8
45 – 54	34	119	31,6	117,1	21	82	19,5	80,7	11	65	10,2	63,9
55 – 64	153	326	137,3	327,2	84	216	75,4	216,8	52	138	46,7	138,5
65 – 74	307	510	461,1	996,9	183	322	274,8	629,4	89	169	133,7	330,4
75 – 84	1.525	1.009	2.234,9	3.096,7	755	595	1.106,5	1.826,1	241	247	353,2	758,1
85+	2.453	819	10.952,4	12.113,6	1.291	446	5.764,2	6.596,7	239	100	1.067,1	1.479,1
gesamt	4.494	2.833	531,2	369,2	2.342	1.679	276,8	218,8	637	733	75,3	95,5

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 153f.; eigene Berechnungen.

126 STADT WIEN (2001), S. 198 f.

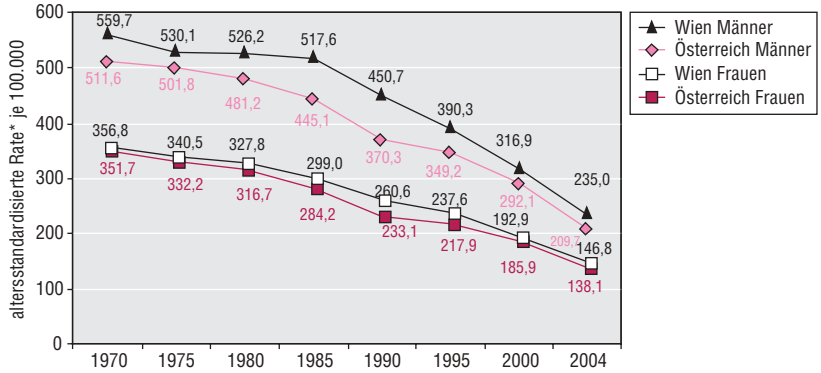
127 STADT WIEN (2002), S. 106 f.; STADT WIEN (2004), S. 93 f.

128 Eine Ausnahme findet sich bei den 25- bis 34-Jährigen, was jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen und Unterschiede schwer zu interpretieren ist.

Entwicklung der Mortalität

Die **Sterblichkeit** von Frauen (und Männern) aufgrund von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** konnte in den vergangenen Jahrzehnten in Wien (und im gesamten Bundesgebiet) deutlich reduziert werden. Sie ist in Wien höher als im gesamten Bundesgebiet. Bei den Frauen ist der Unterschied geringer als bei den Männern.

Grafik 4.1: Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (<I00–I99>) in Wien und Österreich 1970 bis 2004 nach Geschlecht

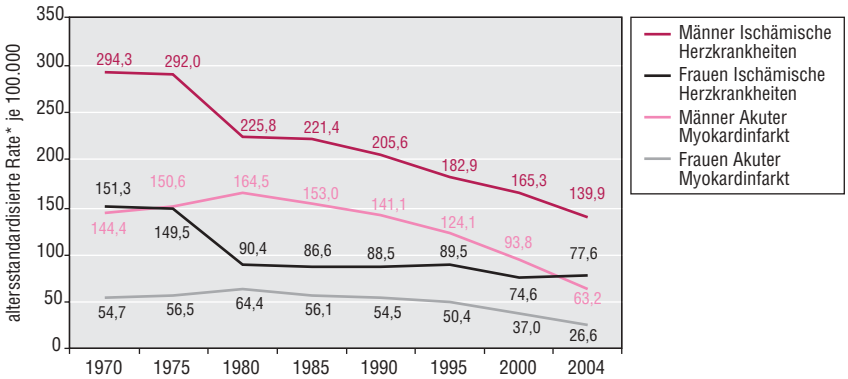


* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA.

Die Mortalität aufgrund **Ischämischer Herzkrankheiten** war bei Frauen seit den 80er Jahren nur schwach rückläufig, bei den Männern jedoch deutlich. Die Abnahme der Mortalität aufgrund der Ischämischen Herzkrankheit ist vor allem in Zusammenhang mit der Abnahme der Mortalität aufgrund von **Akutem Myokardinfarkt** zu sehen, die jedoch bei den Frauen geringer als bei den Männern ist.

Grafik 4.2: Sterbefälle aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (<I120–125>) und Akutem Myokardinfarkt (<I21–I22>) in Wien seit 1970 bis 2004 nach Geschlecht



* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA.

Der Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Akutem Myokardinfarkt kann sowohl durch einen Rückgang des Erkrankungsrisikos (etwa aufgrund präventiver Maßnahmen) und/oder einem geringeren Auftreten von Re-Infarkten bzw. einer Abnahme der Sterblichkeit nach Eintritt der Krankheit (etwa aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten) bedingt sein. Die Klärung dieser Frage setzt Verlaufsdaten zur Morbidität voraus. Bisher stehen solche Daten für Wien (und Österreich) nicht zur Verfügung.

Die Ergebnisse für die Region Augsburg zeigen, dass die Herzinfarktrate (tödliche und nichttödliche Erst- und Re-Infarkte) bei Männern stärker abnimmt als bei den Frauen. Während bei den 55- bis 74-jährigen Frauen ein Rückgang der Herzinfarktrate zu verzeichnen war, nahm sie jedoch bei den jüngeren Frauen (25 bis 54 Jahre) zu. Diese Zunahme des Herzinfarktrisikos in dieser Altersgruppe korreliert mit der Zunahme des Rauchens, bei unveränderten Cholesterinwerten. Bei den Männern korrelieren die Abnahmen mit dem Rückgang des Rauchens, einer Abnahme von Cholesterinwerten sowie einer Intensivierung der diagnostischen Abklärung und Behandlung von Personen mit instabiler Angina pectoris zur Vermeidung eines Herzinfarkts.[129]

Prognose

Zwar haben sich, nicht zuletzt aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten, die Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt deutlich erhöht (auch Re-Infarkte sind seltener), dennoch überleben entsprechend den vorliegenden Schätzungen weltweit ca. 50 Prozent der 35- bis 64-jährigen Erkrankten (Frauen 59 Prozent, Männer 51 Prozent) den Herzinfarkt nicht.[130] Die Augsburger Registerdaten von 1985 bis 1995 für die 25- bis 74-jährigen EinwohnerInnen zeigen, dass (über die Jahre unverändert) 34 Prozent der Erkrankten vor Erreichen eines Krankenhauses, weitere 20 Prozent am 1. Tag im Krankenhaus und weitere 5 Prozent vom 2. bis 28. Tag im Krankenhaus versterben, sodass nach 4 Wochen letztlich nur 42 Prozent aller Erkrankten leben. Nur 36 Prozent der Frauen im Vergleich zu 44 Prozent der Männer überleben den Herzinfarkt; Frauen (37 Prozent) versterben signifikant häufiger vor oder kurz nach Erreichen einer Klinik als Männer (32 Prozent). Von den HerzinfarktpatientInnen, die den ersten Tag überlebt haben, versterben bis zum 28. Tag altersstandardisiert ohne Unterschied nach Geschlecht 10 Prozent mit abnehmender Tendenz (1985 bis 1987: 11 bis 13 Prozent; 1993 bis 1995: 7 bis 8 Prozent; $p < 0.03$).[131] Inwieweit diese Beobachtungen auch für das höhere Lebensalter zutreffen, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht entscheiden.

Die Spitalsentlassungsstatistik für Wien (berücksichtigt wurden die in den österreichischen Spitälern stationär aufgenommen WienerInnen) zeigt, dass unter den aufgrund von Akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose) stationär Behandelten deutlich mehr Männer als Frauen sind und dass von den weiblichen Behandlungsfällen ein höherer Anteil im Krankenhaus verstirbt: Im Jahr 2003 war der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen unter den weiblichen Behandlungsfällen nahezu doppelt so hoch (17,6 Prozent) als unter den männlichen (9,6 Prozent). Die Krankenhausmortalität war beim Akuten Myokardinfarkt im letzten Jahrzehnt rückläufig, bei den Männern allerdings stärker (im Vergleich zu 1994 um ca. ein Drittel) als bei den Frauen (ca. ein Viertel). Unter anderem wirken sich hier auch das höhere Alter und die damit verbundenen Begleiterkrankungen der Frauen aus. Der Anteil der Behandlungsfälle unter 65 Jahren mit der Diagnose Herzinfarkt ist insbesondere in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern merkbar gestiegen, auch die Differenz zwischen den Geschlechtern hat sich in letzter Zeit verringert. Während im Jahr 2000 der Anteil der unter 65-Jährigen bei den Männern (48,5 Prozent) noch mehr als dreimal so hoch war als bei den Frauen (15,8 Prozent), war er im Jahr 2003 bei den Männern nur mehr doppelt so hoch (53,4 Prozent) wie bei den Frauen (25,8 Prozent). Dies steht in Einklang mit den Studienergebnissen in Augsburg, wonach immer mehr jüngere Frauen einen akuten Herzinfarkt erleiden.

[129] ANYANIAN et al. (1991).
[130] HEINEMANN et al. (1998).
[131] FILLIPIAK et al. (1997).

Tabelle 4.7: Stationär versorgte Erkrankungsfälle aufgrund von Akutem Myokardinfarkt in der Wiener Bevölkerung 1994 bis 2003 nach Geschlecht

Jahr	stationär versorgte Erkrankungsfälle mit Akutem Myokardinfarkt <I21–I22> *							
	Frauen				Männer			
	absolut	je 100.000	Anteil der unter 65-Jährigen in %	Anteil der Gestorbenen in %	absolut	je 100.000	Anteil der unter 65-Jährigen in %	Anteil der Gestorbenen in %
1994	1044	126,3	*17,6*	*23,7*	1532	212,9	*48,0*	*14,4*
1995	981	118,8	*17,0*	*24,2*	1384	192,5	*42,1*	*15,6*
1996	988	119,8	*16,2*	*28,8*	1325	184,1	*44,7*	*17,0*
1997	1258	152,7	*16,4*	*24,1*	1592	220,6	*45,5*	*14,0*
1998	1207	146,8	*15,8*	*23,3*	1583	218,9	*46,2*	*14,7*
1999	1117	135,8	*15,7*	*25,6*	1478	203,4	*46,8*	*13,9*
2000	1068	129,7	*15,8*	*23,4*	1368	186,9	*48,5*	*14,3*
2001	1108	134,4	*18,1*	*24,9*	1369	185,6	*49,9*	*12,5*
2002	997	120,1	*20,8*	*22,1*	1460	195,2	*51,6*	*11,0*
2003	1099	131,2	*25,8*	*17,6*	1670	220,6	*53,4*	*9,7*
Veränderung 1994–2003				*–25,8*				*–32,4*

* In Österreichs Spitälern.

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Wichtig für die Beurteilung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen ist eine systematische interdisziplinäre Frauengesundheitsforschung (ohne Altersbegrenzung), die Aufschluss über die Herzinfarktmorbidität und -prognose bei Frauen sowie über medizinische und soziale Einflussfaktoren, über die notfallmedizinische Versorgung, die Diagnostik und Therapie sowie die Langzeitbehandlung von Frauen gibt. Wichtig sind auch Daten zur ambulanten Behandlung von Frauen mit der Symptomatik einer Ischämischen Herzkrankheit.

Die Aufklärung der Bevölkerung zu den frauenspezifischen Besonderheiten der Herz-Kreislauf-Krankheiten und den prognoseverbessernden Handlungskonsequenzen sind auch in Zukunft wichtige Anliegen. Insgesamt sollte die Gesundheitspolitik ihr Augenmerk verstärkt auf eine die Prävention chronischer Krankheiten fördernde Neuorientierung der Gesundheitsdienste richten, bei der auch vermehrt auf geschlechtsspezifische Ausprägungen eingegangen wird.

Maßnahmen der Stadt Wien

Im Rahmen des **Wiener Programms für Frauengesundheit** wurde zum Thema „Frauenherzen" eine Reihe von Projekten durchgeführt:

- Informations- und Aufklärungskampagne in Kooperation mit dem Herz-Kreislaufpräventionsprogramm der Stadt Wien „Ein Herz für Wien"
- Deutschsprachiger Informationsfolder „Selbst ist die Frau – Wegweiser zum gesunden Frauenherz", zu bestellen unter der Broschürenhotline 01–4000–66100
- Publikumsveranstaltung „Frauenherzen schlagen anders" im Wiener Rathaus
- Diskussionsveranstaltung „Frauenherzen" im Rahmen der Frauengesundheitstage
- Interventionsprojekt im 10. Wiener Gemeindebezirk zur Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen „Nach Herzenslust – Favoritner Frauen leben gesund". Eine detaillierte Darstellung der Projekte erfolgt in Kapitel 10.

4.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zusammenfassung

Insgesamt sterben mehr Frauen als Männer an **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Bei Frauen führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere im höheren Lebensalter zu einem steigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung. Zu den **Risikofaktoren** der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarkts zählen der Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäre Belastung, soziale und psychosoziale Faktoren (berufliche Belastung, ungünstige Soziallage). Jedoch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß des Einflusses und im Zusammenwirken auf das Erkrankungsrisiko. Beispielsweise findet sich bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit Diabetes deutlich häufiger. Durch die Zunahme bestimmter Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Diabetes mellitus) ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Herzinfarktmorbidität und -mortalität bei Frauen zu rechnen.

Die Frauengesundheitsforschung verweist auf **frauenspezifische Defizite im Zugang zur Behandlung, in der Diagnose und Therapie des akuten Myokardinfarkts**. Die frauentypischen Beschwerden (wie Übelkeit und Erbrechen, ziehende bzw. stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern) lassen eher als bei Männern an andere Krankheiten denken. Dies trägt zusammen mit der Tatsache, dass viele der betroffenen (vor allem älteren) Frauen allein stehend sind, dazu bei, dass Frauen häufiger vor dem Erreichen des Krankenhauses versterben bzw. in einem bedenklichen Zustand ins Krankenhaus eingeliefert werden und dort versterben. Zugleich erhöhen bei Frauen das höhere Alter und bestehende Begleitkrankheiten das Mortalitätsrisiko. Besondere Probleme im Zugang zur medizinischen Versorgung und bei Diagnose und Therapie des Herzinfarkts ergeben sich laut vorliegender Studien bei Migrantinnen.

Summary: Cardiovascular diseases

*Overall, more women than men die due to **cardiovascular diseases**. In women cardiovascular diseases especially in high age lead to an increased need for medical and nursing care. The **risk factors** for coronary heart disease and cardiac infarction are hypertension, elevated blood lipids, diabetes, overweight, smoking, lack of exercise, familial predisposition, and social and psychosocial factors (workload, unfavourable social situation). However, there are gender-specific differences in the amount of influence and interaction these factors have on the risk of developing the disease. For example, women with coronary heart disease have diabetes significantly more often than men. Due to an increase in certain risk factors (e.g. smoking, diabetes mellitus) we can expect an increase in the morbidity and mortality of women as regards cardiac infarction in the coming years.*

*Women's health research indicates **deficits specific to women in the access to treatment, and in the diagnosis and therapy of acute myocardial infarction**. The symptoms typical to women (such as nausea and vomiting, pulling or stabbing pain between the shoulder blades) can cause a diagnosis of another illness more easily than the male symptoms. In combination with the fact that many of the affected women (in particular elderly ones) live alone this means that women die more frequently before reaching the hospital or are in a very serious state when they reach the hospital, and die there. Additionally, the higher age and concomitant diseases increase the risk of mortality for women. Studies show that female immigrants have particular obstacles in the access to treatment, diagnosis and therapy of cardiac infarction.*

Im Jahr 2002 sind in Wien ca. 330 Frauen und 580 Männer neu an Lungenkrebs erkrankt. Ca. jede zehnte Krebsneuerkrankung der Frauen und nahezu jede sechste der Männer ist ein Lungenkrebs. Ca. 300 Frauen und 520 Männer sind im Jahr 2004 in Wien an Lungenkrebs gestorben, das sind 16 Prozent der Krebssterbefälle von Frauen und ein Viertel der Krebssterbefälle von Männern. Ausschlaggebend für das Ansteigen von Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs bei den Frauen ist die steigende Zahl der Raucherinnen. Das vermehrte Rauchen insbesondere junger Frauen lässt für die Zukunft eine weitere Zunahme erwarten.

In 2002 approximately 330 women and 580 men in Vienna were diagnosed with lung cancer. Approximately one in ten new cancer cases for women and one in six for men are lung cancer. Approximately 300 women and 520 men died of lung cancer in Vienna in 2004, that is 16 percent of cancer related deaths for women and one quarter for men. The main reason for the increase of lung cancer incidence and mortality in women is the growing number of smokers. Due to the increased number of smokers especially among young women we can expect a further increase in the future.

Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 3.406 Frauen und 3.320 Männer neu an Krebs erkrankt.[132] Obwohl etwas mehr Frauen als Männer an Krebs erkranken, ist die altersstandardisierte Inzidenz[133] der Frauen niedriger: Im Jahr 2002 kam es je 100.000 zu 222,2 Neuerkrankungen von Frauen und 311,0 von Männern, das ist niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Frauen 231,4, Männer 332,0). 2.144 Frauen und 2.071 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an bösartigen Neubildungen verstorben. Auch die Krebssterblichkeit ist altersstandardisiert bei Frauen (116,2) niedriger als bei Männern (182,3), liegt jedoch bei beiden Geschlechtern über dem österreichischen Gesamtwert (Frauen 102,9, Männer 168,5; zur Krebssterblichkeit *vgl. auch Abschnitt 4.2*).

Die häufigsten Neuerkrankungen bei *Frauen* sind der Brustkrebs (26,2 Prozent aller Neuerkrankungen bei Frauen), Dickdarm- und Lungenkrebs (je 9,5 Prozent), gefolgt von Krebs des Gebärmutterkörpers (5,1 Prozent). Brustkrebs, Lungen- und Dickdarmkrebs sind bei Frauen auch häufigste Ursache der Krebssterblichkeit. Bei den *Männern* sind Neuerkrankungen an Prostatakrebs (21,0 Prozent aller Neuerkrankungen von Männern), Lungenkrebs (17,4 Prozent) und Dickdarmkrebs (8,3 Prozent), fast gleich auf mit dem Harnblasenkrebs (8,1 Prozent) am weitesten verbreitet, wobei Lungenkrebs, Prostatakrebs und Dickdarmkrebs auch in der Krebssterblichkeit der Männer führen.

[132] Vorläufige Zahlen (Stand 22.06.2005).

[133] Durch Altersstandardisierung wird der auf Unterschiede in der Alterstruktur der Geschlechter zurückzuführende Einfluss ausgeschaltet.

Tabelle 4.8: Krebsneuerkrankungen (ICD-10 <C00-C43, C45-C97>) in Wien 2002 nach Lokalisation und Geschlecht

Krebslokalisation (ICD-10)	Frauen			Männer		
	absolut	Prozent	ASR*	absolut	Prozent	ASR*
Bösartige Neubildungen (C00–C43, C45–C97)**	**3.406**	***100***	**222,2**	**3.320**	***100***	**311,0**
BN Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (C00–C14)	55	*1,6*	4,5	127	*3,8*	12,1
BN der Verdauungsorgane (C15–C26)	903	*26,5*	48,2	907	*27,3*	82,9
BN des Magens (C16)	112	*3,3*	5,6	110	*3,3*	10,0
BN des Dickdarmes (C18)	324	*9,5*	17,2	277	*8,3*	25,0
BN des Rektums und des Anus (C19–C21)	154	*4,5*	9,0	189	*5,7*	17,6
BN der Leber und der intrahepatischen Gallengänge (C22)	62	*1,8*	3,2	124	*3,7*	11,6
BN der Gallenblase und Gallenwege (C23, C24)	68	*2,0*	3,5	30	*0,9*	2,7
BN des Pankreas (C25)	150	*4,4*	7,5	130	*3,9*	11,7
BN Atmungsorgane u. sonst. intrathorakaler Organe (C30–C39)	344	*10,1*	22,8	646	*19,5*	59,3
BN der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33–C34)	324	*9,5*	21,4	579	*17,4*	53,4
Bösartiges Melanom der Haut (C43)	46	*1,4*	3,3	68	*2,0*	6,6
BN der Brustdrüse [Mamma] (C50)	892	*26,2*	63,4	6	*0,2*	0,5
BN der weiblichen Genitalorgane (C51–C58)	460	*13,5*	31,6	–	–	–
BN der Cervix uteri (C53)	113	*3,3*	9,0	–	–	–
BN der anderen Teile der Gebärmutter (C54, C55)	175	*5,1*	11,4	–	–	–
BN des Ovars (C56)	135	*4,0*	9,1	–	–	–
BN der männlichen Genitalorgane (C60–C63)	–	–	–	750	*22,6*	69,6
BN der Prostata (C61)	–	–	–	696	*21,0*	63,1
BN der Harnorgane (C64–C68)	234	*6,9*	13,3	426	*12,8*	38,9
BN der Niere, ausgenommen Nierenbecken (C64)	90	*2,6*	5,7	139	*4,2*	12,7
BN der Harnblase (C67)	127	*3,7*	6,8	270	*8,1*	24,6
BN der Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen (C73–C75)	106	*3,1*	9,4	45	*1,4*	4,9
BN der Schilddrüse (C73)	105	*3,1*	9,3	40	*1,2*	4,3
BN lymphatisches, blutbildendes u. verwandte Gewebe (C81–C96)	224	*6,6*	15,3	217	*6,5*	22,4
Non-Hodgkin-Lymphom (C82–C85, C96)	83	*2,4*	5,4	100	*3,0*	10,1
Bösartige Plasmazellneubildungen [Plasmozytom] (C90)	44	*1,3*	2,6	33	*1,0*	3,0
Leukämie (C91–C95)	86	*2,5*	6,1	66	*2,0*	7,0
Sonstige Bösartige Neubildungen (C40–C41, C45–C49, C69–C72, C76–C80, C97)	142	*4,2*	10,4	128	*3,9*	13,7

BN = Bösartige Neubildungen.

* Ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44) sowie ohne Carcinoma in situ-Fälle, jedoch inklusive DCO (= Death Certificate Only)-Fälle.

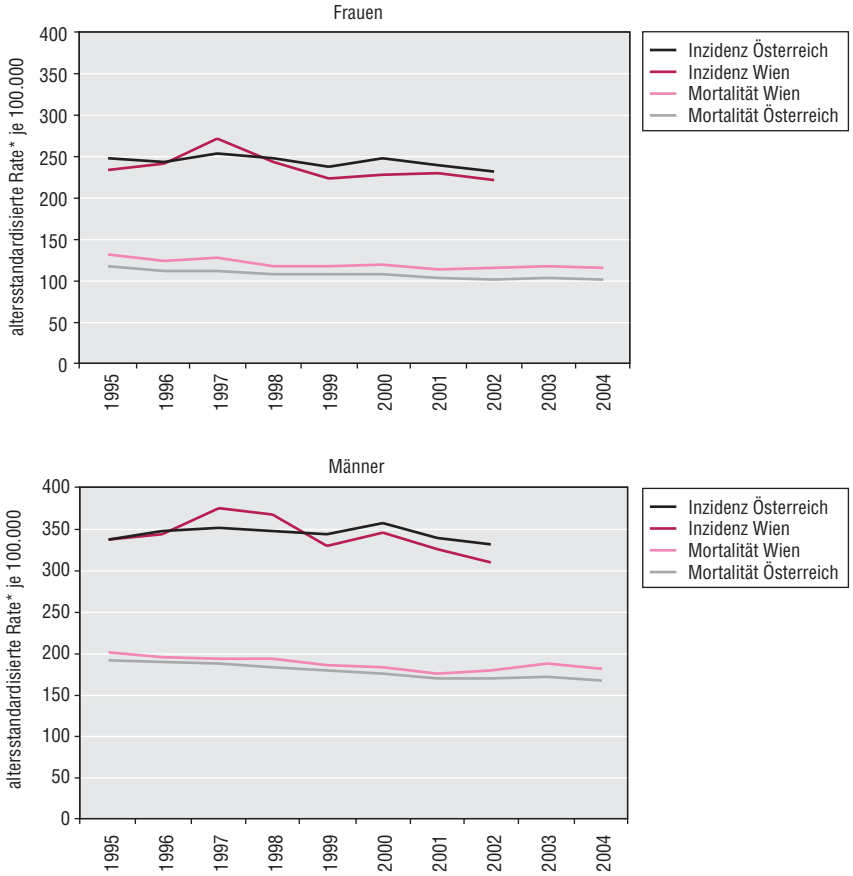
** ASR = altersstandardisierte Rate; standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i) S. 312 f.

Entwicklungstendenzen

Die Krebsneuerkrankungen waren in Wien im letzten Jahrzehnt, sieht man von einem Anstieg in den Jahren 1997 bzw. 1998 ab (wobei es sich hier auch um zufällige Schwankungen handeln kann), bei Frauen und Männern insgesamt eher rückläufig. Auch die Krebssterblichkeit scheint bei beiden Geschlechtern zu sinken. Mit Ausnahme der Jahre 1996 bis 1998 ist in Wien (altersstandardisiert) bei Frauen und Männern die Inzidenz niedriger als im gesamten Bundesgebiet, die Mortalität jedoch höher.

Grafik 4.3: Inzidenz und Mortalität bei Bösartigen Neubildungen (ICD-10 <C00-C97>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



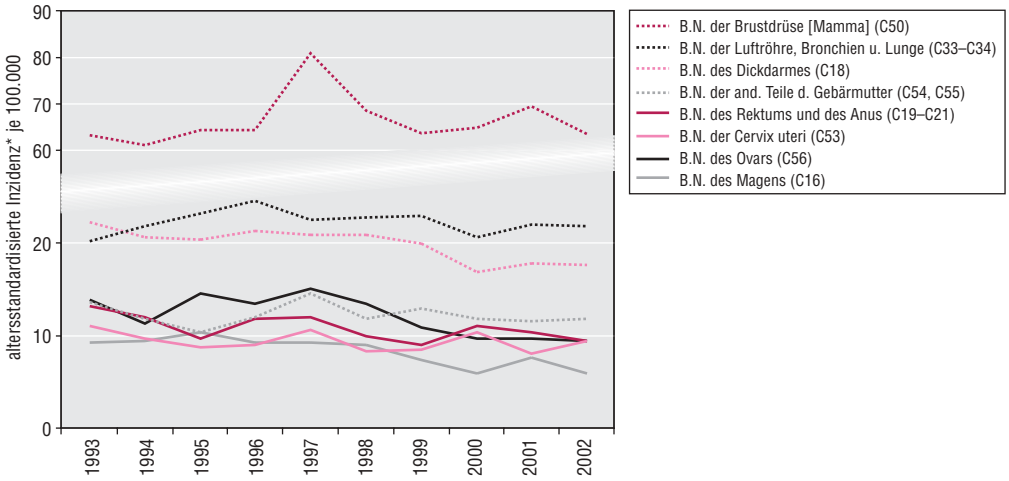
Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten). Inzidenz: ICD-10 <C00-C43, C45-C97>; Mortalität: ICD-10 <C00-C97>)

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Brustkrebs ist nicht nur die häufigste Krebsneuerkrankung von Frauen, sondern ist in Wien seit 1993 gestiegen, wobei es vor allem 1997 zu einem merkbaren Anstieg kam. Im Steigen begriffen sind bei Frauen auch Neuerkrankungen an Lungenkrebs, bedingt durch vermehrtes Rauchen. Dagegen sind die Inzidenz an Magenkrebs, an Krebs des Rektums und des Anus, ebenso wie an Dickdarmkrebs bei Frauen eher rückläufig. Ähliches gilt auch für den Krebs des Gebärmutterhalses und -körpers sowie dem Eierstockkrebs.

Grafik 4.4: Inzidenz ausgewählter Krebserkrankungen bei Frauen in Wien 1993 bis 2002



* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.

4.4.1 Brustkrebs (Mammakarzinom)

Inzidenz und Mortalität

Brustkrebs ist die häufigste Krebsneuerkrankung und Ursache der Krebssterblichkeit bei Frauen. Im Jahr 2002 sind in Wien 892 Frauen neu an Brustkrebs erkrankt. Brustkrebs ist für mehr als ein Viertel aller Krebsneuerkrankungsfälle bei Frauen (26,2 Prozent) verantwortlich. Ca. die Hälfte der neu an Brustkrebs erkrankten Frauen (51,8 Prozent) hatte ein Lebensalter von unter 65 Jahren.

398 Frauen sind im Jahr 2004 in Wien an Brustkrebs (Grundleiden) verstorben. Demnach ist im Jahr 2004 ca. jede 22. verstorbene Frau (4,5 Prozent) und jede 10. im Alter von unter 65 Jahren verstorbene Frau (10,5 Prozent) an Brustkrebs gestorben. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 71 Jahren.[134]

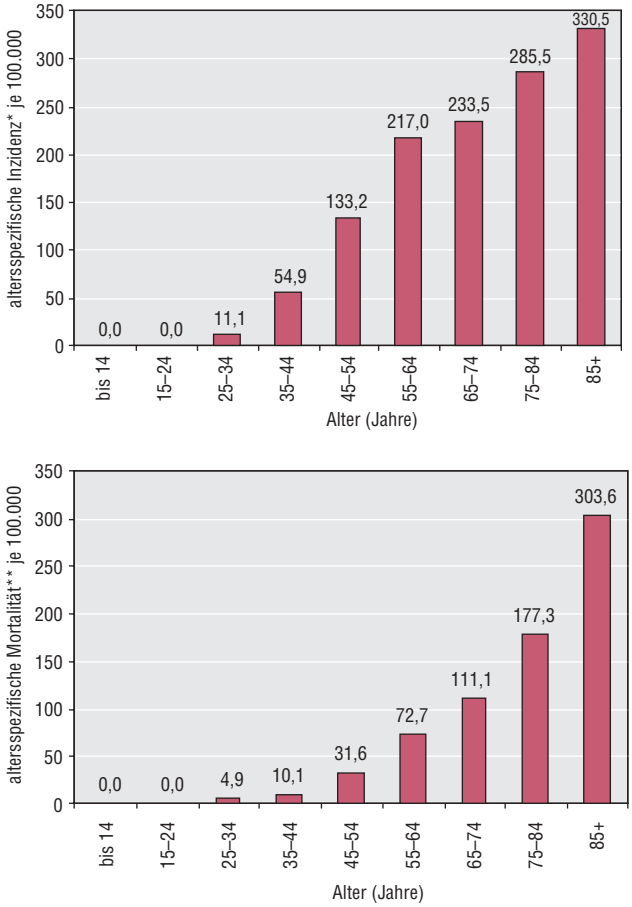
Das Risiko der Neuerkrankung an Brustkrebs nimmt ab dem vierten Lebensjahrzehnt merkbar zu. Zu beobachten ist, dass immer mehr junge Frauen an Brustkrebs erkranken. So hat sich z. B. zwischen 1990 und 1995 die altersspezifische Rate der Neuerkrankungen in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen nahezu verdoppelt.[135]

Vom Brustkrebs (Mammakarzinom) sind nicht nur Frauen, sondern (allerdings selten) auch Männer betroffen.

134 Berechnung der STATISTIK AUSTRIA.

135 STADT WIEN (2004), S. 145. Und zwar ist die altersspezifische Rate der Neuerkrankungen von 5,8 auf 11,5 je 100.000 Frauen gestiegen.

Grafik 4.5: Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien 2002 bzw. 2004 nach Alter



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

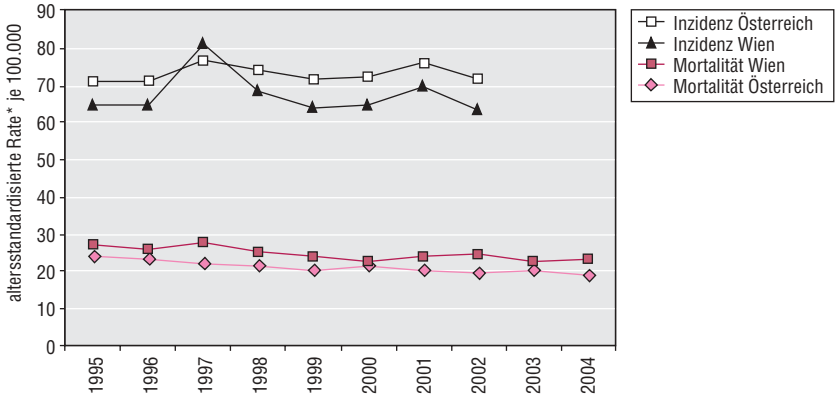
Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Die Neuerkrankungsrate an Brustkrebs ist im vergangenen Jahrzehnt in Wien insgesamt leicht gestiegen mit einem Spitzenwert im Jahr 1997, war aber im Jahr 2002 wieder etwas rückläufig.[136] Dagegen war die Mortalität eher rückläufig.[137] Während die Neuerkrankungsrate in Wien im letzten Jahrzehnt (mit Ausnahme des Jahres 1997) niedriger als im gesamten Bundesgebiet war, war die Mortalität höher.

[136] Wobei es sich hier jedoch um vorläufige Daten handelt.

[137] STADT WIEN (2004), S. 148.

Grafik 4.6: Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Auch **europaweit** waren im letzten Jahrzehnt steigende Neuerkrankungsraten bei rückläufiger Mortalität an Brustkrebs zu beobachten. Die gestiegene Überlebenswahrscheinlichkeit bei Brustkrebs wird abgesehen von den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, vor allem auf das vermehrte Screening zurückgeführt. Brustkrebs wird international und auch in Wien durch das Screening häufiger in einem immer früheren Stadium erkannt,[138] wodurch sich die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht. So ging z. B. in Österreich das Risiko für Frauen, vor dem 75. Lebensjahr an Brustkrebs zu sterben, in den letzten zehn Jahren von 2,5 auf 2,0 Prozent zurück.[139]

Die Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Brustkrebs unterscheiden sich stark zwischen verschiedenen Ländern, seit einigen Jahren deutet sich allerdings eine Verringerung der Differenz zwischen Staaten mit hohem Risiko wie den USA und Staaten mit niedrigem Risiko wie Japan an.[140] Österreich lag im europäischen Vergleich[141] im Jahr 2002 bei den Neuerkrankungen im unteren Drittel. Zu beobachten ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle: Während Belgien, Frankreich, Dänemark, Schweden und Großbritannien die höchsten Neuerkrankungsraten haben, sind sie in Spanien, Griechenland und Portugal am niedrigsten.[142] Bei der Mortalität liegt Österreich im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Die höchsten Mortalitätsraten finden sich in Dänemark, Belgien, den Niederlanden und Irland, die niedrigsten in Griechenland, Spanien, Portugal und Schweden.[143]

Risikofaktoren

Die Entstehung von Brustkrebs ist bisher noch weitgehend unklar. Die bekannten Risikofaktoren (genetische Defekte, reproduktive und hormonelle Faktoren, Lebensstilfaktoren, Umweltbelastungen und psychische Aspekte) erklären nur einen Teil der Erkrankungen. Der überwiegende Teil der erkrankten Frauen weist keinen der bekannten Risikofaktoren auf.[144]

138 STADT WIEN (2004), S. 146.
139 HACKL (2005).
140 KELSEY, BERNSTEIN (1996).
141 Die Aussagen beziehen sich auf die 15 Mitgliedsstaaten vor Erweiterung der Europäischen Union.
142 STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 446 f.
143 STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 444 f.
144 KdEG (1997).

Genetische Faktoren: Bisher wurden zwei Orte in der Erbsubstanz identifiziert, die für die Brustkrebsentstehung verantwortlich sind, nämlich das BRCA1-Gen und das BRCA2-Gen.[145] Wenngleich familiäre Häufungen bekannt sind, lässt sich nach dem heutigen Erkenntnisstand durch genetische Faktoren nur ein geringer Anteil der Brustkrebserkrankungen erklären.[146] Die Wahrscheinlichkeit eines Gendefektes erhöht sich, wenn sowohl Mutter als auch Schwester in jungem Lebensalter erkrankten. Bei familiärer Häufung wird daher bereits in jungen Jahren (unter 40 Jahren) eine Abklärung empfohlen.[147]

Reproduktive Faktoren: Es wird vermutet, dass mit höherer lebenslanger Östrogenexposition das Erkrankungsrisiko steigt, wobei allerdings die genauen Mechanismen des Einflusses der reproduktiven Faktoren auf die Entstehung von Brustkrebs bisher nicht geklärt sind.[148] Eine frühe erste Regelblutung (Menarche) und ein später Beginn der Wechseljahre, Kinderlosigkeit oder ein höheres Alter bei der ersten Geburt erhöhen das Brustkrebsrisiko. Umgekehrt verringern eine erste ausgetragene Schwangerschaft in jungen Jahren, viele Geburten und ein kurzer Menstruationszyklus das Erkrankungsrisiko.[149]

Hormonersatztherapie: Eine kontrollierte Interventionsstudie in den USA, die Women's Health Initiative-Studie, stellte bei Frauen, die östrogen- und gestagenhaltige Präparate einnehmen, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko fest.[150] In einer britischen Studie[151] wurde ein starker Zusammenhang zwischen Dauer der Hormonersatztherapie und dem Erkrankungsrisiko festgestellt. Bei einer Behandlungsdauer von über fünf Jahren war das Risiko um ein Drittel erhöht.

Lebensstilfaktoren: Die großen Unterschiede in der Brustkrebsinzidenz und -mortalität zwischen Süd- bzw. Ostasien (niedrige Raten) und Nordamerika bzw. Nordeuropa (hohe Raten) stützen die These, dass die Ernährungsweise eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Brustkrebs spielt, allerdings sind auch hier die Zusammenhänge nicht endgültig geklärt. Ermittelt wurden Zusammenhänge zwischen Brustkrebs und Übergewicht bzw. fett- und kalorienreicher Nahrung (hoher Verbrauch an tierischen Fetten), übermäßigem Alkoholkonsum[152] und Bewegungsmangel. Auch mögliche Zusammenhänge zwischen Adipositas und postmenopausalem Brustkrebsrisiko wurden diskutiert.[153] Dagegen haben hoher Verbrauch vegetarischer Nahrungsmittel, insbesondere von Ballaststoffen (Gemüse, Obst, Vollkornprodukte)[154] und regelmäßige körperliche Bewegung[155] protektive Wirkung.

Strahlenbelastung: Frauen mit beruflich bedingter Strahlenexposition haben ein erhöhtes Brustkrebsrisiko.[156]

Antibiotika: Neuere Studien verweisen auf Zusammenhänge zwischen Häufigkeit der Einnahme von Antibiotika und dem Brustkrebsrisiko.[157] Diese Ergebnisse bedürfen jedoch weiterer Abklärung.

Frühere Krebserkrankungen (Mammakarzinom der kontralateralen Brust, Uterus-, Ovarial- oder Kolonkarzinom) gelten ebenfalls als Risikofaktoren. Ein weiterer bedeutsamer Risikofaktor ist das **Alter.** Nicht übersehen werden sollte auch der Einfluss **psychosozialer Faktoren**.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Erkrankungsrisiko mit der **Zahl der Risikofaktoren** steigt.

145 CHANG-CLAUDE (1995) und (1997).
146 BECKER/WAHRENDORF (1998); CHANG-CLAUDE (1997).
147 VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 135.
148 HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION (1996).
149 SCHÖN (1995); HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION (1996); KELSEY et al. (1996).
150 WHI (2002).
151 MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS (2003).
152 VIEL et al. (1997); CANCER CAUSES AN CONTROL (1996).
153 CARMICHAEL, BATES (2004).
154 HERBERT, ROSEN (1996).
155 LOVE (1997).
156 GOSS, SIERRA (1998).
157 VELICER (2004).

Prävention, Früherkennung

Zur Vermeidung von Brustkrebs wird ein gesunder Lebensstil empfohlen (täglich frisches Obst und Gemüse, ballaststoffreiche Getreideprodukte, körperliche Bewegung, Vermeidung von Übergewicht, Verzicht auf Alkohol und Rauchen). Dadurch, dass die Entstehung von Brustkrebs weitgehend unklar ist und sich die bekannten Risikofaktoren, die außerdem nur einen Teil der Erkrankungen erklären, nur zum Teil verhindern lassen, kommt der **Früherkennung** besondere Bedeutung zu. Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Die **Wiener Krebshilfe** empfiehlt ab dem 20. Lebensjahr einmal monatlich die Selbstuntersuchung der Brust (knapp nach dem Ende der Regelblutung), zweimal jährlich die Tastuntersuchung durch den Arzt bzw. die Ärztin (im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung), ab dem 40. Lebensjahr die Röntgenuntersuchung der Brust (Mammografie).[158]

Die Wirksamkeit der Selbstuntersuchung der Brust ist jedoch, selbst bei gezielter Unterweisung von Frauen zur Brust-Selbstuntersuchung durch speziell ausgebildetes Personal, begrenzt.[159] Ähnliches gilt auch für die Tastuntersuchung durch den Arzt bzw. die Ärztin. Daher wird der Mammografie besondere Bedeutung beigemessen. Folgende Anwendungsformen sind zu unterscheiden.

- *Diagnostische bzw. kurative Mammografie*: Wird bei der Selbstuntersuchung oder der ärztlichen Tastuntersuchung eine Auffälligkeit in der Brust entdeckt, wird diesem Befund oft mit Hilfe der Mammografie nachgegangen.
- *Früherkennungsmammografie*: Wird, obwohl keine Auffälligkeiten bestehen, aufgrund einer ärztlichen Empfehlung und/oder des Wunsches der Frau (z. B. bei Vorhandensein von Brustkrebsfällen bei nahen Verwandten) eine Mammografie durchgeführt, handelt es sich um eine vorsorgliche Mammografie bzw. um ein so genanntes *opportunistisches Screening*.
- *Qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm:* Dabei handelt es sich um systematisch durchgeführte, flächendeckende Reihenuntersuchungen, mit dem Ziel, Brusterkrankungen in einer definierten Population mit Hilfe der Mammografie aufzuspüren.[160] Solche Untersuchungen sind bisher in Österreich nur in Modellregionen vorgesehen.
- Jede Mammografie, egal unter welchen Voraussetzungen sie gemacht wird, stellt hohe Anforderungen an die Qualität der Röntgenaufnahme und die anschließende Auswertung. Sie sollte daher nur in dafür spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

Qualitätsgesichertes Mammografie-Screening Programm

Anders als bei der kurativen Mammografie, bei der aufgrund von Auffälligkeiten eine Diagnose zu stellen ist, ist die Zielgruppe des qualitätsgesicherten Mammografie-Screenings eine definierte Population von Frauen, aus der in regelmäßigen Untersuchungsintervallen jene Frauen herausgefunden werden sollen, die eine klinisch noch nicht erkennbare, bisher symptomlos verlaufende Brusterkrankung haben.[161] Internationale Studien berichten für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren von einer Reduktion der Brustkrebssterblichkeit aufgrund des Mammografie-Screenings zwischen 20 Prozent und 30 Prozent.[162] Die Empfehlungen eines Mammografie-Screenings für Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sind nicht einheitlich, meist wird jedoch von einer Reihenuntersuchung abgeraten, da sich für diese Altersgruppe eine Senkung der Mortalitätsrate nicht absichern ließ.[163]

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht dem Mammografie-Screening grundsätzlich positiv gegenüber, stellt jedoch deren Rahmenbedinungen erneut zur Diskussion.[164]

158 www.krebshilfe.com/
159 GÄSTRIN (1994) und (2000); KÖSTERS et al. (2003).
160 Zitiert nach FRAUENGESUNDHEITSZENTRUM GRAZ (2006), S. 10.
161 Zitiert nach ÖBIG (2006).
162 Vgl. dazu z. B. NYSTROM et al. (1993) und (2002).
163 MILLER et al. (1992); NYSTROM et al. (1993); OLSEN, GOTZSCHE (2000).
164 http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/print.html

Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament haben alle 25 Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum Jahr 2008 ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm aufzubauen. Derzeit gibt es in 12 von 25 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union flächendeckende oder regionale Screening-Programme. In Europa wurde ein Mammografie-Screening-Programm erstmals in Schweden im Jahr 1986 eingeführt. Dieses konnte sich in den nachfolgenden Jahren rasch etablieren. 1989 beteiligten sich bereits rund 80 Prozent der eingeladenen Frauen.[165] Dem Beispiel Schwedens folgten weitere Länder. In Österreich hat Wien eine Vorreiterrolle übernommen, und zwar lief hier bereits von 2000 bis 2002 das Wiener Brustkrebs-Früherkennungs-Programm (eine detaillierte Beschreibung des Projekts und der Ergebnisse findet sich in Kapitel 10).

Im Jahr 2006 ist in Österreich die **Implementierung von Mammografie-Screening-Modellprojekten** (unter Federführung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen [ÖBIG]) geplant. Auf der Basis der von der Europäischen Union vorgegebenen Leitlinien („European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening") soll das Screening für Frauen bestimmten Alters in überschaubaren Regionen erprobt und die Bedingungen für ein österreichweites Screening abgesteckt werden. Modellregionen sind im Burgenland, in Wien, Tirol und Oberösterreich vorgesehen. In Wien sind der 15., 16., und 17. Bezirk als Modellregionen geplant und zwar handelt es sich hier um Bezirke mit hohem Anteil an Migrantinnen. Einbezogen in das Screening werden, entsprechend den Vorgaben der Europäischen Union, alle 50- bis 69-jährigen Frauen.[166] Die Frauen werden alle 24 Monate schriftlich zur Mammografie eingeladen. Angestrebt ist eine Beteiligung von 70 Prozent. Die vorhandene Dokumentation (Datenerhebung) und das Controlling sollen einen kontinuierlichen Qualitäts- und Kostenvergleich aller Bereiche des Screenings ermöglichen. Im Jahr 2008 soll ein Evaluationsbericht die Entscheidungsgrundlage hinsichtlich einer flächendeckenden Einführung des Screening-Programmes in Österreich liefern.

Die **europäischen Leitlinien zum Mammografie-Screening** (aktualisiert im Jahr 2001, eine neuerliche Aktualisierung wurde bereits vorgenommen, ist jedoch noch nicht veröffentlicht)[167] zielen auf eine gemeinsame europäische Strategie zur qualitätsgesicherten Früherkennung von Brustkrebs ab. Im Mittelpunkt stehen die Sicherung der technischen Qualität der Röntgengeräte, der Schutz vor unnötiger Strahlenbelastung, die Qualifizierung des Personals und die Befunddokumentation. Die Begutachtung der Mammografien erfolgt jeweils durch zwei geschulte RadiologInnen. Diese ÄrztInnen müssen mindestens 5.000 Befundungen pro Jahr vornehmen. Konkret umfasst das Qualitätsmanagement folgende Punkte:

- Einladung der Frauen im Alter zwischen 50 bis 69 Jahren zur Mammografie;
- Einhaltung des zweijährigen Untersuchungsintervalls;
- angestrebte Teilnahme in der Zielpopulation von 70 bis 75 Prozent;
- Einrichtung von Mammografiezentren;
- Einsatz neuer Mammografiegeräte sowie kontinuierliche technische Qualitätssicherung;
- Erstellung der Mammografien unter standardisierten Bedingungen;
- Doppelbefundung durch zwei geschulte RadiologInnen mit Konsensbildung unter Einbeziehung eines/r besonders erfahrenen RadiologIn;
- Spezielle Aus- und Fortbildung von RadiologInnen und radiologisch-technischen AssistentInnen (RTA) in europäischen Referenzzentren;
- Begutachtung von mindestens 5.000 Röntgenaufnahmen pro Jahr.

Die Qualitäts- und Kontrollmaßnahmen bleiben nicht auf die Mammografie allein beschränkt, sondern umfassen auch alle sich im Anschluss daran ergebenden Schritte wie Folgediagnostik, therapeutische Interventionen, patho-histologische Befundung, das operative Vorgehen, Nachsorge und Rehabilitation.

165 Vgl. FRISCHBIER et al. (1994).
166 In Tirol werden Frauen im Alter von 40 bis 69 Jahren erfasst.
167 EUROPEAN COMMISSION (2001).

Nutzen und Risiken des Mammografie-Screenings

Über Nutzen und Risiken der Mammografie als Reihenuntersuchung liegen zum Teil divergierende Aussagen vor. **Definierte Ziele** der Einführung des Mammografie-Screenings-Programms sind:

- die Früherkennung kleiner Tumore von weniger als 10 mm Durchmesser, bei denen die Prognose am besten ist *(siehe unten)*;
- die Verringerung der Anzahl der Brust-Operationen bei gutartigen Tumoren;
- die Erhöhung der Anzahl brusterhaltender Operationen;
- die Verbesserung der Früherkennungsdiagnostik;
- die Reduzierung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent;
- die Verringerung bestehender Unterschiede in der Fünf-Jahres-Überlebensrate (von 16 auf 5 Prozent) sowie
- die Verbesserung der Versorgung erkrankter Frauen und damit auch ihrer Lebensqualität und die ihrer Angehörigen.[168]

In der kritischen Bewertung der Mammografie als Reihenuntersuchung stehen folgende Argumente im Vordergrund:

- Mit der frühen Entdeckung von Tumoren muss keineswegs immer ein Überlebensvorteil verbunden sein. Aufgrund der Mammografie wird Brustkrebs zwar in einem früheren Stadium erkannt, lässt sich aber nicht verhindern. Durch die frühe Entdeckung wird lediglich die Krankheitsphase verlängert, nicht aber die Lebenszeit.[169]
- Durch das Mammografie-Screening sei eine steigende Zahl von Brustkrebsdiagnosen mit zusätzlichen Therapien, Operationen, Strahlenbehandlungen und Chemotherapien zu erwarten, die in vielen Fällen nicht notwendig wären. Durch die verbesserte Technik werden auch Krebsvorstufen und Brusttumoren entdeckt, die das Leben der Frau vermutlich nie bedroht hätten.[170] Dies trifft vor allem auf die Diagnose eines Duktalen Carcinoma in Situ (DCIS) zu.
- Die Mammografie führt zur Strahlenbelastung: Gerade bei jüngeren Frauen ist das Brustgewebe strahlenempfindlicher, besonders strahlenempfindlich sind Frauen mit erhöhtem genetischen Risiko.[171] Häufiges Mammografieren kann ebenfalls Krebs verursachen.[172]
- Die Aussage, dass mit Hilfe des Mammografie Screenings die Sterblichkeitsrate um 30 Prozent verringert wird, führe zu einer Überschätzung des Nutzens. In absoluten Zahlen sei lediglich eine Reduktion der Sterblichkeit um 0,2 Prozentpunkte zu erwarten.[173] Zudem bleibe auch bei der Verringerung der Zahl der Sterbefälle an Brustkrebs die Gesamtsterblichkeit der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren gleich.
- Die Reihenuntersuchungen liefern keineswegs immer richtige Ergebnisse: So werden z. B. bei jüngeren Frauen, deren Brustgewebe dichter ist, bestehende Tumoren häufiger übersehen, es kommt bei ihnen auch häufiger zu unklaren Verdachtsbefunden, die sich später als haltlos herausstellen.[174] Aber auch bei älteren Frauen, die in und nach den Wechseljahren Östrogen-Gestagen-Präparate zu sich nehmen bzw. genommen haben und daher ein höheres Brustkrebsrisiko haben, ist die Früherkennung durch die Mammografie erschwert, da die kombinierte Hormontherapie das Brustgewebe verdichtet.[175]
- Die Deutsche Mammografie-Studie[176] hat auf erhebliche Defizite hinsichtlich der Qualität der Mammografien bzw. auf daraus resultierende falsche Befunde verwiesen. Falsch-positive Befunde sind mit starken psychischen Belastungen für die betroffenen Frauen verbunden und ziehen überflüssige zusätzliche Untersuchungen bis hin zu operativen Eingriffen nach sich. Bei falsch-negativen Befunden wiegen sich die Frauen in Sicherheit,

168 ÖBIG (2006).
169 FRAUENGESUNDSHEITSZENTRUM GRAZ (2006), S. 16 f.
170 ZAHL (2004).
171 KUNI et al. (2003).
172 METTLER (1996).
173 MÜHLHAUSER (2006), S. 18.
174 OLSEN, GOTZSCHE (2000). Jüngeren Frauen wird daher zur diagnostischen Abklärung auch die Ultraschalluntersuchung empfohlen, mit der z. B. auch Zysten besser erkannt werden.
175 WOMEN's HEALTH INITIATIVE (2003); zitiert nach FRAUENGESUNDHEITSZENTRUM GRAZ (2006), S. 23.
176 MÜHLHAUSER, HÖLDKE (1999).

es vergeht unnötige Zeit bis zur Behandlung. Um die Zahl falsch-positiver oder falsch-negativer Befunde zu minimieren, ist die Absicherung der Qualität von entscheidender Bedeutung.

Angesichts der umstrittenen Evidenzlage ist einerseits Qualitätssicherung, andererseits die Herstellung von Transparenz für die Frauen oberstes Gebot. Letztes umfasst die lückenlose Information und Aufklärung der potentiellen Teilnehmerinnen über Möglichkeiten und Risiken des technologischen Verfahrens ebenso wie über entsprechende Alternativen. Dies gilt z. B. auch für den Bereich der Genanalyse. Gleichzeitig ist es erforderlich, Frauen mit positiven Befunden größtmögliche Beratung und Unterstützung zur körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigung der Krankheit zu gewähren.

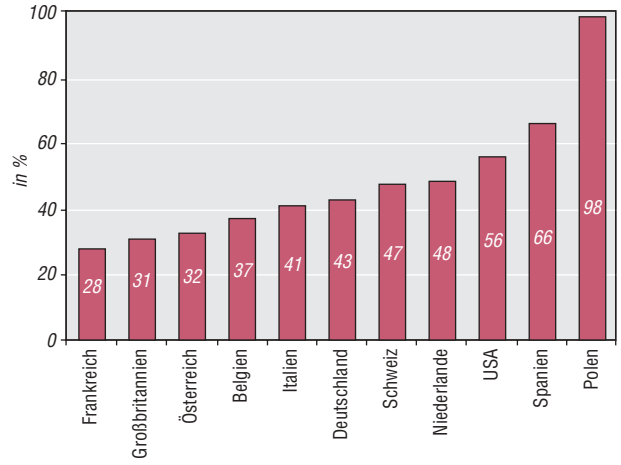
Therapie

Die therapeutischen Möglichkeiten und damit auch die Überlebenswahrscheinlichkeiten bei Brustkrebs wurden in den letzten Jahren erheblich verbessert. Die Behandlung des Mammakarzinoms unterscheidet je nach Karzinomtyp, -größe, -stadium, Alter und Menopausestatus der Frau. Sie ist für die betroffenen Frauen jedoch immer mit einer hohen körperlichen und psychischen Belastung verbunden. Erstellt wurden Leitlinien und Therapieprotokolle, wobei auch die im Einzelfall bestehenden Besonderheiten Berücksichtigung finden.

In den vergangenen Jahren haben brustschonende Operationsverfahren zunehmend die radikaleren Brustentfernungen (Mastektomie) abgelöst. Verbesserte Operationstechniken und Nachbehandlungen sind der Grund dafür, dass sich die brusterhaltende Methode als Standardverfahren durchgesetzt hat. Brustoperationen werden als körperliche Entstellungen wahrgenommen und sind meist von der Furcht vor Verlust weiblicher Attraktivität sowie sozialer Isolation und Partnerschaftsproblemen begleitet.

Österreich liegt mit einer Mastektomierate von 32 Prozent im europäischen Vergleich im unteren Drittel, lediglich Frankreich und Großbritannien haben niedrigere Raten.

Grafik 4.7: Mastektomieraten in verschiedenen Ländern 2004



Quelle: JASSEM (2004); zitiert nach ÖBIG (2006), S. 4.

Allgemein gilt, dass Brustkrebspatientinnen in Österreich, insbesondere aber in Wien, mit einer qualitativ hochwertigen Therapie rechnen können. Wie das ÖBIG[177] feststellte, zeichnen sich in Österreich zwischen einzelnen Krankenhäusern große Unterschiede hinsichtlich der brusterhaltenden Eingriffe ab: Und zwar sind in Krankenhäusern mit hohem Operationsaufkommen mehr brusterhaltende Eingriffe nachweis-

[177] ÖBIG (2004) und (2006).

bar als in Krankenhäusern mit einer geringen Zahl an Brustoperationen. In Krankenhäusern mit unter 50 Brustoperationen pro Jahr sind die Mastektomieraten am höchsten. Die größere operative Erfahrung der Chirurgie sowie die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit in größeren Krankenanstalten bringt erhebliche Vorteile. Vorgeschlagen wird daher eine Spezialisierung einzelner Krankenhäuser zu Brustkrebszentren, die neben allen diagnostischen Verfahren, histologische Untersuchungen, Bestrahlungen und Chemotherapien gewährleisten. Mittlerweile gibt es in Österreich und Wien mehrere Krankenanstalten mit eigenen Brustzentren, die den europäischen Qualitätsstandards entsprechen *(siehe Kapitel 8.5.2)*.

Die Prognose beim Brustkrebs ist abhängig vom Krankheitsstadium bei der Erstdiagnose, von der Tumorgröße, einem Befall der Achsellymphknoten sowie von biologischen Eigenschaften des Tumors. Am besten ist sie bei nicht-invasiven Vorstufen und frühen Formen des Brustkrebses (< 1 cm), die meist zu keiner Mastektomie (Entfernung der Brust) führen. Über 90 Prozent der Patientinnen mit kleinen Tumoren können langfristig geheilt werden.[178] Für Patientinnen mit ungünstiger Prognose leistet die palliative Chemotherapie (Schmerzbekämpfung durch Verabreichung stark wirksamer Analgetika, z. B. Morphin) wichtige Hilfe.

Nachsorge, Rehabilitation und berufliche Reintegration

Nach Abschluss der Primärtheraphie eines malignen Tumors werden die Patientinnen üblicherweise einer Reihe von **Nachsorgeuntersuchungen** unterzogen. Diese zielen darauf ab, Spätkomplikationen bzw. ein Tumorrezidiv frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Leider ist im Fall eines Rezidivs bei einer Vielzahl von Tumoren eine Heilung nicht mehr möglich.

Bisher wird der **Rehabilitation** bei Krebserkrankungen (wie generell bei chronischen Erkrankungen) nicht immer die notwendige Bedeutung beigemessen. Kuraufenthalte nach Brustkrebs sind (gerade auch unter dem Aspekt der gegenwärtigen Einsparungstendenzen) keineswegs Standard und werden nur unter bestimmten Bedingungen gewährt. Eine besondere Problematik ergibt sich für die zunehmende Zahl jüngerer an Brustkrebs erkrankter Frauen, sei es in puncto Familienplanung, Schwangerschaft, Versorgung von Kindern, etc. Ein gravierendes Problem stellt der Verlust des Arbeitsplatzes für (vor allem ältere) Betroffene dar. Die politisch Verantwortlichen sind ebenso wie die Gewerkschaften dazu aufgerufen, hier aufgrund entsprechender Rahmenbedingungen Hilfestellung zu schaffen.

Eine Vorreiterrolle in diesem Zusammenhang hat das **Projekt „Krebs und Beruf“** der Wiener Krebshilfe, das seit 1997 vom Bundessozialamt für Wien, Niederösterreich und Burgenland finanziert wird. Geboten wird Information und kostenlose Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und Notstandshilfe, Berufsunfähigkeit und Invalidität, Rehabilitation und Kur, Erfordernis häuslicher Hilfen und Neuorientierung. Ein Ratgeber, der in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice, der Arbeiterkammer, der Gebietskrankenkasse, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Bundessozialamt entstanden ist, behandelt wichtige Themen wie Probleme am Arbeitsplatz, Fragen des Krankenstandes, des Kündigungsschutzes, der Arbeitslosigkeit. Er ist unter der *Hotline 01/402 19 22* bzw. direkt bei der Wiener Krebshilfe erhältlich.

Wichtig ist eine psychologische Betreuung der betroffenen Frauen. Die mobile psychologische Betreuung der Wiener Krebshilfe kommt auch ins Haus, wenn es für betroffene Frauen nicht möglich ist, ins Beratungszentrum zu kommen.

4.4.2 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

Siehe auch: Abschnitt Humanes Papilloma Virus (HPV), Zervixkarzinom und HPV-Impfung (Kapitel 4.10.2).

Der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht vom Krebs des Gebärmutterkörpers, v. a. aber dadurch, dass er am scheidennahen Ende der Gebärmutter lokalisiert ist. Daher werden diese beiden Krebserkrankungen hier auch getrennt dargestellt. **Symptome** treten beim Zervixkarzinom erst meist relativ spät auf. Erste Anzeichen für Gebärmutterhalskrebs können zyklusunabhängige Blutungen und fleischwasserfarbener Ausfluss der Scheide sein. Auch Kontaktblutungen nach Geschlechtsverkehr stellen Warnsignale dar.

[178] ÖBIG (2006), S. 1.

Während in den 1970er Jahren das Zervixkarzinom noch die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Genitalorgane war, sind bis Mitte der 1980er Jahre die Neuerkrankungen deutlich zurückgegangen. Seither ist nur mehr ein abgeschwächter Rückgang zu erkennen. Ähnliches gilt auch für die Sterberaten. Einen bedeutenden Anteil an diesem Rückgang hatten Früherkennungsmaßnahmen, welche die Diagnose von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses ermöglichen. Die rechtzeitig einsetzende Behandlung verhindert die Ausbildung des vollständigen (invasiven) Karzinoms.

Wien lag in den letzten 10 Jahren bei den Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs (mit Ausnahme der Jahre 1997 und 2000) unter dem österreichischen Durchschnitt. Auch die Mortalität war in Wien zumindest bis 2001 niedriger als im gesamten Bundesgebiet, seither verzeichnet Wien leicht steigende Mortalitätsraten, die zudem höher sind als im gesamten Bundesgebiet.

Grafik 4.9: Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004

Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Österreich hatte beim Zervixkarzinom im Jahr 2002 von den „alten" Ländern der Europäischen Union (vor der Erweiterung) die dritthöchste Neuerkrankungs- und Mortalitätsrate, höhere Raten hatten nur Portugal und Dänemark. Am niedrigsten war die Inzidenz in Finnland, Irland und den Niederlanden, die niedrigste Mortalität hatten Finnland, Italien und Spanien.[182]

Risikofaktoren

Das Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, steht in engem Zusammenhang mit dem Sexualverhalten. Vor allem der ungeschützte Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern gilt als bedeutender Risikofaktor für den Gebärmutterhalskrebs. Co-Faktoren sind eine mangelnde Sexualhygiene, andere Geschlechtskrankheiten und Rauchen (die Abbauprodukte von Nikotin sind im Zervixsekret nachweisbar). Und zwar besteht ein Zusammenhang zwischen der Infektion mit bestimmten Typen des sexuell übertragbaren Humanen Papilloma-Virus (HPV) und der Entwicklung des Gebärmutterhalskrebses. HPV-Infektionen sind derzeit nicht behandelbar. Sie bleiben häufig unbemerkt, in den meisten Fällen, insbesondere bei jungen Frauen, kommt es zur spontanen Abheilung der Infektion. Bei besonders aggressiven HPV-Viren und geschwächtem Immunsystem kann es zu chronischer Besiedelung der Scheide kommen, die unter bestimm-

[182] STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 444 f.

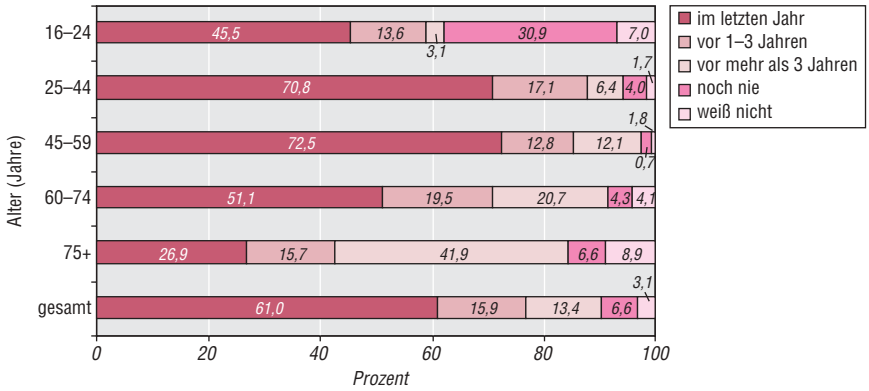
ten Umständen zu Zellveränderungen führt. Es handelt sich dabei um Krebsvorstufen, die im Krebsabstrich entdeckt werden.

Prävention, Früherkennung

Jüngste Untersuchungen zur primären Prävention durch **Impfung** sind viel versprechend, jedoch noch nicht in die tägliche Praxis umsetzbar.[183] Fester Bestandteil der **Krebsvorsorge** ist der Krebsabstrich vom Gebärmutterhals nach PAPANICOLAU (PAP-Abstrich), der laut Österreichischer Krebshilfe im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung einmal jährlich ab dem 20. Lebensjahr durchgeführt werden soll.[184] Die dabei entnommenen Zellen werden mikroskopisch untersucht und anhand eines Klassifikationssystems, das nach dem griechischen Begründer der Zytodiagnostik PAPANICOLAU benannt ist, kategorisiert. Die zytologische Untersuchung des Gebärmutterhalsabstrichs erlaubt es, Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses (die so genannte Cervikale Intraepitheliale Neoplasie CIN I-III) zu entdecken, durch einen minimalen chirurgischen Eingriff zu beheben und so das Entstehen eines invasiven Karzinoms zu verhindern. In der Regel dauert es relativ lange (bis zu 10 Jahre), bis aus einer Vorstufenerkrankung ein Gebärmutterhalskrebs entstehen kann.[185] Im Frühstadium (Carcinoma in situ; meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr) ist das Zervixkarzinom zu 100 Prozent heilbar. Die regelmäßige und hohe Teilnahme am Früherkennungsprogramm ist daher besonders wichtig.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 lag (nach Eigenangaben) in Wien die Beteiligung im Jahr vor der Befragung bei den Frauen im Alter zwischen 25 und 59 Jahren bei über 70 Prozent, 13 bis 17 Prozent hatten ein bis drei Jahre zuvor einen Scheidenabstrich vornehmen lassen. Allerdings nimmt die Teilnahme mit zunehmendem Alter deutlich ab und ist außerdem stark bildungs- und schichtabhängig.[186]

Grafik 4.10: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen in Wien 2001 nach Alter



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 152.

Der vergleichsweise geringe Beteiligung junger Frauen (bis 24 Jahre) ist dadurch zu erklären, dass der jährliche Krebsabstrich im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung erst ab dem 20. Lebensjahr empfohlen wird.

Qualitätssichernde Maßnahmen: Ein schwerwiegendes Problem beim Krebsabstrich ist die hohe Rate falsch negativer zytologischer Befunde (falsch positive Befunde sind eher selten). Ursache sind Abnahme- und Laborfehler, deren Verhältnis mit 2:1 angegeben wird.[187] Die Österreichische Gesellschaft für Zytologie

183 HARPER (2004).
184 STADT WIEN (2004), S. 198.
185 KAINZ (2000); VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 116.
186 STADT WIEN (2001), S. 153.
187 VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005).

(ÖGZ) hat Leitlinien zum Qualitätsmanagement in den zytologischen Labors herausgegeben und ein Programm zur freiwilligen Selbstkontrolle geschaffen.[188] Teilnahmeberechtigt an diesem Programm sind alle Institute und Labors für Zytologie in Österreich mit einer jährlichen Einsendefrequenz von mindestens 10.000 gynäkologisch-zytologischen Abstrichen sowie Labors mit überwiegend kurativer Klientel (z. B. Krebsambulanzen) bei einer Einsendefrequenz von über 1.000 Abstrichen pro Jahr.

Aufklärung und Beratung von Frauen: Studienergebnisse haben gezeigt, dass Aufklärung und Beratung über die Bedeutung auffälliger und damit kontrollbedürftiger Befunde wesentlich zum Abbau von Angst und Stress bei Patientinnen beitragen.[189] Eine solche Aufklärung sollte bereits vor Durchführung des Krebsabstrichs erfolgen. Die genaue Erläuterung abnormer Testergebnisse hat auch positiven Einfluss auf die Compliance der Frau gegenüber der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen.

Ein **systematisches Screening** mittels PAP-Test existiert bisher nur in einzelnen Ländern (z. B. Australien, Großbritannien). Organisiert wird das Screening über ein Einladungssystem (call and recall). Und zwar wird es von 19 Jahren aufwärts empfohlen, die Grenze nach oben ist allerdings bisher nicht eindeutig geklärt.[190]

Kritisch angemerkt wird von den **österreichischen Frauengesundheitszentren**,[191] dass die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchung durch den PAP-Abstrich bisher nicht durch prospektive Studien belegt ist, dennoch werde der Abstrich durch die Krankenkassen bezahlt. Die niedrige Sensitivität des PAP-Abstrichs berge außerdem die Gefahr falsch-positiver Befunde vor allem im Bereich niedrig maligner Zellen und sei der hauptsächliche Grund für die Empfehlung zur jährlichen Kontrolle mittels PAP-Abstrich. Die Zahl der sexuell aktiven Frauen, die HPV-infiziert sind, sei außerdem regional sehr verschieden, nur bei einem Bruchteil der HPV-infizierten Frauen entwickelt sich innerhalb von drei Jahren aus einer niedriggradigen intraepithelialen Veränderung eine höhergradige.

Die österreichischen Frauengesundheitszentren fordern daher:

- Das Recht der Frauen auf umfassende Information durch unabhängige, interessensneutrale Informations- und Beratungseinrichtungen, um sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen: Im Falle des Gebärmutterhalskrebs sind dies Informationen über Aussagewert und Risiken des PAP-Abstriches generell sowie das individuelle Risiko der Frau.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Aussagekraft von PAP-Abstrichen: Dazu zählen abgesehen von der derzeitigen Praxis der Empfehlung des einjährigen PAP-Screening-Intervalls z. B. die Verpflichtung der Fortbildung von ÄrztInnen in der Abnahmetechnik und zu qualitätssichernden Maßnahmen in den befundenden Einrichtungen (Labor) sowie deren Evaluation.
- Die Information von Mädchen und Frauen über die sexuelle Übertragbarkeit des HP-Virus und dessen Rolle bei der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs (z. B. im Rahmen öffentlichkeitswirksamer Kampagnen) sowie über die Bedeutung der Kondombenutzung zur Verhinderung der Infektion mit dem HP-Virus und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten.

Therapie

Die **Therapie** des Zervixkarzinoms hat sich im letzten Jahrzehnt erheblich weiterentwickelt. Die Therapieoptionen sind vielfältig. Sie sind individuell und an das jeweilige Stadium der Erkrankung angepasst einzusetzen. Die Entscheidung über die adäquate Therapiemodalität sollte interdisziplinär und gemeinsam mit der Patientin getroffen werden. Zu berücksichtigten sind der Allgemeinzustand und die Lebenssituation der Patientin, das Stadium der Erkrankung, Risikofaktoren und das Nebenwirkungsprofil der Therapien sowie das Rezidivmuster. Ziel ist die möglichst geringe Beeinflussung der Lebensqualität bei Gewährleistung maximaler Überlebenschancen. Dieser Anspruch wird durch rehabilitative und psycho-onkologische Maßnahmen sowie durch entsprechende Nachsorge unterstützt. Gerade bei erforderlicher Entfernung der Gebärmutter ist die

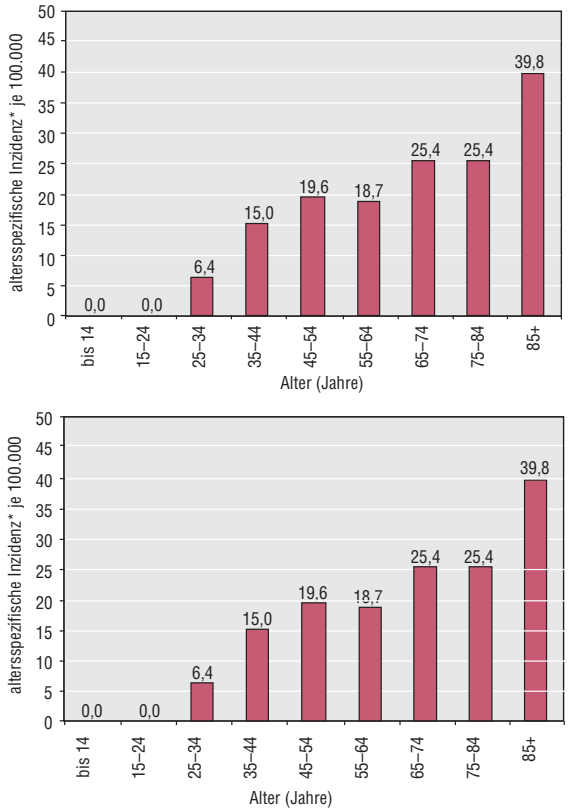
[188] Leitfaden zur Beteiligung an der freiwilligen Selbstkontrolle zytologischer Laboratorien, herausgegeben vom Komitee für Qualitätssicherung in der Zytologie, Mai 2003.
[189] WILKINSON et al. (1990); STEWART (1993).
[190] VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 116.
[191] GROTH (2006), S. 384.

Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 kam es in Wien zu 113 Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs bzw. 13,6 Neuerkrankungen je 100.000 Frauen. Gebärmutterhalskrebs war im Jahr 2002 für ein Viertel der Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane und 3,3 Prozent aller Krebsneuerkrankungen von Frauen verantwortlich. Mehr als die Hälfte (52,2 Prozent) der Neuerkrankungen trat vor Erreichen des 60. Lebensjahres auf. 41 Frauen sind im Jahr 2004 in Wien am Zervixkarzinom gestorben, das sind 4,8 Sterbefälle je 100.000 Frauen. Insgesamt war das Zervixkarzinom für 1,9 Prozent aller weiblichen Krebssterbefälle des Jahres 2004 in Wien verantwortlich. Laut ExpertInnenmeinung wird allerdings die Zahl der betroffenen Frauen in der offiziellen Statistik stark unterschätzt.[179] So erkranken z. B. (hochgerechnet aus zytologischen Statistiken) in Österreich etwa 3.000 bis 4.000 Frauen jährlich an CIN II (zervikale intraepitale Neoplasie II) und CIN III (schwere Dysplasie/Carcinoma in situ bzw. HSIL). Allerdings wird nur ein Bruchteil dieser Krebsvorstufen tatsächlich gemeldet.[180]

Die Neuerkrankungen am Zervixkarzinom weisen eine besondere Altersverteilung auf. Ein erster Gipfel findet sich zwischen 45 und 54 Jahren, ein weiterer zwischen 65 und 74 Jahren, sieht man von der Altersgruppe der 85-Jährigen und Älteren ab.[181] Die Mortalität steigt zwischen 55 und 64 Jahren merkbar an, nimmt aber in den darauf folgenden Altersgruppen nur mehr wenig zu.

Grafik 4.8: Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe. ** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

179 BREITENECKER et al. (2004), zitiert nach VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 115.

180 VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 115; Dachdokumentation Krebs, http//: www.rki.de/

181 Aufgrund der geringen Fallzahlen kann es leicht zu erhebungsbedingten Abweichungen kommen.

bar als in Krankenhäusern mit einer geringen Zahl an Brustoperationen. In Krankenhäusern mit unter 50 Brustoperationen pro Jahr sind die Mastektomieraten am höchsten. Die größere operative Erfahrung der Chirurgie sowie die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit in größeren Krankenanstalten bringt erhebliche Vorteile. Vorgeschlagen wird daher eine Spezialisierung einzelner Krankenhäuser zu Brustkrebszentren, die neben allen diagnostischen Verfahren, histologische Untersuchungen, Bestrahlungen und Chemotherapien gewährleisten. Mittlerweile gibt es in Österreich und Wien mehrere Krankenanstalten mit eigenen Brustzentren, die den europäischen Qualitätsstandards entsprechen *(siehe Kapitel 8.5.2)*.

Die Prognose beim Brustkrebs ist abhängig vom Krankheitsstadium bei der Erstdiagnose, von der Tumorgröße, einem Befall der Achsellymphknoten sowie von biologischen Eigenschaften des Tumors. Am besten ist sie bei nicht-invasiven Vorstufen und frühen Formen des Brustkrebses (< 1 cm), die meist zu keiner Mastektomie (Entfernung der Brust) führen. Über 90 Prozent der Patientinnen mit kleinen Tumoren können langfristig geheilt werden.[178] Für Patientinnen mit ungünstiger Prognose leistet die palliative Chemotherapie (Schmerzbekämpfung durch Verabreichung stark wirksamer Analgetika, z. B. Morphin) wichtige Hilfe.

Nachsorge, Rehabilitation und berufliche Reintegration

Nach Abschluss der Primärtheraphie eines malignen Tumors werden die Patientinnen üblicherweise einer Reihe von **Nachsorgeuntersuchungen** unterzogen. Diese zielen darauf ab, Spätkomplikationen bzw. ein Tumorrezidiv frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Leider ist im Fall eines Rezidivs bei einer Vielzahl von Tumoren eine Heilung nicht mehr möglich.

Bisher wird der **Rehabilitation** bei Krebserkrankungen (wie generell bei chronischen Erkrankungen) nicht immer die notwendige Bedeutung beigemessen. Kuraufenthalte nach Brustkrebs sind (gerade auch unter dem Aspekt der gegenwärtigen Einsparungstendenzen) keineswegs Standard und werden nur unter bestimmten Bedingungen gewährt. Eine besondere Problematik ergibt sich für die zunehmende Zahl jüngerer an Brustkrebs erkrankter Frauen, sei es in puncto Familienplanung, Schwangerschaft, Versorgung von Kindern, etc. Ein gravierendes Problem stellt der Verlust des Arbeitsplatzes für (vor allem ältere) Betroffene dar. Die politisch Verantwortlichen sind ebenso wie die Gewerkschaften dazu aufgerufen, hier aufgrund entsprechender Rahmenbedingungen Hilfestellung zu schaffen.

Eine Vorreiterrolle in diesem Zusammenhang hat das **Projekt „Krebs und Beruf“** der Wiener Krebshilfe, das seit 1997 vom Bundessozialamt für Wien, Niederösterreich und Burgenland finanziert wird. Geboten wird Information und kostenlose Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und Notstandshilfe, Berufsunfähigkeit und Invalidität, Rehabilitation und Kur, Erfordernis häuslicher Hilfen und Neuorientierung. Ein Ratgeber, der in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice, der Arbeiterkammer, der Gebietskrankenkasse, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Bundessozialamt entstanden ist, behandelt wichtige Themen wie Probleme am Arbeitsplatz, Fragen des Krankenstandes, des Kündigungsschutzes, der Arbeitslosigkeit. Er ist unter der *Hotline 01/402 19 22* bzw. direkt bei der Wiener Krebshilfe erhältlich.

Wichtig ist eine psychologische Betreuung der betroffenen Frauen. Die mobile psychologische Betreuung der Wiener Krebshilfe kommt auch ins Haus, wenn es für betroffene Frauen nicht möglich ist, ins Beratungszentrum zu kommen.

4.4.2 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

Siehe auch: Abschnitt Humanes Papilloma Virus (HPV), Zervixkarzinom und HPV-Impfung (Kapitel 4.10.2).

Der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht vom Krebs des Gebärmutterkörpers, v. a. aber dadurch, dass er am scheidennahen Ende der Gebärmutter lokalisiert ist. Daher werden diese beiden Krebserkrankungen hier auch getrennt dargestellt. **Symptome** treten beim Zervixkarzinom erst meist relativ spät auf. Erste Anzeichen für Gebärmutterhalskrebs können zyklusunabhängige Blutungen und fleischwasserfarbener Ausfluss der Scheide sein. Auch Kontaktblutungen nach Geschlechtsverkehr stellen Warnsignale dar.

[178] ÖBIG (2006), S. 1.

Belastung der Frauen ungleich größer als z. B. bei den kleinen operativen Eingriffen zur Behandlung der Vorstufen. Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte gilt als integraler Bestandteil der Betreuung während des gesamten Krankheitsverlaufs. Die Patientin ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt auf psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen. Dazu zählen auch Paar- und Sexualberatung, Selbsthilfegruppen sowie sozialrechtliche Beratung. Es sollte zudem möglich sein, auf Wunsch der Patientin, den Partner oder Angehörige jederzeit in die Betreuung mit einzubeziehen.

Von besonderer Bedeutung ist die **Rehabilitation**. Globales Gesamtziel ist die Wiedererlangung eines körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Bei bleibenden Folgeschäden ist Hilfestellung durch Begleitung und Betreuung (z. B. durch Frauengesundheitszentren, Selbsthilfegruppen) besonders bedeutsam.

4.4.3 Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)

Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinome) entstehen (im Gegensatz zum Zervixkarzinom) im oberen Teil der Gebärmutter (Corpus uteri) und gehen meist von der Schleimhaut der Gebärmutter (Endometrium) aus. Wichtigstes klinisches Symptom sind postmenopausale Blutungen.

Inzidenz und Mortalität

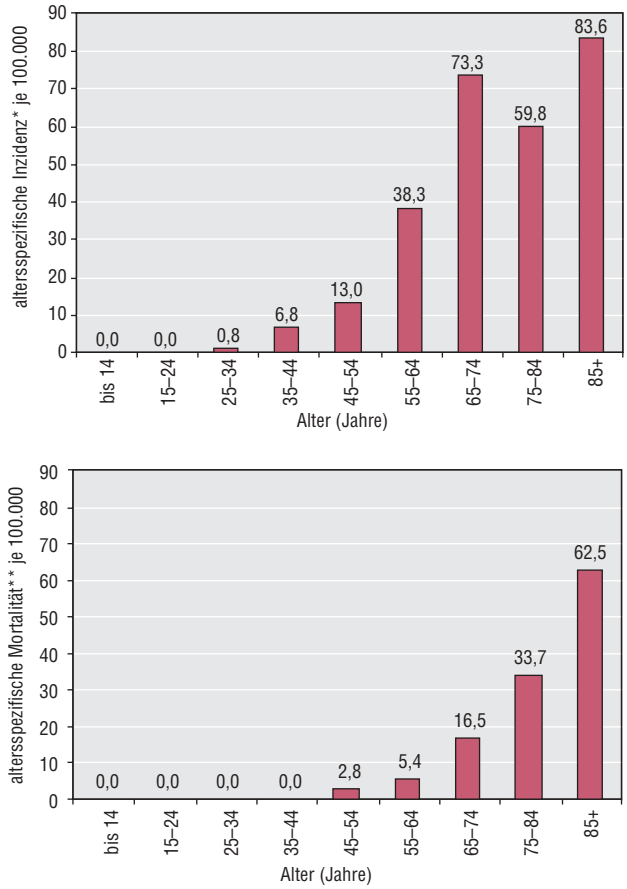
Zum Krebs des Gebärmutterkörpers werden üblicherweise Krebserkrankungen nicht näher bezeichneter Teile der Gebärmutter hinzugerechnet, unter denen sich auch Fälle von Gebärmutterhalskrebs finden. Der Anteil solcher nicht näher bezeichneter Krebskrankheiten der Gebärmutter ist bei der Mortalität wesentlich größer als bei der Inzidenz.[192]

In Wien sind im Jahr 2002 175 Frauen an Krebs des Gebärmutterkörpers neu erkrankt, das sind 5,1 Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen. Etwa ein Drittel (37,1 Prozent) dieser Fälle trat vor dem 65. Lebensjahr auf. Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers sind das häufigste weibliche Genitalkarzinom. Im Jahr 2002 waren in Wien 38,0 Prozent der Krebsneuerkrankungen der weiblichen Genitalorgane Korpuskarzinome.

57 Frauen sind in Wien im Jahr 2004 am Krebs des Gebärmutterkörpers gestorben, das sind 2,7 Prozent aller Krebssterbefälle von Frauen bzw. 0,6 Prozent aller Sterbefälle von Frauen. 15,7 Prozent der an Krebs des Gebärmutterkörpers verstorbenen Frauen waren unter 65 Jahre.

[192] Dachdokumentation Krebs, http//: www.rki.de/

Grafik 4.11: Inzidenz und Mortalität an Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

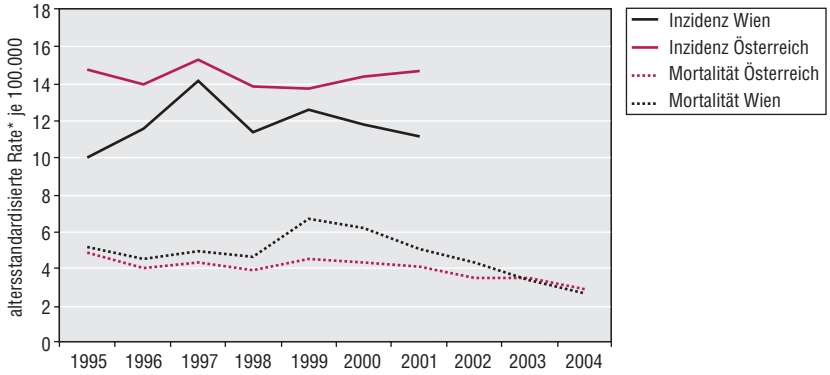
** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Im Gegensatz zum Gebärmutterhalskrebs tritt der Krebs des Gebärmutterkörpers meist erst in einem höheren Alter auf, und zwar vorwiegend nach der Menopause. Entsprechend nimmt auch die altersspezifische Inzidenz am Korpuskarzinom ab dem 55. Lebensjahr deutlich zu. Der Altersgipfel liegt zwischen 65 und 74 Jahren, sieht man von den 85-Jährigen und älteren ab. Vor dem 45. Lebensjahr waren im Jahr 2004 keine Sterbefälle am Krebs des Gebärmutterkörpers zu verzeichnen. Ab diesem Alter nimmt die Mortalität kontinuierlich zu.

Die altersstandardisierte Inzidenz ist beim Krebs des Gebärmutterkörpers im letzten Jahrzehnt in Wien zunächst gestiegen, seit 1997 zeigt sich jedoch (sieht man von Schwankungen ab) wieder ein rückläufiger Trend. Auch die Mortalität ist (zumindest seit 1999) rückläufig.

Grafik 4.12: Inzidenz und Mortalität am Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Die Neuerkrankungsrate war in Wien im letzten Jahrzehnt etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet, die Mortalität jedoch bis zum Jahr 2003 etwas höher. Aufgrund des stärkeren Rückgangs der Mortalität in Wien ist es seither zu einer Angleichung in der Sterblichkeit am Krebs des Gebärmutterkörpers zwischen Wien und dem gesamten Bundesgebiet gekommen.

Österreich lag im Jahr 2002 unter den EU-15-Ländern bei der Neuerkrankungsrate für Gebärmutterkörperkrebs an neunter Stelle. Die höchsten Raten finden sich in Luxemburg, Schweden und Deutschland, die niedrigsten in Griechenland, Portugal und Irland. Allerdings hat Österreich bei der Mortalität die dritthöchste Rate, nur in Finnland und Dänemark ist die Mortalität höher. Am niedrigsten ist sie in Griechenland.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für das Korpuskarzinom gelten vor allem hormonelle Einflüsse. Einerseits wird die Exposition gegenüber körpereigenem Östrogen, das in direktem Zusammenhang mit Übergewicht (Adipositas) und Kinderlosigkeit steht, oder als Folge einer frühen Menarche und späten Menopause sowie lang anhaltende Zyklen ohne Eisprung (zum Beispiel bei polyzystischen Ovarien) auftritt, als kritischer Faktor genannt. Andererseits besteht der Verdacht, dass die Östrogensubstitution in der Postmenopause das Risiko für das Korpuskarzinom erhöht. In einigen Familien konnte eine Häufung beobachtet werden, die Ursache ist jedoch nicht geklärt. Eine schützende (protektive) Wirkung wird der Einnahme oraler Kontrazeptiva vom Kombinationstyp zugeschrieben. Ein gesunder Lebensstil, eine an Obst und Gemüse reiche Ernährung, die Vermeidung von Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit und hohem Blutdruck, die ebenfalls als Risikofaktoren gelten, wirken präventiv.

Früherkennung, Therapie

Im Gegensatz zum Gebärmutterhalskrebs ist der PAP-Abstrich nicht zur Früherkennung des Gebärmutterkörperkarzinoms geeignet. Das Korpuskarzinom führt bereits im Frühstadium zu abnormen Blutungen, die in der Regel zum Arztbesuch führen. Dadurch wird das Gebärmutterkörperkarzinom auch meist bereits im Frühstadium entdeckt und kann so einer effektiven Therapie zugeführt werden. Die wichtigste Früherkennungsmaßnahme besteht daher in der Abklärung abnormer vaginaler Blutungen vor allem in der Menopause. Insgesamt sind die Heilungsaussichten des Gebärmutterkörperkarzinoms im Frühstadium sehr groß und liegen bei nahezu 90 Prozent. Es ist daher besonders wichtig, erste Warnsignale ernst zu nehmen und sie durch den Facharzt bzw. die Fachärztin abklären zu lassen.

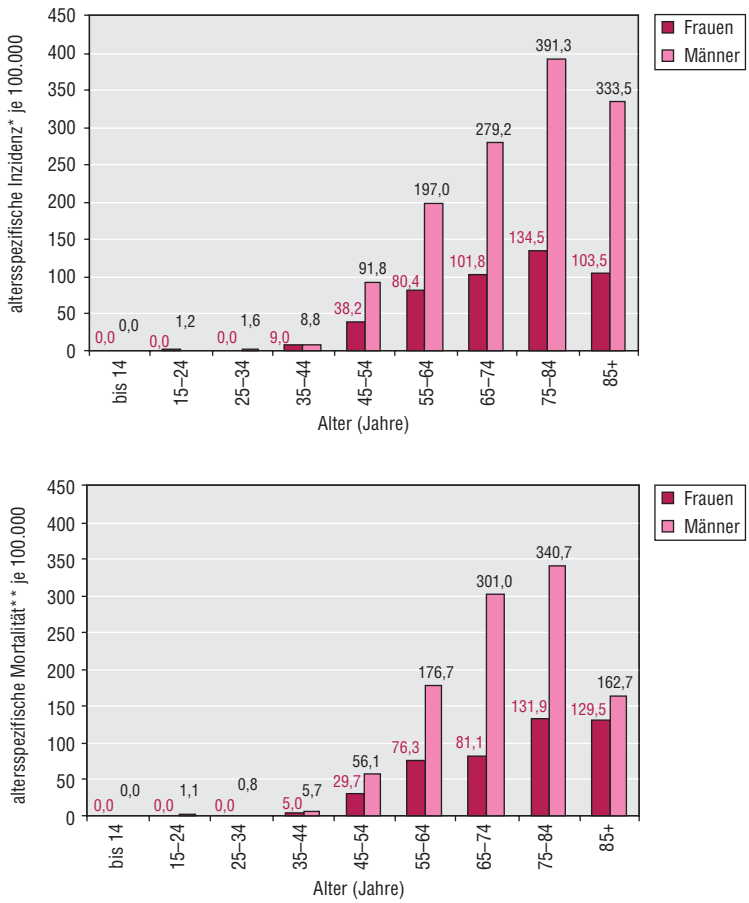
4.4.4 Lungenkrebs

Obwohl bei Frauen Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs deutlich niedriger als bei Männern sind, erfordert die Erkrankung bei Frauen aufgrund der drastisch steigenden Inzidenz- und Mortalitätsraten besondere Beachtung.

Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 324 Frauen und 579 Männer neu an Lungenkrebs erkrankt. Das bedeutet, dass nahezu jede zehnte Krebsneuerkrankung der Frauen (9,5 Prozent) und nahezu jede sechste (17,4 Prozent) der Männer auf Lungenkrebs zurückzuführen war. 297 Frauen und 519 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an Lungenkrebs gestorben. Das sind 13,9 Prozent der Krebssterbefälle von Frauen und ein Viertel der Krebssterbefälle von Männern (25,1 Prozent) bzw. 3,3 Prozent aller Sterbefälle von Frauen und 7,3 Prozent aller Sterbefälle von Männern.

Grafik 4.13. Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien nach Alter und Geschlecht 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

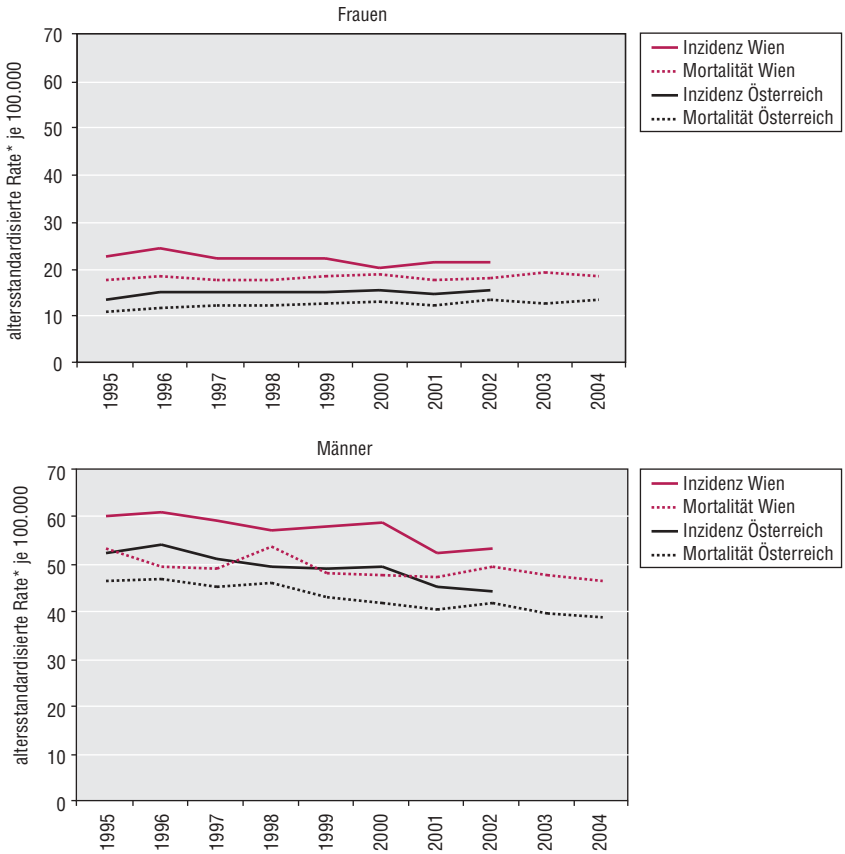
** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Die altersspezifische Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu. Vor allem zwischen 55 und 64 Jahren ist bei Frauen und Männern ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

Die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten der Männer sind zwar deutlich höher als jene der Frauen, waren aber im letzten Jahrzehnt rückläufig. Dagegen sind die Inzidenz- und Mortalitätsraten der Frauen gestiegen. In Wien war zwar die Inzidenz bei den Frauen (ausgehend von einem deutlich höherem Niveau als im gesamten Bundesgebiet) zwischen 1996 und 2000 leicht rückläufig, ist aber seither wieder im Steigen begriffen. Der Grund für den Anstieg der Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs ist vornehmlich darin zu sehen, dass immer mehr Frauen rauchen. Vor allem steigt der Anteil der jugendlichen „EinsteigerInnen", wobei Mädchen häufiger als Burschen rauchen.[193] Es ist daher auch zu vermuten, dass der Gipfel der Lungenkrebsfälle bei den Frauen noch lange nicht erreicht ist. Wie eingehende Analysen zur Lungenkrebssterblichkeit zeigen, wirken sich unter anderem Kohorteneffekte, die ihrerseits die Rauchgewohnheiten beeinflussen, auf die Mortalität infolge von Lungenkrebs aus.[194]

Grafik 4.14: Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004 nach Geschlecht



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

[193] Siehe Kapitel 5.3.4, Abschnitt Rauchen und Passivrauchen.

[194] BACHINGER (2004), S. 93–96; BACHINGER (2005).

Auffallend für Wien sind bei beiden Geschlechtern deutlich höhere Inzidenz- und Mortalitätsraten als für das gesamte Bundesgebiet. Kein anderes Bundesland erreicht so hohe Werte wie Wien.[195] Dazu ist zu erwähnen, dass Wien sowohl bei Frauen als auch bei Männern die höchsten RaucherInnenquoten von allen Bundsländern hat.[196]

Unter den Ländern der Europäischen Union vor der Erweiterung (EU–15) hat Österreich bei den Frauen nach Dänemark, Großbritannien, Irland, den Niederlanden und Schweden die sechsthöchste Neuerkrankungsrate. Am niedrigsten sind die Neuerkrankungsraten bei Frauen in Spanien und Portugal. Bei den Männern lag Österreich an elfter Stelle. Die höchste Lungenkrebsinzidenz haben bei den Männern Belgien, Luxemburg und die Niederlande, die niedrigsten Schweden, Finnland und Portugal.

Bei der Mortalität an Lungenkrebs nimmt Österreich bei den Frauen wie bei der Inzidenz den sechsten Rang ein. Dänemark, Großbritannien, Irland, die Niederlande und Schweden haben nicht nur die höchste Inzidenz, sondern auch die höchste Mortalität an Lungenkrebs bei den Frauen, Portugal und Spanien dagegen die niedrigste. Bei den Männern liegt Österreich in der Lungenkrebssterblichkeit an zwölfter Stelle, die höchsten Raten finden sich in Belgien und den Niederlanden, die niedrigsten in Schweden und Portugal.

Risikofaktoren

Der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung von Lungenkrebs ist das Zigarettenrauchen. Das Erkrankungsrisiko starker RaucherInnen ist mehr als zwanzig Mal höher als jenes von NichtraucherInnen. Allerdings kann sich das Risiko von NichtraucherInnen durch bloßes Einatmen von Zigarettenrauch in der Raumluft (Passivrauchen) um bis zu fünfzig Prozent erhöhen. Auch Belastungen z. B. durch Asbestfeinstaub oder Radon im Beruf, der Wohnung und der allgemeinen Umwelt können das Risiko erhöhen, an Lungenkrebs zu erkranken.[197]

Geschlechtsspezifische Aspekte

Es gibt Hinweise, dass bei gleich hohem Zigarettenkonsum das Lungenkrebsrisiko bei Frauen etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern.[198] Frauen nehmen durch Nikotin rascher Schaden und regenerieren sich langsamer. Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums haben erst kürzlich eine Genvariante entdeckt, die mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko in Zusammenhang steht, bei Frauen aber viel schwerer ins Gewicht fällt: Bei männlichen starken Rauchern mit der Genvariante erhöht sich das Risiko um das Dreieinhalbfache, bei Frauen hingegen auf das Achtfache. Ob genetische Unterschiede alleine die besondere Gefährdung der Frau begründen, ist jedoch nicht abschließend geklärt.[199]

Die Gefahr von Lungenkrebs bei Frauen ist auch durch ihr spezifisches Rauchverhalten erhöht. Frauen bevorzugen Zigaretten mit niedrigem Teergehalt, so genannte Light-Zigaretten. Dies verleitet dazu, den Rauch intensiver zu inhalieren, wodurch tiefer liegende Teile der Bronchien und des Lungengewebes geschädigt werden. Der in tiefen Regionen liegende Lungentumor wird meist erst später entdeckt, da oft typische Begleitsymptome und Warnsignale (wie die Bronchitis bei Männern) fehlen. Bei Männern liegen die Tumoren häufig im oberen Teil der Atmungsorgane. Laut einer amerikanischen Studie tritt Krebs in den Bronchien bei Männern doppelt so häufig auf wie bei Frauen.[200] Darüber hinaus wird der niedrigere Nikotingehalt von Light-Zigaretten häufig durch Erhöhung der Anzahl der gerauchten Zigaretten kompenisert. Die Bezeichnung „Light-Zigaretten“ ist auch insofern irreführend, als diese nicht gesünder sind. Sie halten die/den RaucherIn nur davon ab, ganz mit dem Rauchen aufzuhören, da das trügerische Gefühl besteht, man habe dem Rauchen die Gefahr genommen *(siehe auch Kapitel 5.3.4, Abschnitt Rauchen und Passivrauchen)*.

195 STATISTIK AUSTRIA (2004c), S. 41.
196 STADT WIEN (2002), S. 51.
197 Dachdokumentation Krebs, http//: www.rki.de/
198 WELTE (2000).
199 WELTE (2000).
200 PATEL (2004).

Früherkennung, Therapie

Obwohl auch beim Lungenkrebs eine **frühzeitige Erkennung** die Behandlungsmöglichkeiten und die Heilungschancen deutlich verbessert, gibt es bisher keine für die breite Anwendung geeignete Früherkennungsuntersuchung.[201] Röntgenreihenuntersuchungen wie auch einfache Untersuchungen von abgehustetem Bronchialsekret (Sputum), von denen man sich viel versprochen hatte, blieben ohne Erfolg. Neue Verfahren, wie etwa die Spiral-Computertomographie mit niedriger Strahlendosis oder die Untersuchung von Sputum mit molekularbiologischen Methoden, könnten, falls sie sich bewähren und zur Entdeckung kleiner Tumoren führen, vor allem bei RaucherInnen mit hohem Erkrankungsrisiko in Frage kommen.

Die sicherste und beste Methode zur **Vorbeugung** von Lungenkrebs ist die Vermeidung der bekannten Risikofaktoren. Besonders bedeutsam sind daher spezielle Angebote der Raucherentwöhnung für Frauen, bei denen unter anderem auch auf frauenspezifische Probleme wie Osteoporose, Wechseljahre, Schwangerschaft, etc. eingegangen wird. Hier gilt es, allgemeine Techniken der Abgewöhnung (pharmakologische und verhaltensbezogene Behandlung) mit frauenspezifischen Ansätzen, wie z. B. der Ernährungsberatung, Gewichtskontrolle und Stressbewältigung zu kombinieren.

Die **Therapie** bei Lungenkrebs richtet sich nach verschiedenen Kriterien. Dabei ist vor allem die Unterscheidung zwischen kleinzelligem und nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom von Bedeutung. Daneben spielen auch das Erkrankungsstadium, die Lage des Tumors (zentral oder peripher gelegen), der Allgemeinzustand und zusätzliche Erkrankungen der PatientInnen, Lungenfunktion und Atemreserven eine Rolle.

Wie bei fast allen Krebserkrankungen stehen auch beim Lungenkrebs hauptsächlich drei Therapie-Möglichkeiten zur Verfügung: die Operation, die Bestrahlung und die Chemotherapie. Diese Behandlungsarten können auch miteinander kombiniert werden, was eine signifikante Verbesserung der Heilungs- und Überlebenschancen bedeuten kann. Neue Hoffnungen liegen auf der zusätzlichen Anwendung von Therapien, die gezielt in die Wachstumssteuerung von Krebszellen eingreifen.

Bei schlechtem Gesundheitszustand, besonders bei beeinträchtigter Leistungsfähigkeit von Herz und Lunge, können bestimmte Therapieformen nur eingeschränkt oder gar nicht angewendet werden.

Neben den genannten Therapien werden in den meisten Behandlungszentren unterstützende Maßnahmen angeboten. Diese umfassen atemgymnastische Übungen, psychosoziale Betreuung und Ernährungsberatung.

[201] http//: www.krebshilfe.com/

4.4 Krebserkrankungen

Zusammenfassung

In Wien erkranken jährlich ca. 3.400 Frauen und 3.300 Männer neu an **Krebs**. Jeweils rund 2.100 Frauen und Männer sterben daran. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen und Ursachen der Krebssterblichkeit bei Frauen sind Brustkrebs, Dickdarmkrebs und Lungenkrebs, bei den Männern Prostatakrebs, Lungenkrebs und Dickdarmkrebs.

Ca. 900 Frauen in Wien erkranken jährlich an **Brustkrebs**, ca. 400 sterben daran. Während Neuerkrankungen eher steigen, sinkt die Mortalität. Da bisher Entstehung und Möglichkeiten der Primärprävention von Brustkrebs nur unzureichend geklärt sind, kommt der Früherkennung besondere Bedeutung zu. Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament haben die Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum Jahr 2008 ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm aufzubauen. Wien hat bereits von 2000 bis 2002 das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durchgeführt. Im Jahr 2006 ist in ganz Österreich die Implementierung von Mammografie-Screening-Modellprojekten geplant. Modellregionen in Wien sind der 15., 16., und 17. Bezirk. Durch das systematische Mammografie-Screening wird eine Senkung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent angestrebt, zugleich ist aber auch Qualitätssicherung eine der Zielsetzungen. Da das systematische Mammografie-Screening unter ExpertInnen nur eingeschränkte Zustimmung findet, sind eine umfassende Evaluation in den Modellregionen ebenso wie die Aufklärung der Frauen über Vor- und Nachteile des Screenings von besonderer Bedeutung.

Weitere frauenspezifische Krebserkrankungen, die jedoch deutlich seltener als der Brustkrebs sind, sind der Krebs des **Gebärmutterhalses** und des **Gebärmutterkörpers.** Im Jahr 2002 sind (ohne Einbeziehung der Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses) in Wien ca. 300 Frauen an einer dieser beiden Krebsarten erkrankt. Im Steigen begriffen sind bei Frauen Neuerkrankungen und Mortalität bei **Lungenkrebs,** während diese bei den Männern sinken.

Summary: Cancer

*Every year, approximately 3,400 women and 3,300 men in Vienna are newly diagnosed with **cancer**. Approximately 2,100 of women and men each die of it. The most frequent types of cancer and causes of cancer-related mortality are breast cancer, colon cancer and lung cancer for women, and prostate cancer, lung cancer, and colon cancer for men.*

*Approximately Viennese 900 women get **breast cancer** each year, and approximately 400 of them die of it. While new cases of cancer are on the rise, mortality is decreasing. Since the reasons for the emergence of cancer and possibilities of primary prevention are not sufficiently known, early detection is of particular importance. The European Commission and the European Parliament have recommended all Member States to develop a population-based quality assured mammography screening programme by 2008. Vienna already carried out an early detection programme for breast cancer between 2000 and 2002. For 2006 the implementation of model projects for mammography screening is planned all over Austria. The model areas in Vienna are the municipal districts 15, 16 and 17. The goal is to reduce breast cancer mortality by 25 to 30 percent through systematic mammography screening; another important objective is quality assurance. Since the systematic mammography screening is not supported by all experts, a comprehensive evaluation in the model regions as well as solid information for women on the benefits and risks of mammography screening are of particular importance.*

*Other types of cancer specific to women, which however are significantly less frequent than breast cancer, are **cervical** and **uterine cancer**. In 2002 approximately 300 women were diagnosed with one of these types of cancer in Vienna (not counting preliminary stages of cervical cancer). In the case of **lung cancer**, new cases and mortality are on the increase for women, while they are decreasing for men.*

Am häufigsten ist Diabetes bei Frauen in der niedrigsten Einkommensschicht (15,4 Prozent), bei Männern in den mittleren Einkommensschichten (8,3 bzw. 9,5 Prozent). Und zwar dürften die in niedrigeren Sozialschichten ungünstigeren Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchen hier eine Rolle spielen.[212] Laut Mikrozensus 1999 ist die Prävalenz des Diabetes mellitus in Wien etwas höher als im gesamten Bundesgebiet.[213] Auch international wird für den großstädtischen Bereich (Großstadtfaktor)[214] von höherer Prävalenz berichtet.

Nicht selten bleibt ein erhöhter Blutzucker viele Jahre unerkannt und wird erst beim Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen diagnostiziert. Die Angaben zur Prävalenz des **unentdeckten Diabetes mellitus**, hängen weitgehend von den angewandten Diabeteskriterien (Grenze des Nüchternblutzuckers, Einbeziehung des oralen Glukosetoleranztestes) ab. Eine Erhebung in Augsburg[215] ermittelte unter Heranziehung des oralen Glukosetoleranztests bei Personen im Alter von 55 bis 74 Jahren eine Prävalenz des unentdeckten Diabetes mellitus von 8,2 Prozent. Das entspricht in etwa der Häufigkeit des bekannten Diabetes in dieser Altersgruppe (8,4 Prozent). Frauen waren von unentdecktem Diabetes mellitus (6,9 Prozent) seltener betroffen als (Männer 9,7 Prozent). Dagegen lag die auf der Bestimmung des Nüchternblutzuckers basierende Prävalenz des neu entdeckten Diabetes lediglich bei 4,9 Prozent. Auswertungen von Ergebnissen der Gesundenuntersuchung in Wien (und Vorarlberg) lassen auch hierzulande eine beträchtliche Dunkelziffer vermuten.[216]

Symptome, Begleit- und Folgekrankheiten

Symptome des **Typ 1-Diabetes** sind Durst, vermehrtes Wasserlassen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Gewichtsverlust. Weiters kann es zu vermehrten (Haut-)Infekten mit schlechter Heilung, Juckreiz und Sehstörungen kommen. **Typ 2-Diabetes** kann über Jahre hinweg ohne Symptome verlaufen, er wird daher oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt.

Im Verlauf des Diabetes **auftretende akute Komplikationen** sind auf der einen Seite Stoffwechselentgleisungen mit hohem Blutzucker und begleitenden Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt bzw. das diabetische Koma (hyperglykämisches Koma oder Ketoazidose). Andererseits kann es bei den mit Insulin oder blutzuckersenkenden Medikamenten behandelten Personen zu schweren Unterzuckerungen (Hypoglykämie) bis hin zum Schock kommen. Beides kann tödlich enden, was jedoch aufgrund der modernen Behandlungsmethoden kaum mehr der Fall ist.[217]

Einschränkungen der Lebensqualität und mitunter auch eine Verringerung der Lebenserwartung ergeben sich beim Diabetes mellitus vor allem durch die diabetesbezogenen **Begleit- und Folgekrankheiten** aufgrund der Schädigung der kleinen und großen Blutgefäße. **Mikroangiopathische Spätschäden** zeigen sich vor allem an den Augen (diabetische Retinopathie), den Nieren (Nephropathie mit Gefahr des Nierenversagens, der Erfordernis von Dialyse oder Nierentransplantation) und den Nerven (Neuropathie). Die Neuropathie ist wesentlich an der Entstehung des Diabetisches Fußsyndroms beteiligt, das bis hin zu Amputationen führen kann, sich aber auch in Störungen des autonomen Nervensystems (Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, Urogenitalsystem) zeigen kann. Das Auftreten mikroangiopathischer Schäden hängt wesentlich von der Blutzuckereinstellung ab.

Makroangiopathische Schäden (insbesondere kardiovaskuläre Krankheiten) sind Hauptursache für die erhöhte Sterblichkeit von DiabetikerInnen. Gefäßkrankheiten (Arteriosklerose) treten bei DiabetikerInnen im Vergleich zu Personen ohne Diabetes früher auf, schreiten rascher voran und führen häufiger zu schweren Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Eine hohe Bedeutung kommt dabei dem Bluthochdruck zu, dagegen spielt die Blutzuckereinstellung hier eine geringere Rolle als bei mikroangiopathischen Schäden.

212 STADT WIEN (2001).
213 STADT WIEN (2002), S. 106 f.
214 Vgl. dazu RIEDER (2003); zitiert nach RIEDER et.al. (2004).
215 RATHMANN, HAASTERT, ICKS (2003).
216 STADT WIEN (2002).
217 ICKS et al. (2005), S. 10.

Geschlechtsunterschiede: Bei Frauen scheint die Krankheit schwerer zu verlaufen als bei Männern. Viele der angeführten Komplikationen finden sich bei Frauen häufiger, wie z. B. im Bereich der *akuten Komplikationen* das diabetische Koma. Allerdings sterben Frauen seltener als Männer daran. Das häufigere Auftreten des diabetischen Komas bei Frauen wird damit erklärt, dass dieses vor allem ältere DiabetikerInnen (unter denen Frauen in der Mehrzahl sind) betrifft.[218]

Die Wahrscheinlichkeit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Verbindung mit Diabetes ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern.[219] Nach den Ergebnissen des Augsburger Herzinfarktregisters ist das (um den Alterseinfluss bereinigte) Risiko eines Herzinfarkts im Vergleich zu nicht von Diabetes Betroffenen für Frauen fast sechs Mal höher, für Männer jedoch nur etwa vier Mal.[220] Während Frauen insgesamt ein geringeres Herzinfarkt-Risiko als Männer haben, gleicht sich der Geschlechtsunterschied bei Vorhandensein von Diabetes fast aus. Laut Framingham-Studie ist das Reinfarktrisiko für Diabetikerinnen doppelt so hoch wie für Diabetiker. Während Diabetikerinnen nach einem Myokardinfarkt vier Mal so häufig eine Herzinsuffizienz entwickeln wie Nichtdiabetikerinnen, ist dieses Risiko bei männlichen Diabetikern nur um das Zweifache erhöht.[221] Auch die Inzidenz von Schlaganfällen und der so genannten Schaufensterkrankheit ist bei Diabetikerinnen höher als bei Diabetikern.[222] Untersuchungen in Teilen Deutschlands verweisen zudem auf eine höhere Neuerblindungsrate bei Diabetikerinnen.[223] Auch findet sich bei Diabetikerinnen eine höhere Inzidenz und Prävalenz an diabetischen Nervenschäden (Neuropathie) als bei Diabetikern. Dagegen sind Inzidenz und Prävalenz der diabetischen Nierenschäden (Nephropathie) wie auch die Wahrscheinlichkeit einer Nierentransplantation als Folge von Diabetes mellitus bei Männern höher.[224]

Risikofaktoren für Diabetes mellitus, Prävention

Die Entstehung von Diabetes mellitus ist nicht ausreichend geklärt. Als Risikofaktor für den **Typ 1-Diabetes** gilt eine genetische Vorbelastung. Studien bei eineiigen Zwillingen verweisen zudem auf äußere Faktoren. Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen lassen sich für den Typ 1-Diabetes *keine konkreten Empfehlungen* für primäre Präventionsmaßnahmen ableiten.[225]

Bei **Typ 2-Diabetes** spielt die genetische Veranlagung eine größere Rolle. Die vorhandenen Störungen in der Insulinresistenz und -sekretion, die bereits lange vor dem Auftreten des manifesten Diabetes vorliegen können (prädiabetische Phase), können zusammen mit Bewegungsmangel und Übergewicht zu manifestem Diabetes führen. Während für Frauen Harnsäure und körperliche Inaktivität eine größere Rolle für Neuerkrankungen spielen, sind es bei Männern Bluthochdruck, Rauchen und Alkoholkonsum.[226] Das familiär gehäufte Auftreten von Typ 2-Diabetes ist auch vor dem Hintergrund ähnlicher Umwelt- und Lebensstilfaktoren unter den Familienmitglieder zu sehen.[227]

Gerade beim Typ 2-Diabetes ist das **präventive Potenzial** hoch. Dabei sind vor allem lebensstilbezogene Faktoren (Vermeidung von Übergewicht, Adipositas, gesunde Ernährung mit geringem Fettanteil, Nichtrauchen, körperliche Aktivität) von Bedeutung. Nach den Ergebnissen der Nurses Health Study lassen sich ca. 30 Prozent aller Adipositas-Fälle und 43 Prozent aller Fälle von Typ 2-Diabetes durch einen aktiveren Lebensstil (Fernsehkonsum von maximal 10 Stunden pro Woche und mindestens 30-minütiges schnelles Gehen pro Tag) verhindern.[228] Selbst bei Hochrisikopersonen mit gestörter Glukosetoleranz lässt sich durch intensive Lebensstilintervention die Inzidenz von Typ 2-Diabetes um bis zu 60 Prozent verringern. Die Lebensstilmodifi-

218 SINGH et al. (2001).
219 BECKMANN et al. (2002)
220 LÖWEL et. al. (1999).
221 ABBOT et al. (1988).
222 KUUSISTO et al. (1994); LÖWEL et al. (1999); HU et al. (2001).
223 TRAUTNER et al. (1997); ICKS et al. (1997).
224 SINGH et al. (2001).
225 ICKS et al. (2005), S. 14.
226 MEISINGER et al. (2002).
227 WEIJNEN et al. (2002).
228 HU et al. (2003).

kation erweist sich gegenüber einer medikamentösen Prävention als durchaus überlegen.[229]

Übergewicht und *Adipositas* sind in Wien (bereits bei Kindern) weit verbreitet. Adipositas ist in Wien unter Erwachsenen bei Frauen gering häufiger als bei Männern (8,7 vs. 8,2 Prozent), Männer dagegen sind häufiger übergewichtig (Frauen: 19,7 Prozent, Männer: 57,4 Prozent). *Abdominelle Adipositas* (Frauen: Taillenumfang >88 cm, Männer: >102 cm) wird mittlerweile bei Frauen in Wien häufiger beobachtet als bei Männern.[230] Frauen achten zwar häufiger auf gesunde Ernährung und ernähren sich auch gesünder als Männer, sind allerdings seltener körperlich aktiv als Männer,[231] ein Muster, das sich bereits im Kindes- und Jugendalter findet.[232] Generell besteht in Österreich sowohl in der Prävalenz von Diabetes als in den damit verbundenen lebensstilassoziierten Risikofaktoren ein deutliches Ost-West-Gefälle, wobei der Osten schlechter abschneidet.

Sekundärprävention bedeutet Früherkennung des Typ 2-Diabetes und des metabolischen Syndroms durch geeignete Screening-Maßnahmen.[233] Ziel ist die Senkung der Zahl unentdeckter Diabetes-Fälle und die Vermeidung von Spätschäden durch rechtzeitige Behandlung. Es wird vermutet, dass Typ 2-Diabetes teilweise erst bis zu 10 Jahre nach seinem Auftreten diagnostiziert wird, wobei sich meist bereits Spätschäden finden.[234] Effektivität und Effizienz eines systematischen Diabetes-Screenings sind bisher nicht geklärt. Die „Vorsorgeuntersuchung Neu", die am 1. Oktober 2005 in Österreich eingeführt wurde, und für die sich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine Reduktion der Diabetesschäden von 33 Prozent zum Ziel gesetzt hat, setzt sowohl auf Primärprävention (durch Beratungsmaßnahmen, die auf einen gesunden Lebensstil abzielen), als auch auf Früherkennung. Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, darunter auch Übergewicht und Diabetes mellitus, sollen bis zum einem Lebensalter von 40 Jahren alle drei Jahre und danach alle zwei Jahre überprüft werden. Bei Verdacht auf Diabetes mellitus wird in einem zweiten Schritt ein oraler Glukosetoleranztest (OGTT) durchgeführt.[235]

Tertiärprävention bedeutet Prävention und Früherkennung von Spätschäden. Eine optimale Blutzuckereinstellung reduziert das Risiko diabetesbezogener mikroangiopathischer Spätschäden (Augen-, Nieren-, Nervenerkrankungen) bzw. deren Fortschreiten insbesondere beim Typ 1-Diabetes erheblich.[236] In Bezug auf die Makroangiopathie (Erkrankungen der großen Blutgefäße) scheint beim Typ 2-Diabetes vor allem die Behandlung der arteriellen Hypertonie und der Fettwechselstörungen (Dysipidämie) von Bedeutung.[237] Von besonderer Bedeutung ist auch die frühzeitige, qualifizierte Behandlung von Spätschäden: Dazu zählen Screening und Laserbehandlung diabetesbedingter Augenschäden, fachgerechte Versorgung diabetischer Fußschäden, frühzeitige und effektive Behandlung des hohen Blutdrucks zur Reduktion von Niereninsuffizienz.[238]

Im Rahmen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft ist im Gesundheitsbereich Diabetes einer der Schwerpunkte. Österreich will sich in diesem Bereich vor allem auf die Bekämpfung von Risikofaktoren, Folgekrankheiten von Diabetes und die sozialen und geschlechtspezifischen Benachteiligungen im Zusammenhang mit Diabetes konzentrieren.

229 ERIKSSON, LINDGÄRDE (1991); TUOMILEHTO et al. (2001); KNOWLER et al. (2002).

230 KIEFER et al. (2001); DORNER et al. (2003).

231 KIEFER, RATHMANNER (2004); STADT WIEN (2003); STATISTIK AUSTRIA (2002a).

232 STADT WIEN (2000a).

233 Darunter versteht man eine Stoffwechselstörung, die durch gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren für Typ 2-Diabetes und Herzkreislauf-Erkrankungen charakterisiert ist. Allerdings wurde in letzter Zeit aus defintorischen Gründen und mangelnder Evidenz Kritik an diesem Begriff laut. Vgl. BMGF (2005a), S. 5.

234 ICKS et al. (2005), S. 15.

235 BMFG (2005a), S. 14.

236 Laut DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS RESEARCH GROUP (1993) um 30 bis 50 Prozent.

237 UK PROSOECTIVE DIABETES STUDY GROUP (1998).

238 ICKS (2005), S. 16.

Einstellungen und subjektive Wahrnehmung von Frauen mit Diabetes

Internationale Studien[239] zeigen, dass Frauen die Krankheit anders erleben als Männer. Bei Frauen wirken sich langfristige Komplikationen (wie etwa das Abnehmen der Sehkraft) stark auf das Familienleben aus. Frauen berichten, dass es für sie schwerer ist als für Männer, ihre Krankheit unter Kontrolle zu halten, sie mehr Angst vor Komplikationen (z. B. dem Verlust ihrer Sehkraft) haben und die Krankheit die Beziehungen zu den Familienmitgliedern und Freunden sowie das berufliche Fortkommen beeinflusst hat. Diabetikerinnen sind der Ansicht, dass ihr Umfeld, insbesondere jene, von denen sie betreut werden, sie und ihre Bedürfnisse oft missverstehen. Abgesehen von der optimalen medizinischen Versorgung sind aber gerade soziale Unterstützung und emotionales Wohlbefinden für die Selbsthilfe von entscheidender Bedeutung.

Ergebnisse des *International Women's Diabetes Survey*[240] bestätigen, dass sich Frauen mit Typ 2-Diabetes bzw. Frauen, die einen Menschen mit Diabetes betreuen, in ihrer familiären Rolle beeinträchtigt fühlen. Diabetikerinnen haben vor allem mit den durch die Ernährungsumstellung verbundenen Einschränkungen, konstanter Müdigkeit sowie der Angst vor Komplikationen (wie zum Beispiel einer Erblindung) zu kämpfen. Frauen, die eine Person mit Diabetes betreuen, berichten über Probleme mit den Stimmungsschwankungen des/der Kranken. Mit der Einführung neuer, wirkungsvollerer Behandlungsmethoden, bequemerer Insulininjektionssysteme und strukturierter Vorsorgeprogramme erhöhen sich die Chancen für Diabeteskranke, ein normaleres Leben führen zu können. Eine eingehende Untersuchung der medizinischen und psychologischen Bedürfnisse von Frauen mit Diabetes könnte wesentlich dazu beitragen, dass ihren Bedürfnissen im Rahmen der therapeutischen Bemühungen künftig in erforderlichem Maße Rechnung getragen wird.

Laut einer EU-weiten Erhebung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) gibt es in der Europäischen Union insgesamt nur wenige spezifische Interventionen für Frauen, die vorhandenen beziehen sich ausschließlich auf den Schwangerschaftsdiabetes.[241]

Stationäre Aufenthalte

Da die Spitalsentlassungsstatistik lediglich Auskunft über die Hauptdiagnosen bei der Entlassung gibt, nicht aber über Nebendiagnosen, ist insbesondere beim Diabetes mellitus aufgrund dieser Daten mit einer Unterschätzung des Problems zu rechnen. So scheint z. B. bei DiabetikerInnnen, die aufgrund eines Herzinfarkts im Krankenhaus behandelt werden, Diabetes mellitus nicht auf, da in diesen Fällen der Herzinfarkt Hauptdiagnose ist. Außerdem weist die Spitalsentlassungsstatistik nicht die Zahl der stationär versorgten Personen, sondern die Zahl der Behandlungsfälle aus: Ein und dieselbe Person, die im betreffenden Kalenderjahr mehrere stationäre Aufenthalte hatte, wird auch mehrmals gezählt.

Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 3.329 stationäre Aufenthalte von Frauen und 2.961 stationäre Aufenthalte von Männern mit der Entlassungsdiagnose Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) verzeichnet.[242] Bei Frauen lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (27,4 Tage) deutlich über jener der Männer (16,1 Tage). Nahezu zwei Drittel (64,7 Prozent) der stationären Aufenthalte von Frauen, aber weniger als die Hälfte (44,6 Prozent) der stationären Aufenthalte von Männern betrafen Personen ab 65 Jahre. 265 Frauen (7,8 Prozent der weiblichen Behandlungsfälle) und 125 Männer (4,2 Prozent der männlichen Behandlungsfälle) mit der Diagnose Diabetes mellitus sind im Krankenhaus verstorben.

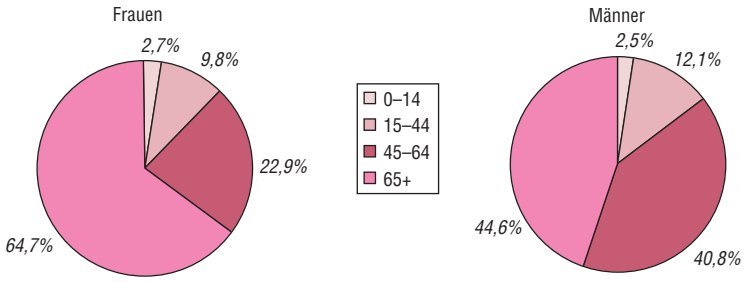
239 ALBERTI (2001).

240 INTERNATIONAL WOMEN'S DIABETES SURVEY (2002).

241 BMGF (2005a), S. 38.

242 Nicht inkludiert sind Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, für Feten und das Neugeborene spezifische transitorische Störungen des Kohlehydratstoffwechsels, sowie erhöhter „Blutglukosewert andernorts nicht klassifiziert".

Grafik 4.16: Stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 224; eigene Berechnungen.

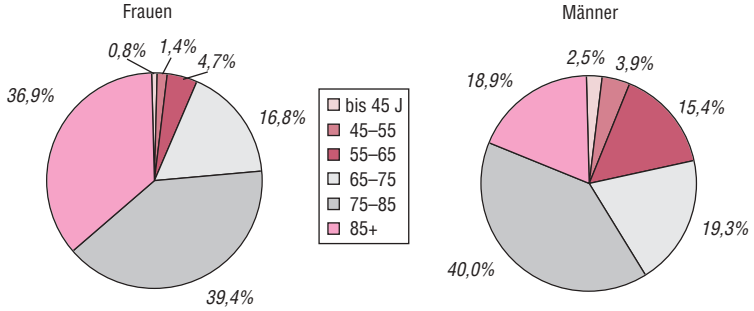
Wie Auswertungen der Spitalsentlassungsstatistik für das gesamte Bundesgebiet zeigen, hat sich der Überhang stationärer Behandlungsfälle von Frauen mit der Diagnose Diabetes mellitus zwischen 1991 und 2001 verringert. Ausschlaggebend dafür war vor allem die steigende Zahl männlicher Behandlungsfälle jüngeren Alters. Österreichweit wurden im Jahr 2001 bei den Frauen mehr stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Typ 2-Diabetes als bei den Männern verzeichnet, bei den Männern überwogen Behandlungsfälle aufgrund Typ 1-Diabetes. Die häufigsten Diagnosen innerhalb der Krankheitsgruppe Diabetes mellitus waren bei den Behandlungsfällen der Frauen keine Komplikationen, peripher vaskuläre und neurologische Komplikationen, bei jenen der Männer keine, peripher vaskuläre und multiple Komplikationen.[243]

Mortalität

In Wien sind im Jahr 2004 363 Frauen und 280 Männer an Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) gestorben.[244] Das sind 4,1 Prozent aller Sterbefälle von Frauen bzw. 3,9 Prozent aller Sterbefälle von Männern. 56,5 Prozent der Sterbefälle an Diabetes mellitus betrafen Frauen. Obwohl mehr Frauen als Männer an Diabetes sterben, ist (aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur der Verstorbenen) die altersstandardisierte Sterblichkeit der Frauen (14,6 Sterbefälle pro 100.000) deutlich niedriger als jene der Männer (23,6 Sterbefälle pro 100.000). Von den im Jahr 2004 an Diabetes Verstorbenen waren bei den Frauen 93,1 Prozent 65 Jahre oder älter, bei den Männern dagegen nur ca. drei Viertel (78,2 Prozent). Allerdings liefert die Todesursachenstatistik nur ein unvollständiges Bild der Todesfälle aufgrund von Diabetes, da vielfach nicht Diabetes, sondern eine mit dem Diabetes eng assoziierte Erkrankung oder Folgekrankheit als Todesursache (Grundleiden) dokumentiert wird.[245]

243 RIEDER et al. (2004).
244 Vgl. dazu Tabelle 4.4.
245 RIEDER et al. (2004), S. 11.

Grafik 4.17: Sterbefälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.

Personen mit Diabetes haben (unabhängig vom Geschlecht) ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhtes Mortalitätsrisiko, das durch zusätzliche Risikofaktoren (wie Hypertonie, Hypercholesterinämie, Rauchen) noch gesteigert wird.[246] Obwohl Frauen eine niedrigere altersstandardisierte Mortalität an Diabetes haben als Männer, ist bei Frauen der Unterschied im Sterblichkeitsrisiko zwischen Diabetikerinnen und gesunden Frauen größer als bei Männern.

Den Hauptanteil unter den Todesursachen von DiabetikerInnen haben (ebenso wie in der Gesamtbevölkerung) Herz-Kreislauf-Erkrankungen.[247] Bei Vorhandensein einer kardiovaskulären Erkrankung ist bei Frauen im Falle von Diabetes das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis fast dreimal so hoch wie bei den Männern.[248] Frauen mit Diabetes haben ein doppelt so hohes Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis als Frauen ohne Diabetes, dagegen ist bei den Männern das Risiko nicht signifikant erhöht. Bei den Frauen mit Diabetes entspricht das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis exakt jenem der Frauen mit bestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung. Bei den Männern ist dies nicht der Fall.[249] Mögliche Ursachen für die stärkeren Auswirkungen bei Frauen könnten einerseits in der besseren Behandlung der Männer liegen, andererseits könnte es sein, dass sich bei Frauen weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, Rauchen, etc.) negativer als bei Männern auswirken. Die hohe relative Mortalität der Diabetikerinnen könnte aber mitunter auch darauf zurückzuführen sein, dass gesunde Frauen eine höhere Lebenserwartung als gesunde Männer haben.

Therapie, Versorgungsstrukturen

Eine Heilung des Diabetes ist bis heute nicht möglich. *Typ 1-Diabetes* kann nur mit Insulin behandelt werden. Eine engmaschige Kontrolle des Blutzuckerspiegels kann langfristige diabetesbedingte Komplikationen hinauszögern bzw. sogar verhindern, so dass eine normale Lebenserwartung möglich ist.[250] Von besonderer Bedeutung ist die Behandlung vorhandener Begleiterkrankungen, insbesondere eine gute Blutdruckeinstellung.

Basis der Behandlung des *Typ 2-Diabetes* sind Maßnahmen zur Optimierung des Lebensstils *(siehe oben)*. Sofern diese Maßnahmen nicht greifen, ist medikamentöse Unterstützung erforderlich. Reicht beides nicht aus, um die Zielwerte für die glykämische Kontrolle zu erreichen, ist eine Therapie mit Insulin angezeigt. Die regelmäßige Kontrolle kann entweder beim Hausarzt, in der Diabetesambulanz oder bei beiden vorgenommen werden.

Leitlinien zu Teilbereichen der Diabetesprävention und -behandlung liegen seitens der relevanten Fachgesell-

246 CHALMERS et al. (1999); HAFFNER et al. (1998).
247 HU et al. (2003).
248 MAK, HAFFNER (2003).
249 BECKER et al. (2003).
250 DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (1993).

schaften (Österreichische Diabetesgesellschaft, Österreichische Adipositasgesellschaft, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, etc.) vor. Im Vordergrund der Behandlung steht der Aufbau eines verpflichtenden Qualitätsmanagements, wie z. B. die Behandlung nach evidence based medicine. Integraler Bestandteil der Therapie ist die aktive Einbeziehung der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) sowie die Stärkung der Fähigkeit der PatientInnen, sich durch strukturierte **PatientInnenschulung** selbst zu behandeln (Empowerment). Diese umfasst Themen wie Selbstkontrolle, richtige Ernährung, Änderung des Lebensstils und eine Aufklärung zur Vermeidung von Spätkomplikationen (z. B. Unterweisung in medizinischer Fußpflege). Dazu bedarf es entsprechend ausgebildeter DiabetesberaterInnen.

In den Gesundheitszentren und Ambulatorien der Wiener Gebietskrankenkasse wird seit 1995 eine DiabetikerInnenberatung angeboten. Dazu zählt eine Schulung (und Nachschulung) durch ausgebildetes Personal nach dem Düsseldorfer Modell. Zu Beginn des Jahres 2004 wurde vom Diab Care Office Vienna eine Reihe von Maßnahmen (einschließlich PatientInnenschulung nach dem Düsseldorfer Modell) zur Verbesserung der Versorgung der PatientInnen im ambulanten Bereich gestartet *(vgl. dazu Kapitel 8.5.3)*. Wichtig ist auch der Aufbau von Strukturen zur Versorgung von diabetesbedingten Fußproblemen sowie eine ausreichende Zahl von Dialyseplätzen.

Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Hilfe, indem sie die Betroffenen unterstützen und bei praktischen Fragen helfen.

Gestationsdiabetes

Als Gestationsdiabetes wird eine erstmals in der Schwangerschaft auftretende oder diagnostizierte Glukosetoleranzstörung bezeichnet. Dies schließt nicht aus, dass diese bereits vor der Schwangerschaft bestanden hat.[251] Über die Verbreitung des Gestationsdiabetes liegen für Wien (und Österreich) keine Angaben vor. Internationalen Angaben zufolge findet sich die Erkrankung bei 1 bis 20 Prozent der Schwangerschaften.[252]

In Österreich wird, in Entsprechung zu den von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebenen Kriterien, in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest (OGTT) durchgeführt, bei bestimmten Risikoschwangerschaften zusätzlich bereits in den ersten drei Monaten.[253] Laut dem Österreichischen Diabetesplan sollte der OGTT im Mutter-Kind-Pass verankert werden, ebenso gefordert wird ein generelles Nachsorgeprogramm.[254]

Als *Risikofaktoren* für Gestationsdiabetes gelten ein höheres Alter, Adipositas und eine positive Familienanamnese für Typ 2-Diabetes.[255]

Der Schwangerschaftsdiabetes geht mit einem erhöhten Risiko für eine Glukosetoleranzstörung in der nachfolgenden Schwangerschaft und einer späteren permanenten Hyperglykämie einher. In der Literatur finden sich hinsichtlich des Risikos des Auftretens eines späteren Typ 2-Diabetes unterschiedliche Angaben. Aufgrund eines systematischen Überblicks über 28 Studien wurde für den Zeitraum von 6 Wochen bis 28 Jahren nach der Entbindung eine kumulative Inzidenz für Typ 2-Diabetes von 3 bis 70 Prozent ermittelt. Am höchsten war das Erkrankungsrisiko in den ersten fünf Jahren nach der Entbindung.[256]

Risiken für Mutter und Kind bei Diabetes in der Schwangerschaft

Der Schwangerschaftsdiabetes kann (ebenso wie bereits eine eingeschränkte Glukosetoleranz) sowohl bei der Mutter zu Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt führen, als auch beim Kind bei der Geburt und in der Neugeborenenperiode zu akuten Problemen führen.

Schwangere mit Diabetes haben im Vergleich zu Schwangeren mit normaler Glukosetoleranz ein erhöh-

251 WHO (1999).
252 ICKS et al. (2005), S. 10.
253 KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003).
254 BMGF (2005b), S. 17.
255 KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003); XIONG et al. (2001).
256 KIM et al. (2002).

tes Risiko für Harnwegsinfekte, schwangerschaftsinduzierte/n Bluthochdruck und Präklampsie/Eklampsie (Bluthochdruck, Eiweißausscheidung und Ödembildung, Krampfanfälle und mitunter lebensbedrohliche Verlaufsformen).

Diabetes in der Schwangerschaft ist mit einer erhöhten Rate übergroßer und schwerer, jedoch unreifer Kinder (Makrosomie) verbunden. Dies wiederum erhöht das Risiko von Geburtskomplikationen (z. B. Frühgeburten, Kaiserschnitt-Entbindungen) sowie von Komplikationen in der Neugeborenenperiode (z. B. Neigung zu Unterzuckerungen, Atemnotsyndrom). Ein unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes kann auch zu intrauterinem Fruchttod führen.[257]

Eine Auswertung von Perinataldaten von 1988 bis 1993 in Nordrhein zeigte, dass bei Frauen mit vor der Schwangerschaft bestehendem Diabetes die Risiken für Frühgeburtlichkeit, Schädigungen des Kindes und Sterblichkeit während und kurz nach der Geburt zwei- bis viermal höher als bei Frauen ohne Diabetes waren. Dagegen waren Risiken in skandinavischen Ländern, aufgrund der besseren Betreuung von diabetischen Frauen während der Schwangerschaft, deutlich geringer.[258] Zur Minimierung der Risiken für Mutter und Kind ist daher bei schwangeren Frauen mit Diabetes eine intensive Verzahnung von gynäkologischer und diabetologischer Betreuung besonders wichtig.

[257] ARBEITSGEMEINSCHAFT DIABETES UND SCHWANGERSCHAFT (2001).
[258] Von KRIES et al. (1997); zitiert nach ICKS et al. (2005), S. 18.

schaften (Österreichische Diabetesgesellschaft, Österreichische Adipositasgesellschaft, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, etc.) vor. Im Vordergrund der Behandlung steht der Aufbau eines verpflichtenden Qualitätsmanagements, wie z. B. die Behandlung nach evidence based medicine. Integraler Bestandteil der Therapie ist die aktive Einbeziehung der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) sowie die Stärkung der Fähigkeit der PatientInnen, sich durch strukturierte **PatientInnenschulung** selbst zu behandeln (Empowerment). Diese umfasst Themen wie Selbstkontrolle, richtige Ernährung, Änderung des Lebensstils und eine Aufklärung zur Vermeidung von Spätkomplikationen (z. B. Unterweisung in medizinischer Fußpflege). Dazu bedarf es entsprechend ausgebildeter DiabetesberaterInnen.

In den Gesundheitszentren und Ambulatorien der Wiener Gebietskrankenkasse wird seit 1995 eine DiabetikerInnenberatung angeboten. Dazu zählt eine Schulung (und Nachschulung) durch ausgebildetes Personal nach dem Düsseldorfer Modell. Zu Beginn des Jahres 2004 wurde vom Diab Care Office Vienna eine Reihe von Maßnahmen (einschließlich PatientInnenschulung nach dem Düsseldorfer Modell) zur Verbesserung der Versorgung der PatientInnen im ambulanten Bereich gestartet *(vgl. dazu Kapitel 8.5.3)*. Wichtig ist auch der Aufbau von Strukturen zur Versorgung von diabetesbedingten Fußproblemen sowie eine ausreichende Zahl von Dialyseplätzen.

Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Hilfe, indem sie die Betroffenen unterstützen und bei praktischen Fragen helfen.

Gestationsdiabetes

Als Gestationsdiabetes wird eine erstmals in der Schwangerschaft auftretende oder diagnostizierte Glukosetoleranzstörung bezeichnet. Dies schließt nicht aus, dass diese bereits vor der Schwangerschaft bestanden hat.[251] Über die Verbreitung des Gestationsdiabetes liegen für Wien (und Österreich) keine Angaben vor. Internationalen Angaben zufolge findet sich die Erkrankung bei 1 bis 20 Prozent der Schwangerschaften.[252]

In Österreich wird, in Entsprechung zu den von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebenen Kriterien, in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest (OGTT) durchgeführt, bei bestimmten Risikoschwangerschaften zusätzlich bereits in den ersten drei Monaten.[253] Laut dem Österreichischen Diabetesplan sollte der OGTT im Mutter-Kind-Pass verankert werden, ebenso gefordert wird ein generelles Nachsorgeprogramm.[254]

Als *Risikofaktoren* für Gestationsdiabetes gelten ein höheres Alter, Adipositas und eine positive Familienanamnese für Typ 2-Diabetes.[255]

Der Schwangerschaftsdiabetes geht mit einem erhöhten Risiko für eine Glukosetoleranzstörung in der nachfolgenden Schwangerschaft und einer späteren permanenten Hyperglykämie einher. In der Literatur finden sich hinsichtlich des Risikos des Auftretens eines späteren Typ 2-Diabetes unterschiedliche Angaben. Aufgrund eines systematischen Überblicks über 28 Studien wurde für den Zeitraum von 6 Wochen bis 28 Jahren nach der Entbindung eine kumulative Inzidenz für Typ 2-Diabetes von 3 bis 70 Prozent ermittelt. Am höchsten war das Erkrankungsrisiko in den ersten fünf Jahren nach der Entbindung.[256]

Risiken für Mutter und Kind bei Diabetes in der Schwangerschaft

Der Schwangerschaftsdiabetes kann (ebenso wie bereits eine eingeschränkte Glukosetoleranz) sowohl bei der Mutter zu Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt führen, als auch beim Kind bei der Geburt und in der Neugeborenenperiode zu akuten Problemen führen.

Schwangere mit Diabetes haben im Vergleich zu Schwangeren mit normaler Glukosetoleranz ein erhöh-

251 WHO (1999).
252 ICKS et al. (2005), S. 10.
253 KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003).
254 BMGF (2005b), S. 17.
255 KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003); XIONG et al. (2001).
256 KIM et al. (2002).

4.5 Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen – Diabetes mellitus

Zusammenfassung

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und eines ungünstigen gesundheitsbezogenen Lebensstils ist in Zukunft mit einer Zunahme von Diabetes mellitus zu rechnen. In Wien sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung laut Eigenangaben 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer betroffen. Vor allem im höheren Alter erkranken deutlich mehr Frauen als Männer an Diabetes mellitus (zurückzuführen vor allem auf **Typ 2-Diabetes)**. Diabetes mellitus stellt vor allem aufgrund der damit verbundenen Komplikationen, Begleit- und Folgekrankheiten eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Frauen erleben die Krankheit nicht nur anders als Männer, auch die Auswirkungen der Krankheit sind bei Frauen zum Teil gravierender.

Bei Frauen zum Tragen kommt der **Schwangerschaftsdiabetes**, der mit bestimmten Risiken für Mutter und Kind verbunden ist (z. B. Frühgeburten, Kaiserschnittentbindungen, erhöhte Sterblichkeit des Kindes nach der Geburt). Um Folgeschäden des Diabetes mellitus möglichst zu vermeiden bzw. zumindest zu verringern, sind Früherkennung, optimale Therapie und Nachsorge von enormer Bedeutung.

Eine wichtige Rolle im Rahmen der Therapie von Diabetes mellitus spielt die **qualitätsgesicherte PatientInnenschulung**, deren vorrangiges Ziel die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz (im Sinne des Empowerment) der PatientInnen ist. In Wien wird neben verschiedenen Maßnahmen der Qualitätssicherung im stationären Bereich der Ausbau einer qualitätsgesicherten Betreuung und Behandlung von DiabetikerInnen (einschließlich PatientInnenschulung) im ambulanten Bereich forciert.

Summary: Diabetes mellitus

*Due to the increasing life expectancy and unhealthy life styles an increase in the incidence of diabetes mellitus can be expected. In Vienna 4.3 percent of women and 3.4 percent of men living in private households report having this disease. In particular with advanced age more women than men get diabetes mellitus (in particular **type 2 diabetes**). Diabetes mellitus presents a big challenge to health policy in particular due to the associated complications, concomitant diseases and sequelae. Women do not only experience this disease differently than men, but the symptoms can in part be more severe for them.*

*Women can also be affected by **gestational diabetes**, which has risks for mother and child (e.g. premature delivery, caesarean section, higher postnatal infant mortality). In order to avoid or at least reduce long-term damage resulting from diabetes mellitus, the early detection, optimum therapy and aftercare are of great importance.*

***Quality assured patient training** plays an important role in the treatment of diabetes mellitus, aiming at empowering the patients by strengthening their self-responsibility and competence. In addition to various quality assurance measures in in-patient treatment, Vienna focuses on developing quality assured care and treatment for diabetes patients (including patient training) in the out-patient area.*

Der Versuch, den geschlechtsspezifischen Besonderheiten des Diabetes mellitus Rechnung zu tragen, wird vor allem dadurch erschwert, dass trotz der stärkeren Betroffenheit von Frauen bisher nur wenige Erkenntnisse zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern vorliegen.

Formen des Diabetes

Beim Diabetes mellitus handelt es sich um eine Gruppe von Krankheiten, deren gemeinsames Merkmal (in unbehandeltem Zustand) eine durch chronische Hyperglykämie (erhöhten Blutzucker) charakterisierte Regulationsstörung des Stoffwechsels ist. Nach der Klassifikation der American Diabetes Association[202] werden vier Hauptgruppen des manifesten Diabetes unterschieden:

1. **Typ 1-Diabetes** (B-Zell-Zerstörung, die zu absolutem Insulinmangel führt)
   a. immunologisch vermittelt;
   b. idiopathisch vermittelt.
2. **Typ 2-Diabetes** (kann sich von einer vorwiegenden Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis hin zu einem vorwiegend sekretorischen Defekt mit Insulinresistenz erstrecken).
3. **andere spezifische Diabetestypen**
   - genetische Defekte der B-Zell-Funktion;
   - genetische Defekte der Insulinwirkung;
   - Erkrankungen der exokrinen (nach außen absondernd) Bauchspeicheldrüse;
   - Endokrinopathien (Krankheiten, die durch hormonelle Störungen entstehen);
   - medikamenten- und chemikalieninduzierter Diabetes;
   - Diabetes infolge von Infektionen;
   - seltene Formen von Diabetes, die immunologisch vermittelt wurden;
   - genetische Syndrome, die gelegentlich mit Diabetes zusammen auftreten.
4. **Gestationsdiabetes bzw. Schwangerschaftsdiabetes.**

Typ 1-Diabetes ist durch einen absoluten Insulinmangel gekennzeichnet, der durch eine Destruktion der B-Zellen (Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse, die normalerweise das Insulin produzieren) verursacht wird und unbehandelt zu schweren Stoffwechselentgleisungen bis hin zum Tod führt. Erforderlich ist daher Insulinzufuhr von außen.[203] Die Krankheit tritt meist plötzlich auf, der Neuerkrankungsgipfel liegt zwischen 10 und 15 Jahren (früher: juveniler Diabetes). Es gibt aber auch einen verzögert auftretenden Typ 1-Diabetes, der meist ältere Personen betrifft.[204] Es wird geschätzt, dass ca. 5 Prozent aller Diabeteskranken an einem Typ 1-Diabetes leiden. Unterschieden werden zwei Formen: *Typ 1 (a)-Diabetes* ist ein immunologisch vermittelter Diabetes, der durch eine Immunabwehrreaktion des Körpers, z. B. auf virale Infekte, gefördert wird. *Typ 1 (b)-Diabetes* ist ein idiopathisch vermittelter Diabetes, d. h. er tritt selbständig auf und ist keine Folge einer anderen Krankheit.

Die Mehrheit der DiabetikerInnen (80 bis 90 Prozent) leidet an **Typ 2-Diabetes.** Darunter fallen alle Formen des Diabetes mellitus, die durch vorwiegende Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis hin zu vorwiegend sekretorischen Defekten einschließlich einer Insulinresistenz gekennzeichnet sind. Der Typ 2-Diabetes tritt überwiegend erst im späteren Lebensalter (etwa ab dem 40. Lebensjahr) auf, die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter (Altersdiabetes). Er entsteht, indem genetische Faktoren zusammen mit erworbenen Faktoren (wie Übergewicht) die Insulinwirkung im Gewebe und die Insulinsekretion in der Bauchspeicheldrüse verändern, wodurch es zur Störung des Glukosestoffwechsels und anderer metabolischer Systeme im Organismus (z. B. des Fettstoffwechsels) kommt. Die Krankheit beginnt meist schleichend und bleibt oft längere Zeit unbemerkt, führt aber selten zu schweren Stoffwechselentgleisungen. Bei Personen mit Typ 2-Diabetes bestehen häufig begleitend weitere Erkrankungen. Typisch ist eine Kombination aus Übergewicht, hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörung oder Störungen des Glukosestoffwechsels in Verbindung mit einer Insulinresistenz (*Metabolisches Syndrom)*, die gleichzeitig mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie Herzinfarkt, Schlaganfall) verbunden ist.[205]

Die dritte Gruppe fasst **alle anderen Formen** des Diabetes zusammen und ist stark untergliedert *(siehe oben)*.

Die vierte Gruppe bezieht sich auf den **Gestationsdiabetes (GDM) oder Schwangerschaftsdiabetes**, auf den weiter unten gesondert eingegangen wird.

[202] AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (1997), (2004).

[203] Er wurde früher daher auch insulinabhängiger Diabetes mellitus (IDDM – insulin dependent diabetes mellitus) genannt.

[204] LADA – latenter Autoimmun-Diabetes der Erwachsenen, er wurde früher aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes dem Typ 2-Diabetes zugeordnet.

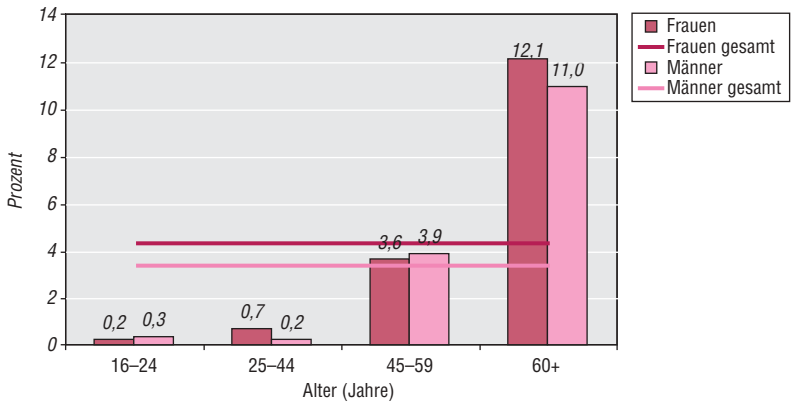
[205] ICKS et al. (2005), S. 10.

Verbreitung

Weltweit erkranken mehr Frauen als Männer an Diabetes (81 vs. 76 Millionen).[206] Der Überhang an Diabetikerinnen ist vor allem auf die starke Verbreitung von Typ 2-Diabetes bei älteren Menschen (wo Frauen in der Überzahl sind) zurückzuführen. Allerdings scheint sich aufgrund der Tatsache, dass der Typ 2-Diabetes vermehrt bereits in einem früherem Lebensalter auftritt und immer mehr Männer daran erkranken, der Überhang an Frauen zu verringern.[207] Im Steigen begriffen sind auch Erkrankungsfälle an Typ 2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Insgesamt erkranken mehr Mädchen als Burschen an Typ 2-Diabetes,[208] während es sich bei Typ 1-Diabetes in Europa umgekehrt verhält.[209] Laut EURODIAB (= Europe and Diabetes)-Studie waren in Österreich bei unter 15-Jährigen von 1989 bis 1999 pro 100.000 Personenjahre 10,2 Neuerkrankungen an Typ 1-Diabetes bei den Burschen und 9,2 bei den Mädchen zu verzeichnen.[210]

Aufgrund des Fehlens eines Diabetesregisters für Erwachsene ist es schwierig, zuverlässige Angaben zu **Inzidenz und Prävalenz** von Diabetes in Wien (und österreichweit) zu machen. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben in Wien von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren (nach Eigenangaben) 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer Diabetes. (Es wird hier jedoch nicht zwischen Typ 1- und Typ 2-Diabetes unterschieden). Der Anteil der Betroffenen nimmt mit dem Alter zu: Von der Bevölkerung ab 60 Jahren geben in Wien 12,1 Prozent der Frauen und 11,0 Prozent der Männer Diabetes an.[211] Während unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16 bis 24 Jahre) ebenso wie in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen, Männer etwas häufiger als Frauen betroffen sind, sind es im höheren Alter die Frauen.

Grafik 4.15: Prävalenz von Diabetes mellitus in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



In Privathaushalten lebende Personen ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 202.

206 INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2004); zitiert nach RIEDER et al. (2004).

207 MIDTHJELL et al. (1999); MEISINGER et al. (2002); GALE & GILLESPIE (2001).

208 RAMI et al. (2004).

209 In Populationen afrikanischer und asiatischer Abstammung erkranken mehr Mädchen an Typ 1-Diabetes. KARVONEN et al. (1997); zitiert nach RIEDER et al. (2004).

210 SCHOBER et al. (2003). Eine frühere Erhebung (RAMI et al. [2001]) ermittelte für Oberösterreich für Typ 1-Diabetes bei den unter 15-Jährigen für Mädchen höhere Inzidenzraten.

211 STADT WIEN (2001), S. 202. Die Zahl der Betroffenen dürfte insgesamt etwas höher sein, da die in Heimen lebende Bevölkerung (vorwiegend ältere Frauen), nicht inkludiert ist.

gung, etc.) zu werden. Gewalt gegenüber Frauen gilt nicht nur als Ursache für psychische Störungen, sondern stellt ein globales Gesundheitsproblem für Frauen dar, das bei der Diagnosestellung und Behandlung von Gesundheitsproblemen von Frauen viel zu wenig Beachtung findet. Die auf Gewalt zurückzuführenden psychischen Gesundheitsrisiken umfassen neben Depressionen und Angststörungen hauptsächlich posttraumatische Belastungsstörungen, psychosomatische Symptome, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuelle Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronische gynäkologische Probleme, ungeplante Schwangerschaften, HIV, etc.) und gehen auch mit einem erhöhten Suizidrisiko einher.[267]

Psychopharmaka

Laut Wiener Gebietskrankenkasse wurden im Jahr 2003 in Wien 73,0 Prozent der Antidepressiva, 60,5 Prozent der Tranquilizer und 59,1 Prozent der Antipsychotika an Frauen verschrieben.[268] Psychopharmaka machen insgesamt 7,4 Prozent aller verordneten Heilmittel in Wien aus. Die Heilmittelkosten für Psychopharmaka betrugen 2003 in Wien 10,3 Prozent aller Heilmittelkosten.

4.6.2 Selbstmord und Selbstmordversuche

Ein wichtiger Indikator für psychisches Wohlbefinden sind Suizid und Suizidversuche. Unter *Suizid* wird eine mit bewusster Intention durchgeführte Handlung mit Todesfolge verstanden, unter *Suizidversuch* eine in suizidaler Absicht begangene Handlung, die jedoch nicht tödlich endet. Bei beidem ist mit hoher Dunkelziffer zur rechnen. Neben versicherungsrechtlichen Tatbeständen spielt dabei die gesellschaftliche Tabuisierung des Suizides eine Rolle. Auch die angewandte Suizidmethode hat Auswirkungen auf die Erfassung als „Suizid". So können sich z. B. hinter Verkehrsunfällen und Todesfällen aufgrund des Konsums von Drogen Selbsttötungen verbergen. Generell werden Suizide mittels so genannter „weicher" Methoden (z. B. Vergiften, Alkoholabusus) seltener als solche klassifiziert als jene mit „harten" (z. B. Erhängen, Erschießen). Da Frauen häufiger „weiche" Suizidmethoden anwenden, ist bei ihnen eine höhere Dunkelziffer als bei den Männern zu vermuten.[269] Gerade bei älteren Frauen verbirgt sich hinter einer Über- bzw. Unterdosierung von (verschriebenen) Medikamenten nicht selten ein Suizid. Die vorhandene Multimorbidität verleitet dazu, eine andere Todesursache zu bescheinigen.

Eine besonders hohe Dunkelziffer wird bei Selbstmordversuchen (insbesondere von Frauen) vermutet, die bei Frauen häufiger als bei Männern sind.[270] Abgesehen davon, dass die Abgrenzung zwischen Selbstbeschädigung mit und ohne tödlicher Absicht oft schwierig ist, werden vor allem Selbstmordversuche von Frauen oft weniger ernsthaft bewertet und daher auch nicht als solche klassifiziert.

Epidemiologie

Die Suizidrate ist im letzten Jahrzehnt in Wien (und Österreich) weiter gesunken, wobei sich jedoch in Wien bei den Frauen im Zeitverlauf große Schwankungen zeigen. Im Jahr 2004 wurden in Wien 74 **Suizide** von Frauen und 181 von Männern registriert, d. h. 29,0 Prozent der Suizide entfielen auf Frauen. Entsprechend niedriger ist auch die standardisierte Suizidrate der Frauen (Frauen 6,4; Männer 19,3 je 100.000). Allerdings war 2004 in Wien die Suizidrate bei den Frauen etwas höher, bei Männern etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Frauen 6,0, Männer 22,3).

267 GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).
268 STADT WIEN (in Vorbereitung), Wiener Psychiatriebericht.
269 BMFSFJ (2001).
270 SCHMIDTKE (1991), S. 238.

4.6.1 Epidemiologie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“[260] Im Gegensatz dazu handelt es sich bei psychischen und Verhaltensstörungen um diagnostizierbare akute, wiederkehrende oder chronische Veränderungen im Erleben und Verhalten, die zu Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen führen und Belastungen oder Leiden mit sich bringen.[261]

Obwohl das psychische Wohlbefinden einen wesentlichen Aspekt der gesundheitlichen Lebensqualität darstellt, steht für Wien (und Österreich) dazu nur wenig empirische Information zur Verfügung. Die WHO schätzt, dass weltweit ca. 25 Prozent im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken, rund 10 Prozent sind aktuell betroffen.[262] Gleichzeitig wird für die Zukunft eine Zunahme psychischer und Verhaltensstörungen, insbesondere von Depressionen, erwartet. Generell ist davon auszugehen, dass psychische Störungen unter der in Großstädten lebenden Bevölkerung häufiger als in der Gesamtbevölkerung sind.[263]

Studien in anderen Ländern zeigen, dass sich insgesamt die Prävalenz für psychische und Verhaltensstörungen bei Frauen und Männern nicht gravierend unterscheidet. Allerdings zeigen sich bei einzelnen Diagnosen erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So etwa leiden Frauen häufiger als Männer an Depressionen, Angststörungen, Phobien, Zwangsstörungen und Essstörungen, hingegen weisen Männer häufiger psychische Störungen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum, Nikotinabhängigkeit und asoziales Verhalten auf. Laut den vorliegenden Studien treten Depressionen bei Frauen zwei bis drei Mal häufiger als bei Männern auf. Grundsätzlich ist bei der Erfassung psychischer Probleme zu bedenken, dass Frauen in der Regel eher bereit sind, über ihre Probleme zu sprechen als Männer, was zu häufigeren Diagnosen bei Frauen beitragen kann.[264]

260 WHO (2001a).
261 WHO (2001b).
262 WHO (2001).
263 ESMEMeD (2004); zitiert nach GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).
264 GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

Tabelle 4.9: Lebenszeitprävalenz Psychischer und Verhaltenstörungen in verschiedenen Ländern nach Geschlecht

Studie	Comorbidity Survey			Lübecker TACOS-Studie		
Stichprobengröße	8.000			4.000		
Alter der untersuchten Population	15–54 Jahre			18–64 Jahre		
AutorIn (Publikationsjahr)	KESSLER (1994)			MEYER (2000)		
Land	USA			Lübeck, BRD		
	Frauen	**Männer**	**SR***	**Frauen**	**Männer**	**SR***
	Prozent			**Prozent**		
gesamt	*47,3*	*48,7*	1,0	*47,4*	*43,4*	1,1
Major Depression	*21,3*	*12,7*	1,7	*24,8*	*10,2*	2,4
Dysthymie	*8,0*	*4,8*	1,7	*3,3*	*1,6*	2,1
Angststörungen, darunter	*30,5*	*19,3*	1,6	*20,8*	*9,3*	2,2
Panikstörungen	–	–	–	*3,2*	*1,3*	2,5
Phobien, darunter	–	–	–	*14,7*	*6,5*	2,3
Sozialphobie	–	–	–	*2,5*	*1,3*	1,9
Agoraphobie	–	–	–	*1,5*	*0,6*	2,5
Zwangsstörung	–	–	–	*0,9*	*0,1*	9,0
Essstörungen	–	–	–	*1,0*	*0,3*	3,3
körperbezogene Störungen	–	–	–	*17,1*	*8,8*	1,9
alkoholbedingte Störungen	*14,6*	*32,6*	0,4	*2,5*	*14,0*	0,2
drogenbedingte Störungen	–	–	–	*0,9*	*1,4*	0,6
Nikotinabhängigkeit	–	–	–	*17,7*	*24,2*	0,7
asoziales Verhalten	*1,2*	*5,8*	0,2	–	–	
Psychosen	*2,0*	*2,0*	1,0	–	–	

Lebenszeitprävalenz = Prozentsatz der Personen, die mindestens einmal im Verlauf ihres Lebens erkrankt sind.

* Sex Ratio = Quotient der Prävalenzen der Frauen im Verhältnis zu den Männern. Interpretation: Bei Frauen beträgt die Lebenszeitprävalenz das ... fache der Männer.

Quelle: ERNST (2001), S. 52 ff.; Zusammenstellung verschiedener Tabellen.

Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Ausprägungen in der Prävalenz bestimmter psychischer Störungen werden auch aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik deutlich. Frauen werden häufiger als Männer aufgrund affektiver Störungen (Depressionen), Demenz und anderer psychischer und Verhaltensstörungen, Männer dagegen häufiger aufgrund alkohol- und drogenbedingter psychischer und Verhaltensstörungen, Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störungen stationär behandelt.

Tabelle 4.10: Stationäre Aufenthalte aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 <F00-F99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Geschlecht

Hauptdiagnose ICD-10	Frauen							Männer						
	gesamt	je 100.000	Alter (Jahre)				durchschn. Dauer (Tage)	gesamt	je 100.000	Alter (Jahre)				durchschn. Dauer (Tage)
			0–14	15–44	45–64	65+				0–14	15–44	45–64	65+	
			Zeilenprozent							Zeilenprozent				
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	12.772	1.528,9	5,5	42,8	23,4	28,3	27,5	12.112	1.604,5	8,3	51,7	26,8	13,1	23,9
Demenz (F00-F03)	1.971	235,9	-	0,2	3,0	96,9	65,2	783	103,7	-	0,1	8,6	91,3	53,7
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	1.164	139,3	2,1	48,3	42,9	6,8	21,4	3.283	434,9	0,6	46,6	47,3	5,5	28,0
Psychische u. Verhaltensstörungen durch and. Psychotrope Substanzen (F11-F19)	537	64,3	2,6	80,1	12,3	5,0	17,2	876	116,0	1,3	89,3	8,0	1,5	19,5
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	2.017	241,5	0,2	52,8	35,0	12,0	26,1	2.566	339,9	0,5	72,3	20,0	7,2	24,6
Affektive Störungen (F30-F39)	3.064	366,8	1,4	32,0	36,0	30,6	22,9	1.364	180,7	1,1	42,3	36,1	20,5	22,1
andere psychische Verhaltensstörungen (Rest von F00-F99)	4.019	481,1	15,3	60,3	13,8	10,6	16,2	3.240	429,2	29,4	46,8	17,2	6,7	13,8

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach SATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 224; eigene Berechnungen.

Die Ursachen für das gehäufte Auftreten bestimmter psychischer und Verhaltensstörungen (vor allem von Depressionen) bei Frauen sind vielfältig. Aufbauend auf der feministischen Psychiatriekritik der 1970er Jahre haben sich in den 1990er Jahren Ansätze zu einer neuen Sichtweise der psychischen Gesundheit von Frauen entwickelt. Die neue Disziplin der *Womens's Mental Health* versucht, den psychischen Zustand von Frauen in einem umfassenden und nicht pathologisierenden Rahmen zu fassen. Zentrales Anliegen ist ein Verständnis psychischer Lebenslagen von Frauen, das alle für Frauen relevante Entstehungs- und Verlaufsfaktoren psychischer Störungen einbezieht mit dem Ziel, langfristig geschlechtersensible Versorgungsangebote zu schaffen. Entsprechend wurde auch im Rahmen des ersten Weltkongresses für *Women's Mental Health* im Jahr 2001 in Berlin nicht nur eine interdisziplinäre Zugangsweise (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychologie, Soziologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Endokrinologie, Onkologie ...) angestrebt, sondern auch auf die große Bandbreite der unterschiedlichen Aspekte der psychischen Gesundheit von Frauen eingegangen.[265]

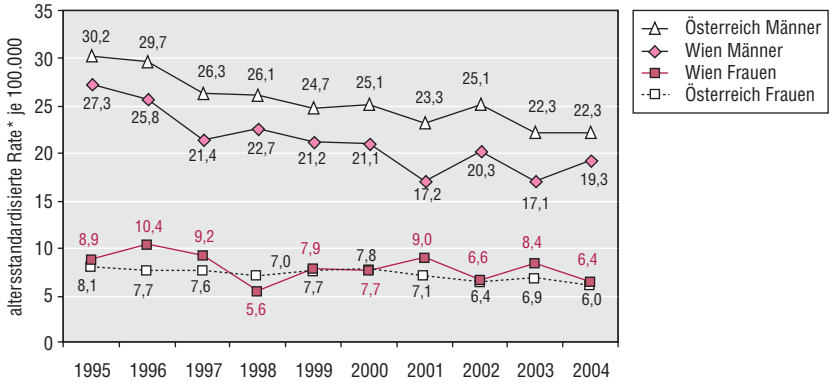
Als Ursachen für die Geschlechtsunterschiede werden genetische, biologische, psychologische und soziale Faktoren genannt. Eine wichtige Rolle neben genetischen oder hormonellen Faktoren spielen die nach wie vor geschlechtsspezifisch geprägten Normen, die sich auf die Sozialisation auswirken, ebenso wie die sozialen und gesamtgesellschaftlichen Bedingungen, die die Lebenswelt der Frauen bestimmen. Geschlechtsspezifische Rollen und Verantwortlichkeiten führen zu einem Mangel an Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben, Faktoren, die z. B. mit der Entstehung von Depression assoziiert sind. Die Mehrfachbelastung von Frauen bedeutet ein hohes Ausmaß an Stress und führt nicht selten zu Ausgebrannt-Sein (Burnout).[266] Eng mit dem Auftreten psychischer Störungen (insbesondere Angststörungen und Depressionen) verbunden sind Armut, Arbeitslosigkeit und die damit einhergehenden Belastungen, Faktoren, die sich ebenfalls bei Frauen häufiger finden.

Ein weiterer wichtiger Grund für die höhere Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei Frauen ist ihr höheres Risiko, Opfer von Gewalt (körperliche Gewaltanwendung, sexueller Missbrauch, Vergewalti-

265 BMGF (2006a).

266 GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

Grafik 4.18: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien und Österreich 1995 bis 2004 nach Geschlecht



* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Zu bedenken ist, dass mehr Frauen und Männer durch Suizid als durch Verkehrsunfälle sterben. In Wien waren im Jahr 2004 0,8 Prozent der weiblichen und 2,5 Prozent der männlichen Sterbefälle auf Suizid, 0,4 Prozent der weiblichen und 0,8 Prozent der männlichen Sterbefälle auf Verkehrsunfälle zurückzuführen. Vor allem bei jüngeren Frauen und Männern ist Suizid im Vergleich zu den anderen Todesursachen häufig. So haben sich in Wien im Jahr 2004 von den im Alter von 25 bis 35 Jahren Verstorbenen 16,3 Prozent der Frauen und 26,1 Prozent der Männer selbst getötet, aber nur 4,1 Prozent der Frauen und 13,4 Prozent der Männer sind aufgrund eines Verkehrsunfalls gestorben. Mit zunehmendem Alter sinkt zwar bei beiden Geschlechtern der Anteil der Suizide an der Gesamtsterblichkeit, aber auch im höheren Alter sterben mehr Frauen und Männer durch Suizid als durch Verkehrsunfälle.[271]

Der überwiegende Teil des Suizidgeschehens betrifft ältere Menschen. 2004 waren in Wien 58,1 Prozent der an Suizid verstorbenen Frauen und 39,2 Prozent der daran verstorbenen Männer 55 Jahre oder älter. Die altersspezifischen Suizidraten steigen bei Frauen und Männern mit zunehmendem Alter: Während bei den Frauen die altersspezifische Suizidrate bei den 75- bis 85-Jährigen am höchsten ist (24,9 Sterbefälle je 100.000), nimmt sie bei den Männern bis zum Alter von 85 und mehr Jahren kontinuierlich zu (147,9 Sterbefälle je 100.000).

[271] Todesursachenstatistik 2004; eigene Berechnungen. Eine Ausnahme zeigt sich lediglich bei den 85-jährigen und älteren Frauen.

Tabelle 4.11: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Frauen			Männer			Frauenanteil
	absolut	Prozent	je 100.000	absolut	Prozent	je 100.000	Prozent
0 – 5	–	–	–	–	–	–	–
5 – 15	–	–	–	–	–	–	–
15 – 25	6	*8,1*	6,5	13	*7,2*	14,0	*31,6*
25 – 35	8	*10,8*	6,5	31	*17,1*	25,9	*20,5*
35 – 45	8	*10,8*	5,8	38	*21,0*	26,9	*17,4*
45 – 55	9	*12,2*	8,4	28	*15,5*	27,5	*24,3*
55 – 65	15	*20,3*	13,5	28	*15,5*	28,1	*34,9*
65 – 75	9	*12,2*	13,5	12	*6,6*	23,5	*42,9*
75 – 85	17	*23,0*	24,9	21	*11,6*	64,5	*44,7*
85+	2	*2,7*	8,9	10	*5,5*	147,9	*16,7*
gesamt	74	*100*	8,7	181	*100*	23,5	*29,0*
ASR*			6,4			19,3	

* ASR= Altersstandardisierte Rate je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung; standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i); eigene Berechnungen.

Während Suizide bei Frauen seltener als bei Männern sind, sind **Suizidversuche** bei Frauen häufiger. Laut einer internationalen Studie[272] werden über 60 Prozent der Suizidversuche von Frauen begangen. Außerdem ist die Wiederholungshäufigkeit von Suizidversuchen bei Frauen größer als bei Männern. In Wien wurden im Jahr 2002 240 Selbstmordversuche von Frauen und 207 von Männern registriert. Demnach entfielen 53,7 Prozent der Suizidversuche auf Frauen. Jüngere Menschen weisen höhere Suizidversuchsraten auf als ältere. Der überwiegende Teil der Selbstmordversuche von Frauen (45,8 Prozent) und Männern (41,5 Prozent) betraf die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen. Das Verhältnis von Suizid und Suizidversuchen betrug in Wien bei den Frauen 1:2,8, bei den Männern 1:0,76. Im Gegensatz dazu ermittelte die oben angeführte internationale Studie für Frauen ein Verhältnis von 1:15, für Männer von 1:5. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die für Wien angegebenen Zahlen die Suizidversuche etwas unterschätzen. Auch wenn es bisher kaum Untersuchungen zu den gesundheitlichen Folgen von Suizidversuchen gibt, ist zu vermuten, dass diese nicht selten zu gesundheitlichen Schädigungen bis hin zur Invalidität führen.

Methoden bei Selbstmord und Selbstmordversuchen

Ca. ein Drittel der Frauen (32,9 Prozent), die sich in Wien im Jahr 2002 **das Leben genommen** haben, haben dies mittels Sturz aus der Höhe getan, ca. ein Viertel (25,9 Prozent) durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken und ein Fünftel durch Vergiften mit festen oder flüssigen Stoffen. An vierter Stelle folgt Selbstmord durch Ertrinken (5,9 Prozent). Bei den Männern dagegen steht Erhängen, Erdrosseln und Ersticken an erster Stelle (37,0 Prozent), gefolgt von Feuerwaffen und Explosivstoffen (17,5 Prozent), Sturz aus der Höhe (15,3 Prozent) und Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen (13,8 Prozent).

Im Unterschied dazu sind bei den **Suizidversuchen** bei beiden Geschlechtern so genannte „weiche" Methoden häufiger.[273] In Wien war im Jahr 2002 die bei den Selbstmordversuchen am häufigsten angewandte Methode bei den Frauen die Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen, gefolgt von Selbstmordversuchen mit schneidenden und stechenden Gegenständen. Diese Methoden stehen für mehr als drei Viertel der Selbstmordversuche bei Frauen. Bei den Männern ist die Reihung umgekehrt, auch streuen die von Männern angewandten Methoden stärker als bei den Frauen.

[272] SCHMIDTKE et al. (1996) und (1998); SCHMIDTKE, WEINACKER (1994), S. 12.
[273] SCHMIDTKE et al. (1998), S. 40.

Tabelle 4.12: Angewandte Methode bei Selbstmord und Selbstmordversuchen in Wien 2002 nach Geschlecht

Methode	Selbstmorde		Selbstmordversuche	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	absolut = 100%			
	85	274	240	207
	Prozent			
Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen	*20,0*	*15,7*	*53,8*	*27,1*
Vergiftung mit Gasen, Dämpfen, Pestiziden	*1,2*	*1,5*	*0,8*	*2,4*
Erhängen, Erdrosseln und Ersticken	*25,9*	*33,6*	*2,5*	*7,7*
Ertrinken	*5,9*	*4,0*	*1,7*	*0,5*
Feuerwaffen und Explosivstoffe	*1,2*	*12,4*	*1,3*	*1,9*
schneidende und stechende Gegenstände	*3,5*	*2,6*	*23,3*	*30,9*
Sturz aus der Höhe	*32,9*	*20,8*	*10,8*	*18,8*
Überfahrenlassen	*3,5*	*4,4*	*4,2*	*6,3*
elektrischer Strom	*1,2*	*1,1*	*0,0*	*0,5*
sonstige und nicht näher bezeichnete Art	*4,7*	*4,0*	*1,7*	*3,9*

Quelle: Todesursachenstatistik und Bundespolizeidirektion Wien (MA 70); zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 51; eigene Berechnungen.

Suizidales Verhalten begünstigende Faktoren

Suizidales Verhalten von Frauen ist als eigenständiger Bereich kaum wissenschaftlich untersucht. Ursprünglich wurden suizidale Handlungen von Frauen vor allem mit hormonellen Schwankungen in Zusammenhang gebracht, Suizidversuche als Formen des Hilferufes bzw. Appells an andere interpretiert. Neuere Erklärungsansätze der weiblichen Suizidalität verweisen vor allem auf die psychosoziale Situation der Frauen,[274] wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Faktoren im Vordergrund stehen. Während bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Krisen des Selbstwertgefühles, Affekt- und Aggressionsstau, eine pessimistische Zukunftssicht, familiäre und Partnerschaftskonflikte meist in Zusammenhang mit Sexualität dominieren, sind es im mittleren Alter Mangel an sozialer Unterstützung, belastende Lebensereignisse (wie z. B. Arbeitslosigkeit), Konflikte mit Ehepartner und Kindern, im höheren Alter soziale Isolation, physische und psychische Abbauerscheinungen, Angst vor Krankheit und Pflegebedürftigkeit.[275]

Auch der Wechsel von sozial stabilen in *instabile Verhältnisse* (z. B. durch Trennung) kann zu krisenhaften Situationen führen und suizidales Verhalten begünstigen.[276] Geschiedene und verwitwete Frauen (und Männer) versuchen häufiger als verheiratete, sich das Leben zu nehmen und tun dies auch häufiger.[277]

274 GERISCH, LINDNER (2004).
275 WEBER et al. (1990), S. 227–228 und 455–456.
276 SCHMIDTKE et al. (1994), S. 173 ; BRONISCH (1995), S. 81 und 118.
277 SCHMIDTKE et al. (1996).

gung, etc.) zu werden. Gewalt gegenüber Frauen gilt nicht nur als Ursache für psychische Störungen, sondern stellt ein globales Gesundheitsproblem für Frauen dar, das bei der Diagnosestellung und Behandlung von Gesundheitsproblemen von Frauen viel zu wenig Beachtung findet. Die auf Gewalt zurückzuführenden psychischen Gesundheitsrisiken umfassen neben Depressionen und Angststörungen hauptsächlich posttraumatische Belastungsstörungen, psychosomatische Symptome, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuelle Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronische gynäkologische Probleme, ungeplante Schwangerschaften, HIV, etc.) und gehen auch mit einem erhöhten Suizidrisiko einher.[267]

Psychopharmaka

Laut Wiener Gebietskrankenkasse wurden im Jahr 2003 in Wien 73,0 Prozent der Antidepressiva, 60,5 Prozent der Tranquilizer und 59,1 Prozent der Antipsychotika an Frauen verschrieben.[268] Psychopharmaka machen insgesamt 7,4 Prozent aller verordneten Heilmittel in Wien aus. Die Heilmittelkosten für Psychopharmaka betrugen 2003 in Wien 10,3 Prozent aller Heilmittelkosten.

4.6.2 Selbstmord und Selbstmordversuche

Ein wichtiger Indikator für psychisches Wohlbefinden sind Suizid und Suizidversuche. Unter *Suizid* wird eine mit bewusster Intention durchgeführte Handlung mit Todesfolge verstanden, unter *Suizidversuch* eine in suizidaler Absicht begangene Handlung, die jedoch nicht tödlich endet. Bei beidem ist mit hoher Dunkelziffer zur rechnen. Neben versicherungsrechtlichen Tatbeständen spielt dabei die gesellschaftliche Tabuisierung des Suizides eine Rolle. Auch die angewandte Suizidmethode hat Auswirkungen auf die Erfassung als „Suizid". So können sich z. B. hinter Verkehrsunfällen und Todesfällen aufgrund des Konsums von Drogen Selbsttötungen verbergen. Generell werden Suizide mittels so genannter „weicher" Methoden (z. B. Vergiften, Alkoholabusus) seltener als solche klassifiziert als jene mit „harten" (z. B. Erhängen, Erschießen). Da Frauen häufiger „weiche" Suizidmethoden anwenden, ist bei ihnen eine höhere Dunkelziffer als bei den Männern zu vermuten.[269] Gerade bei älteren Frauen verbirgt sich hinter einer Über- bzw. Unterdosierung von (verschriebenen) Medikamenten nicht selten ein Suizid. Die vorhandene Multimorbidität verleitet dazu, eine andere Todesursache zu bescheinigen.

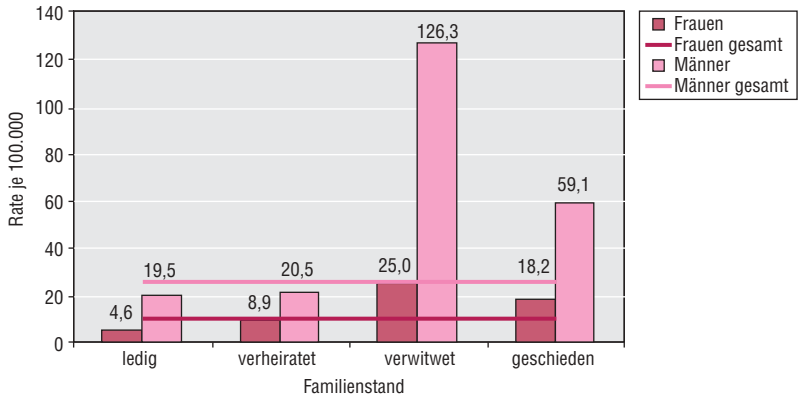
Eine besonders hohe Dunkelziffer wird bei Selbstmordversuchen (insbesondere von Frauen) vermutet, die bei Frauen häufiger als bei Männern sind.[270] Abgesehen davon, dass die Abgrenzung zwischen Selbstbeschädigung mit und ohne tödlicher Absicht oft schwierig ist, werden vor allem Selbstmordversuche von Frauen oft weniger ernsthaft bewertet und daher auch nicht als solche klassifiziert.

Epidemiologie

Die Suizidrate ist im letzten Jahrzehnt in Wien (und Österreich) weiter gesunken, wobei sich jedoch in Wien bei den Frauen im Zeitverlauf große Schwankungen zeigen. Im Jahr 2004 wurden in Wien 74 **Suizide** von Frauen und 181 von Männern registriert, d. h. 29,0 Prozent der Suizide entfielen auf Frauen. Entsprechend niedriger ist auch die standardisierte Suizidrate der Frauen (Frauen 6,4; Männer 19,3 je 100.000). Allerdings war 2004 in Wien die Suizidrate bei den Frauen etwas höher, bei Männern etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Frauen 6,0, Männer 22,3).

267 GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).
268 STADT WIEN (in Vorbereitung), Wiener Psychiatriebericht.
269 BMFSFJ (2001).
270 SCHMIDTKE (1991), S. 238.

Grafik 4.19: Suizide in Wien 2002 nach Familienstand und Geschlecht



Quelle: STADT WIEN (2003), S. 51; eigene Berechnungen (Familienstand laut Volkszählung 2001).

Viele der Bedingungen für suizidales Verhalten gelten für Frauen und Männer gleichermaßen. So tritt z. B. suizidales Verhalten von Frauen (und Männern) gehäuft in *unteren Sozialschichten* und bei *Arbeitslosigkeit* auf.[278] Ein erhöhtes Suizidrisiko haben auch *körperlich, vor allem chronisch Kranke* mit geringer Heilungsaussicht bzw. hoher Sterbewahrscheinlichkeit. Bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ist das Suizidrisiko ca. 7-mal höher als in der Gesamtbevölkerung. Bei Anorexia nervosa, eine Krankheit von der überwiegend Frauen betroffen sind, ist es 20-mal höher als in der Gesamtbevölkerung. Ein besonders hohes Risiko für Suizidversuche und Suizid haben Frauen und Männer mit *psychischen und Verhaltensstörungen*, wie Depressionen, Schizophrenie, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.[279] Auch Frauen und Männer mit *Suizid-Ankündigung* bzw. jene, die schon einen *Suizidversuch* hinter sich haben, haben ein erhöhtes Risiko, später an Suizid zu sterben.

Eine besonders wichtige Rolle für suizidales Verhalten von Frauen spielen *sexueller Missbrauch* und *körperliche Misshandlung*: Frauen, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erleiden mussten, werden überdurchschnittlich häufig von Suizidgedanken gequält.[280] Viele der Frauen (und Männer), die in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, versuchen sich bereits vor Erreichen des Erwachsenenalters zu töten.[281] Auch bei vergewaltigten und geschlagenen Frauen mit langer Geschichte wiederholter und schwerer körperlicher Gewalt sind Suizidversuche häufig.[282] Neben der erfahrenen Gewalt spielen Alkohol- und Drogenprobleme als Folge von Misshandlungen eine Rolle.

4.6.3 Aspekte der Förderung der psychischen Gesundheit

Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz hat im Jahr 2005 die Europäische Kommission als Kooperationspartner der Konferenz dazu aufgefordert, ihr politisches Engagement zur Bekämpfung psychischer Krankheiten zu verstärken und in Partnerschaft mit der WHO Lösungsmöglichkeiten voranzutreiben. Im Zuge dessen hat die Europäische Union[283] die Mitgliedsstaaten dazu aufgefordert, der Kommission Konsultationsbeiträge zur Entwicklung einer Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union zu übermitteln. „Nach den Vorstellungen der Europäischen Kommission könnte eine EU-Strategie folgende Schwerpunkte setzen:

- generelle Förderung der psychischen Gesundheit;
- Prävention psychischer Erkrankungen;
- Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker und behinderter Menschen durch soziale Inte-

278 SCHMIDTKE et al. (1994), S. 167 und (1998), S. 41.
279 SCHMIDTKE et al. (1998), S. 40 f.
280 BANGE (1992).
281 TEEGEN et.al. (1995).
282 BERGMAN, BRISMAR (1991).
283 KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2005).

4.6 Psychische und Verhaltensstörungen, Suizid

Siehe auch: Depression und Demenz im Alter (Kapitel 5.8); Postpartale Depression (Kapitel 5.5.2). Eine ausführliche Darstellung der Epidemiologie und psychiatrischen Versorgung in Wien findet sich im Wiener Psychiatriebericht.[259]

Zusammenfassung

Frauen sind zwar insgesamt nicht häufiger als Männer von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen, allerdings treten einzelne Diagnosen wie etwa **Depressionen** und **Angststörungen** bei Frauen häufiger auf, bei Männern hingegen z. B. alkohol- und suchtassoziierte Störungen. Als Ursachen für das gehäufte Auftreten von Depressionen und Angststörungen bei Frauen gelten unter anderem geschlechtsspezifisch geprägte Normen und Rollen, die zu einem Mangel an Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben führen. Die Mehrfachbelastung, das Gefühl, den vielfältigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, kann zu Überforderung, übermäßigem Stress und in der Folge zu Burnout führen. Weitere Ursachen depressiver Verstimmungen sind Armut, Arbeitslosigkeit und damit einhergehende Belastungen, vor allem aber das hohe Risiko von Frauen, Opfer von Gewalt (körperliche Gewaltanwendung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, etc.) zu werden. Körperliche und sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen ist auch häufig mit posttraumatischen Belastungsstörungen, psychosomatischen Symptomen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuellen Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronisch gynäkologische Probleme, HIV, etc.) verbunden und geht außerdem mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Frauen begehen zwar seltener **Suizid** als Männer, unternehmen aber häufiger Suizidversuche.

Summary: Mental and behavioural disorders, suicide

*Mental and behavioural disorders overall are not more frequent among women than men, however, individual diagnoses such as **depression** or **anxiety** disorders are more frequent among women, while e.g. alcohol and addiction related disorders are more common in men. One of the reasons for the increased incidence of depression and anxiety disorders in women is the influence of gender-specific norms and roles, which lead to a lack of autonomy and control over one's own life. The dual burden of work and family, the feeling of not being able to cope with all tasks, can lead to excessive stress and consequently to burnout. Other reasons for depressive disorders are poverty, unemployment and related burdens, but in particular the high risk of women to become victims of violence (physical violence, sexual abuse, rape, etc.). Physical and sexualised violence against women is often also related to posttraumatic stress disorders, psychosomatic symptoms, eating disorders, substance abuse, sexual dysfunctions and reproductive health disorders (chronic gynaecological problems, HIV, etc.) and are also accompanied by an increased risk of suicide. Women commit **suicide** less often than men, but have more frequent suicide attempts.*

Die Bezeichnung *Psychische und Verhaltensstörungen* entspricht der offiziellen Terminologie der ICD-10 (International Classification of Diseases). Allerdings stellt sich hier die Frage, ob dieser Terminius nicht zu stärkerer Stigmatisierung führt als der in der ICD-9 verwendete Krankheitsbegriff.

[259] GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

gration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde;
- Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU."[284]

Vermehrt zu berücksichtigen sind in Zukunft auch frauenspezifische Aspekte. Dazu zählen im Bereich der primären Prävention von psychischen und Verhaltensstörungen vor allem die Verbesserung der Lebenssituation und -bedingungen der Frauen, der Abbau geschlechtsspezifischer Belastungen und Benachteiligungen. Wichtige frauenspezifische Ansatzpunkte sind die Früherkennung und frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen (wie z. B. der postpartalen Depression) ebenso wie frauenspezifische Maßnahmen im Bereich der psychiatrischen Versorgung (z. B. Rückzugsmöglichkeiten für Frauen bei stationärer psychiatrischer Behandlung, Schaffung von Mutter-Kind-Bereichen, Verbesserung der Situation psychisch kranker Migrantinnen und psychisch kranker älterer Frauen).[285]

4.7 Krankheiten der Atmungsorgane

Zusammenfassung

Bei Frauen ist nicht nur eine steigende Mortalität aufgrund von Lungenkrebs, sondern auch aufgrund von **Krankheiten der Atmungsorgane** zu beobachten. Dieser Anstieg ist vor allem auf die zunehmende Sterblichkeit bei chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zurückzuführen, zu denen auch **die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)** zählt. Gegenwärtig ist deren Prävalenz in einzelnen Altersgruppen bei Frauen bereits höher als bei Männern. Häufigste Ursache der COPD ist das Rauchen, weitere Risikofaktoren sind berufsbedingte Staubbelastung, Luftverschmutzung, häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit und genetische Veranlagung. Aufgrund der steigenden Zahl von Raucherinnen ist in Zukunft mit einer noch stärkeren Verbreitung der COPD bei Frauen zu rechnen.

Summary: Diseases of the respiratory organs

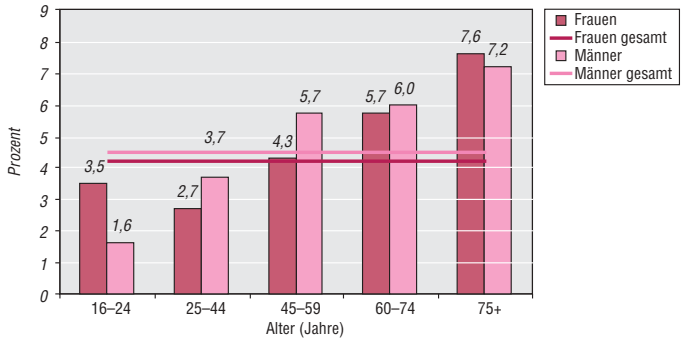
*An increasing mortality in women can be observed not only due to lung cancer, but also as a result of **diseases of the respiratory organs**. This increase is in particular due to the growing mortality due to chronic diseases of the lower respiratory tract, e.g. **chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. In some age groups its prevalence is already higher in women than in men. The most frequent cause of COPD is smoking; other risk factors include dust exposure at the workplace, air pollution, frequent childhood respiratory infections, and genetic predisposition. Due to the increase of smoking among women an even higher incidence of COPD in women can be expected in the future.*

4.7.1 Epidemiologie

Laut Eigenangaben leiden in Wien von der Bevölkerung ab 16 Jahren 4,2 Prozent der Frauen und 4,5 Prozent der Männer an chronischen **Krankheiten der Atmungsorgane**. Die Angaben zu den einzelnen Erkrankungen der Atmungsorgane lassen jedoch vermuten, dass die Anteile der Betroffenen höher sind als dies hier zum Ausdruck kommt. Fest steht, dass der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter steigt. Während generell Krankheiten der Atmungsorgane bei Frauen etwas seltener als bei Männern sind, sind in jungen Jahren (16 bis 24 Jahre) und im hohen Alter (ab 75 Jahren) Frauen häufiger betroffen. Chronische Krankheiten der Atmungsorgane gehen vor allem mit niedriger Lebensqualität einher und finden sich vermehrt bei Frauen mit niedriger und Männern mit mittlerer Bildung.[286]

[284] KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2005), S. 8.
[285] Vgl. dazu auch die Verbesserungsvorschläge im Wiener Psychiatriebericht 2004; GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

Grafik 4.20: Krankheiten der Atmungsorgane in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

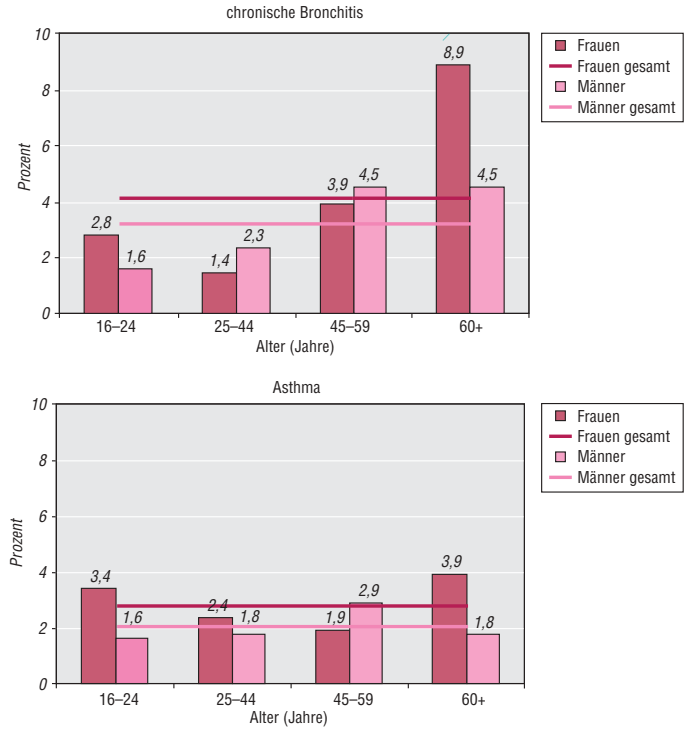


Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197f.

Die selbst berichtete Prävalenz von **chronischer Bronchitis** und von **Asthma** ist bei Frauen höher als bei Männern. In Wien leiden 4,1 Prozent der Frauen und 3,2 Prozent der Männer an chronischer Bronchitis, 2,8 Prozent der Frauen und 2,1 Prozent der Männer an Asthma. Während die Prävalenz der chronischen Bronchitis mit dem Alter steigt (im Alter von 60 und mehr Jahren sind bereits 8,9 Prozent der Frauen und 4,5 Prozent der Männer betroffen), zeigt sich bei Asthma kein einheitlicher Alterstrend.[287]

Grafik 4.21: Chronische Bronchitis und Asthma in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 205.

286 STADT WIEN (2001), S. 198 ff.
287 STADT WIEN (2001), S. 205.

Entsprechend der geringeren Prävalenz von Krankheiten der Atmungsorgane bei Frauen sind auch **stationäre Aufenthalte** aufgrund dieser Krankheitsgruppe bei ihnen seltener als bei Männern, während stationäre Aufenthalte aufgrund von Asthma – in Einklang mit der höheren Prävalenz – bei Frauen etwas häufiger sind. Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 15.947 stationäre Aufenthalte von Frauen und 18.880 von Männern aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane verzeichnet. Im Vordergrund standen bei beiden Geschlechtern die Chronisch Obstruktiven Lungenkrankheiten und die Bronchiektasien (Frauen 21,9 Prozent, Männer 23,4 Prozent), gefolgt von chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (Frauen 21,3 Prozent, Männer 18,4 Prozent) sowie Pneumonie (Frauen 17,0 Prozent, Männer 15,6 Prozent).

Tabelle 4.13: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) in Wiener Krankenanstalten nach Geschlecht

Hauptdiagnose ICD-10	Frauen			Männer		
	absolut	je 100.000	Prozent	absolut	je 100.000	Prozent
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	**15.947**	**1.909**	***100***	**18.880**	***2.501***	***100***
Akute Infektionen der oberen Atemwege und Grippe (J00–J11)	1.249	150	*7,8*	1.802	*239*	*9,5*
Pneumonie (J12–J18)	2.707	324	*17,0*	2.951	*391*	*15,6*
andere akute Infektionen der unteren Atemwege (J20–J22)	898	107	*5,6*	1.082	*143*	*5,7*
Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (J35)	3.391	406	*21,3*	3.467	*459*	*18,4*
andere Krankheiten der oberen Atemwege (J30–J34, J36–J39)	1.666	199	*10,4*	2.447	*324*	*13,0*
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und Bronchiektasien (J40–J44, J47)	3.495	418	*21,9*	4.410	*584*	*23,4*
Asthma (J45–J46)	829	99	*5,2*	585	*77*	*3,1*
andere Krankheiten des Atmungssystems (J60–J99)	1.712	205	*10,7*	2.136	*283*	*11,3*

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 225; eigene Berechnungen.

447 Frauen und 395 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an Krankheiten der Atmungsorgane **gestorben**, das sind 5,0 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 5,6 Prozent jener von Männern. Ca. zwei Drittel dieser Sterbefälle (Frauen: 65,1 Prozent, Männer: 69,1 Prozent) waren auf Chronisch Obstruktive Lungenkrankheiten und Bronchiektasien (ICD-10 <J40-J44, J47>) zurückzuführen. Ingesamt sind in Wien 2004 291 Frauen und 273 Männer daran verstorben. Das sind 3,3 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 3,8 Prozent der Sterbefälle von Männern.[288]

Sieht man vom Jahr 2004 ab, so ist bei den Frauen im letzten Jahrzehnt die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane gestiegen. Ausschlaggebend dafür war die Zunahme der Sterblichkeit aufgrund chronischer Krankheiten der unteren Atemwege, zu denen auch die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zählt. Dagegen war bei den Männern zumindest bis 2001 ein Rückgang der Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (vor allem zurückzuführen auf sinkende Mortalitätsraten bei den chronischen Krankheiten der unteren Atemwege) zu verzeichnen, seither ist jedoch auch bei ihnen (sieht man vom Jahr 2004 ab) die Tendenz wieder steigend.

[288] STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f. ; sowie Angaben der STATISTIK AUSTRIA und eigene Berechnungen.

und sind behandlungs- und rehabilitationsbedürftig. Auffallend ist die starke Verbreitung der Krankheit bei Frauen (bedingt vor allem durch häufigeres Rauchen). Unter den 40- bis 49-Jährigen haben Frauen sogar eine höhere Prävalenz (33,9 Prozent) als Männer (27,5 Prozent). Es wird geschätzt, dass drei Viertel der Erkrankungen ab dem Stadium II weder diagnostiziert noch behandelt werden. Zur Epidemiologie des Rauchens und der Raucherentwöhnung siehe auch den Wiener Gesundheitsbericht 2004.[293]

Risikofaktoren, Prävention, Therapie, Rehabilitation

Hauptursache für die COPD ist das Rauchen, 80 bis 90 Prozent der Erkrankungen sind darauf zurückzuführen. Es wird geschätzt, dass jede/r dritte bis fünfte RaucherIn eine COPD entwickelt. Die Progression der Atemwegsobstruktion steigt mit der Zahl der gerauchten Zigaretten.[294] Weitere Risikofaktoren sind berufsbedingte Staubbelastung, Luftverschmutzung, häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit und genetische Veranlagung.

Die *Diagnose* einer COPD und die Einschätzung ihres Schweregrads erfolgt durch eine spirometrische Untersuchung. Ein systematisches, bevölkerungsbasiertes Spirometrie Screening nach COPD wird jedoch auf der Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens für Österreich nicht empfohlen.[295]

Zur *Therapie* stehen, abgesehen vom Rauch-Stopp, Anticholinerga, b2-Sympathomimetika, im Stadium III auch inhalative Glukokortikoide zur Verfügung. Zur Entwicklung neuer *Therapien* werden Ursachen, Ablauf und Hintergründe der Erkrankung näher untersucht, wobei sich hier Erfolg versprechende Behandlungsmethoden abzeichnen.[296] Die *Rehabilitation* setzt auf körperliches und Atemmuskeltraining sowie richtige Ernährung.

Eine der Zielsetzungen des Projekts Med Together zum Schnittstellenmanagement war die Verbesserung der Akutversorgung der PatientInnen an den Universitätskliniken Salzburg. In Kooperation mit dem Roten Kreuz wurde ein Notfallprogramm geschaffen und eine Notfallskarte im Scheckformat eingeführt, die alle relevanten Informationen für die Rettungssanitäter (Lungenfunktion des Betroffenen, benötigte Sauerstoffmenge, etc.) enthält. Ein weiteres Projektziel war die Einführung einer interdisziplinären Rehabilitation mit Physiotherapie, Psychotherapie und anderen medizinischen Bereichen. Durch die ambulante Rehabilitation verbessert sich nicht nur die Prognose, auch Spitalsaufenthalte lassen sich dadurch stark reduzieren.[297]

293 STADT WIEN (2005), S. 332–350.

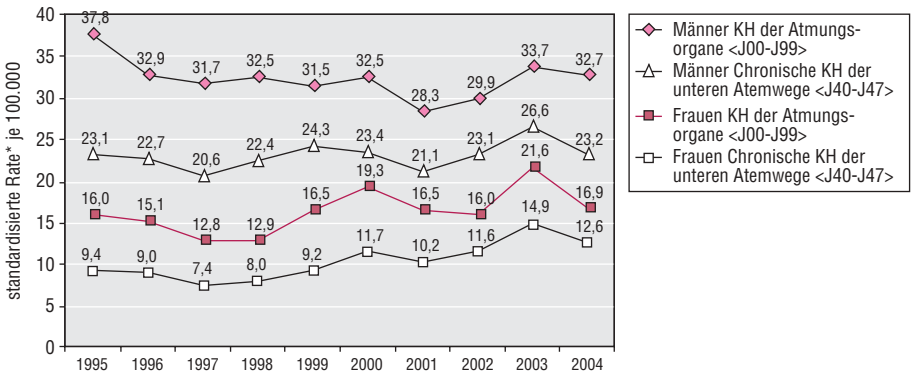
294 CALVERLEY (2000); VAN SCHAYCK et al. (2003).

295 VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 192.

296 Ein Team um Univ.-Prof. Dr. Rolf ZIESCHE (Abteilung für Pulmologie am Wiener Allgemeinen Krankenhaus) beschäftigt sich mit den molekularen Mechanismen der COPD.

297 http://www.salzburg.gv.at/lrmh-copd.htm

Grafik 4.22: Mortalität aufgrund Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) und Chronische Krankheiten aufgrund der unteren Atemwege (ICD-10 <40-J47>) in Wien nach Geschlecht



* Altersstandardisiert nach der Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; Daten zur Verfügung gestellt von der Statistik Austria.

4.7.2 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD, chronic obstructive pulmonary disease) ist eine zunehmend bedeutsame, auch Frauen vermehrt betreffende Krankheit. Es handelt sich dabei um eine in der Regel chronisch verlaufende Behinderung des Atemflusses durch Atemwegsverengung, die auch bei entsprechender Behandlung meist nicht mehr reversibel ist. Die Krankheit beginnt mit dem „Raucherhusten" und kann zu einer tödlichen Lungenüberblähung (Emphysem) führen. Unterschieden werden vier Stadien, wobei die Stadien III und IV als fortgeschrittene bzw. Spätphasen der Krankheit gelten.[289] Der Verlauf der Erkrankung ist individuell sehr verschieden. Die molekularen und zellulären Erkrankungsmechanismen des chronisch fortschreitenden entzündlichen Prozesses der COPD sind bisher noch nicht ausreichend geklärt.

Laut *Global Burden of Disease Study*[290] betrug die Prävalenz von COPD im Jahr 1990 weltweit 7,3 Erkrankungen je 1.000 Frauen und 9,3 je 1.000 Männer und nahm (mit 2,4 Prozent aller Todesfälle) die sechste Stelle unter den Todesursachen ein. Gegenwärtig ist COPD weltweit bereits die vierthäufigste Todesursache. Laut Schätzung der WHO wird die COPD im Jahr 2020 bereits dritthäufigste Todesursache und fünfthäufigste Ursache für Behinderungen (gemessen anhand von DALYs) sein.[291] Während z. B. in den USA die Sterblichkeit aufgrund von koronaren Herzkrankheiten zwischen 1965 und 1998 um 59 Prozent und aufgrund von Schlaganfällen um 64 Prozent gesunken ist, ist die Sterblichkeit aufgrund von COPD um 163 Prozent gestiegen.

Eine im Rahmen einer internationalen Studie durchgeführte Erhebung an der Landesklinik in Salzburg[292] zeigt, dass auch in Österreich die COPD zusammen mit Asthma bronchiale zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane zählt. Zwischen Oktober 2004 und März 2005 wurden rund 2.200 SalzburgerInnen untersucht und Daten von etwa 1.400 über 40-jährigen Personen ausgewertet. Laut dieser Studie ist davon auszugehen, dass in Österreich 1 bis 3 Prozent der Frauen und 4 bis 6 Prozent der Männer an COPD erkrankt sind. Besonders hoch ist die Prävalenz bei Menschen über 40 Jahren. 26,1 Prozent der über 40-Jährigen zeigen bei der Lungenfunktionsprüfung Anzeichen einer Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD; Stadium I bis Stadium IV). 10,7 weisen Stadium II oder ein darüber hinausgehendes Stadium auf

289 GOLD (2003); KROEGEL (2004).

290 MURRAY, LOPEZ (1997); GOLD (2003).

291 WHO (2000); MURRAY, LOPEZ (1997). Disability Adjusted Life Years = Summe der verlorenen Lebensjahre durch frühzeitigen Tod und der Jahre, die mit Behinderung gelebt werden (wobei auch der Schweregrad der Behinderung berücksichtigt wird).

292 http://www.salzburg.gv.at/lrmh-copd.htm; Leitung: Univ.-Doz. Dr. Michael STUDNICKA.

4.8 Gynäkologische Erkrankungen

Siehe auch: Inkontinenz (Kapitel 5.8.9).

Zusammenfassung

Gynäkologische Erkrankungen führen zwar selten zum Tod, können aber trotz meist guter Heilungschancen Frauen körperlich, seelisch und sozial stark beeinträchtigen, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche gynäkologische Erkrankungen im Vordergrund stehen. Eine bedeutsame gynäkologische Erkrankung, die im reproduktiven Alter auftritt und meist mit starken Beschwerden und chronischen Schmerzen verbunden ist, ist die **Endometriose.** Diese Krankheit wird oft lange Zeit nicht erkannt und ist nicht selten Ursache ungewollter Kinderlosigkeit.

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Gynäkologie sind die **gynäkologischen Operationen**. Ca. ein Drittel aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen ist auf Operationen im Zusammenhang mit Diagnosen im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe zurückzuführen. Obwohl in Wien die Zahl der **Gebärmutterentfernungen** (Hysterektomien) stark rückläufig ist, sind jährlich ca. 10.000 Frauen davon betroffen. Gebärmutterentfernungen, aber auch andere gynäkologische Operationen sind für Frauen oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Einrichtungen wie Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit den Folgen für die betroffenen Frauen befasst sind, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen.

Summary: Gynaecological diseases

***Gynaecological diseases** are rarely lethal, but despite the usually good chances of recovery they can place a heavy physical, mental and social strain on women. In different stages of life different gynaecological diseases are predominant. A significant gynaecological disease, which occurs in reproductive age and usually leads to strong symptoms and chronic pain, is **endometriosis**. This disease can remain undetected for a long time and is frequently the reason for unwanted childlessness.*

*An important issue in the area of gynaecology are **gynaecological surgeries**. Approximately one in three of all in-patient stays of women with surgery are due to surgeries in connection with diagnoses in the area of the female genitalia and obstetrics. Although the number of **hysterectomies** is strongly declining in Vienna, some 10,000 women undergo it every year. Hysterectomies and other gynaecological operations often lead to severe psychological stress for women. Institutions such as women's health centres and gynaecologists who address the consequences for women criticise insufficient information for the patients and the fact that existing alternatives are often ignored.*

4.8.1 Epidemiologie

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick über gutartige gynäkologische Erkrankungen. Es gibt zwar vereinzelt Studien, die sich (meist aus medizinischer Sicht) mit verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen oder Erkrankungssyndromen (z. B. Endometriose, Prämenstruelles Syndrom [PMS], Scheidenentzündungen – Pelvic Inflammatory Disease [PID]) beschäftigen, allerdings mangelt es an epidemiologischen Grundlagen über diese Krankheitsgruppe. Auch über Indikationen operativer Eingriffe, wie etwa jener von Gebärmutterentfernungen und deren Folgen gibt es wenig verlässliche Informationen.

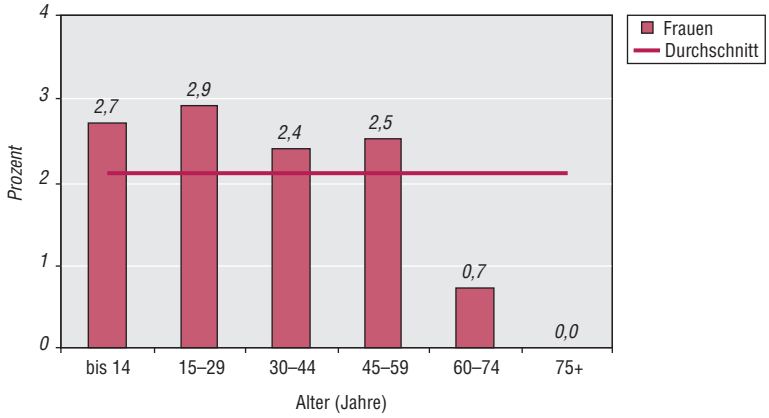
Aussagekraft und Qualität der vorliegenden Daten variieren. Aus der amtlichen Statistik stehen Angaben zu den stationären Behandlungsfällen, zu den stationären

operativen Eingriffen, zu den Krankenständen bzw. Krankenstandstagen aufgrund gynäkologischer Erkrankungen zur Verfügung. Bei der Spitalsentlassungsstatistik handelt es sich um Versorgungsdaten (d. h. um stationär behandelte gynäkologische Krankheiten). Die Angaben sind fallbezogen und beinhalten auch Mehrfachaufenthalte. Die Daten zu den Krankenstandsfällen und -tagen beziehen sich (ebenfalls fallbezogen) lediglich auf erwerbstätige Frauen. Über mitversicherte Familienangehörige, Hausfrauen, arbeitslose Frauen und Pensionistinnen liegen, ebenso wie zu gesundheitlichen Störungen, die zu keiner ärztlichen Behandlung führen, bzw. die ambulant behandelt werden, aber keine Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausbehandlung nach sich ziehen, keine Angaben vor. Weder die Statistik der Arbeitsunfähigkeit noch die Spitalsentlassungsstatistik lassen Aussagen über die Häufigkeit von Wiederholungsfällen zu. Abgesehen von den amtlichen Statistiken gibt es vereinzelt Daten aus Gesundheitssurveys zu gynäkologischen Erkrankungen und Beschwerden. Während in der amtlichen Statistik die Diagnosen ärztlichen Zuschreibungen unterliegen, liegen den Surveys Eigenangaben der Befragten zugrunde.

Gutartige gynäkologische Erkrankungen führen zwar selten zum Tod, können aber trotz meist guter Heilungschancen Frauen körperlich, seelisch und sozial stark beeinträchtigen. Charakteristisch für diese Krankheitsgruppe ist der Einfluss auf die weibliche Intimsphäre bzw. der Zusammenhang mit Partnerschaft und Sexualität. Eine besondere, frauentypische Belastung ergibt sich dadurch, dass Frauen trotz Krankschreibung oder Krankenhauseinweisung weiterhin familiäre Verpflichtungen haben.

Im Mikrozensus 1999 gaben 2,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Frauen in Wien (und 2,0 Prozent im gesamten Bundesgebiet) gynäkologische Erkrankungen im Jahr vor der Befragung an.

Grafik 4.23: Gynäkologische Erkrankungen in Wien 1999



Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung.

Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 104.

Krankenstände und stationäre Behandlung

Einen Einblick in die Bedeutung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane geben Angaben zu den Krankenständen und den stationären Aufenthalten aufgrund gynäkologischer Diagnosen. Nach der ICD-10 sind gynäkologische Krankheiten und Krankheiten der Harnorgane gemeinsam in der Krankheitsklasse N „Krankheiten der Urogenitalsystems“ (ICD-10, N00-N99) erfasst. Zusätzlich berücksichtigt wird hier die Krankheitsklasse O „Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und Wochenbett“, ohne Einbeziehung der normalen Entbindungen. Die genannten Krankheitsgruppen spielen im weiblichen Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine bemerkenswerte Rolle. Im Jahr 2004 waren 6,6 Prozent der bei der Wiener Gebietskrankenkasse gemeldeten Krankenstandsfälle und 6,2 Prozent der Krankenstandstage darauf zurückzuführen. 11.304 Krankenstandsfälle (2,6 Prozent aller Krankenstandsfälle) und 162.343 Krankenstandstage (3,1

Prozent aller Krankenstandstage) waren alleine durch Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane bedingt, die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall betrug 14,4 Tage.

Tabelle 4.14: Krankenstandsfälle und Krankenstandstage in Wien (WGKK) 2004 nach ausgewählten Krankheitsgruppen

Krankheitsgruppe	Krankenstandsfälle		Krankenstandstage		Tage pro Fall
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	
alle Diagnosen	**427.585**	***100***	**5.294.513**	***100***	**13,7**
Krankheiten der Harnorgane	7.989	*1,9*	73.674	*1,4*	9,2
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	11.304	*2,6*	162.343	*3,1*	14,4
Fehlgeburt, Interruptio	1.916	*0,5*	20.217	*0,4*	10,6
Komplikationen der Gravidität, Entbindung, Wochenbett	7.195	*1,7*	70.036	*1,3*	9,7
gesamt	28.404	*6,6*	326.270	*6,2*	11,5

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

* Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenstandsfälle bzw. -tage.

Quelle: WGKK (2005), S. XXXIV f.; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 21.573 stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems verzeichnet, das sind 6,8 Prozent der stationären Aufenthalte von Frauen. Aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik wird unter anderem deutlich, dass sich Bedeutung und Erscheinungsformen gynäkologischer Diagnosen im Lebenslauf verändern. So sind z. B. entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen am häufigsten, dagegen gutartige Brusterkrankungen sowie Menstruations-, klimakterische und andere Störungen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, wobei letztere Diagnosegruppe auch in der Altersgruppe der 14- bis 44-Jährigen relativ häufig ist: Während bei den jüngeren Frauen Menstruationsbeschwerden im Vordergrund stehen, sind es bei den älteren Frauen die klimakterischen Störungen.

Tabelle 4.15: Stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund ausgewählter Erkrankungen in den Wiener Krankenanstalten 2003

ausgewählte Erkrankungen ICD-10	stationäre Patientinnen		Alter (Jahre)				durchschn. Aufenthaltsdauer (Tage)
			0–14	15–44	45–64	65+	
	absolut	je 100.000	je 100.000				
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	**21.573**	**2.582,5**	**914,6**	**2.412,6**	**3.214,9**	**3.297,7**	**6,9**
darunter:							
Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (N60–N64)	1.115	133,5	3,5	156,8	212,3	66,6	3,8
Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (N70–N77)	1.382	165,4	19,3	302,4	119,0	32,0	5,1
Menstruations-, klimakterische und andere Störungen in diesem Zusammenhang (N91–N95)	4.082	488,7	8,8	482,7	932,1	234,4	3,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 226; eigene Berechnungen.

Das spezifische Risiko junger Frauen (unter 25 Jahren) aufgrund entzündlicher und nicht entzündlicher Affektionen der Eierstöcke stationär behandelt zu werden, bestätigt sich auch aufgrund einer Untersuchung in Deutschland.[298] Bei den 25- bis 34-Jährigen erweitert sich das Diagnosespektrum um Fruchtbarkeits- und Zyklusstörungen, für Frauen im mittleren Alter (mit Maximalwerten bei den 35- bis 54-Jährigen) stehen Menstruationsstörungen im Vordergrund, eine Lebensdekade weiter die klimakterischen und postklimakterischen Diagnosen. Für die 65- bis 74-jährigen Frauen dagegen stellt der Gebärmuttervorfall ein besonderes gesundheitliches Problem dar.

4.8.2 Gynäkologische Beschwerden

Gynäkologische Beschwerden spielen im Leben vieler Frauen eine bedeutende Rolle, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Beschwerden präsent sind. Nicht selten leiden Frauen über einen längeren Zeitraum an (mehreren) gynäkologischen Beschwerden. So gaben z. B. in einer deutschen Studie[299] 90 Prozent der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren mindestens eine Beschwerde an, 73 Prozent zwei, 56 Prozent drei und 39 Prozent hatten Erfahrung mit vier und mehr Beschwerden, 3 Prozent verfügten über Erfahrungen mit allen acht vorgegebenen Beschwerdearten. Berücksichtigt wurden Entzündungen an den Eileitern und Eierstöcken, Scheidenentzündungen, Unterbauchschmerzen, Störungen in der Dauer, im Abstand und der Stärke der Regel, Zwischenblutungen und Brustschmerzen. Nur 10 Prozent der Frauen gaben an, noch nie unter einer der vorgegebenen Beschwerden gelitten zu haben. Selbst junge Frauen berichteten zum Teil von mehreren gynäkologische Beschwerden, jedoch nimmt die Zahl der Beschwerden mit dem Alter zu.

Am häufigsten waren Zyklusstörungen, Entzündungen und Unterbauchschmerzen. Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der befragten Frauen gab zumindest eine Erfahrung mit Unterbauchschmerzen, 52 Prozent mit Zwischenblutungen und 42 Prozent mit einer Scheidenentzündung an. Bei etwa ebenso vielen Frauen trat mindestens einmal eine Störung im Abstand der Regelblutung auf und 35 Prozent hatten in ihrem bisherigen Leben mindestens eine Eileiterentzündung.

Die meisten Beschwerden manifestierten sich episodisch. Während Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke und Scheidenentzündungen kaum mehr als ein bis zwei Mal auftreten, kommt es bei den Unterbauchschmerzen eher zu einem chronischen Verlauf. Insgesamt nimmt der Anteil an *chronischen Beschwerden* mit dem Alter zu, besonders gilt dies für Zwischenblutungen sowie Störungen in der Stärke und Dauer der Regelblutung. Unterbauchschmerzen und Störungen im Abstand der Regelblutung können bereits bei jungen Frauen chronisch verlaufen.

4.8.3 Menstruationsstörungen

Frauen erleben rund 400 Menstruationen (Regelblutungen, Monatsblutungen) zwischen Menarche (erster Regelblutung) und Menopause (letzter Regelblutung). Jeweils rund ein Drittel der Frauen berichtet über zu starke oder schmerzhafte Blutungen. Der Krankheitswert von Menstruationsstörungen hängt stark vom subjektiven Erleben der Frau, aber auch von der medizinischen Interpretation ab, welche zwischen den beiden Polen Banalisierung und Medikalisierung liegt, wobei es in weiterer Folge zu Unter- oder Übertherapie sowie zu einem verzögerten Behandlungsbeginn kommen kann. Menstruationsstörungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und oft auch die Sexualität der betroffenen Frauen.[300]

298 BMFSFJ (2001), S. 139 ff.
299 BEGENAU, RAUCHFUß (1992); zitiert nach BMFSFJ (2001), S. 145 ff.
300 TSCHUDIN, BITZER (2005).

Tabelle 4.16: Zyklusstörungen (Störungen des Blutungsmusters bzw. der Blutungsrhythmik)

Bezeichnung	Charakteristik	Dauer (Tage)	Stärke (Binden/Tag)
Störungen des Blutungsmusters			
normale Menstruation	normal	3–5	2–5
Hypermenorrhö	zu stark	3–5	>5; Koagel
Hypomenorrhö	zu schwach	3–5	<2
Menorrhagie	zu stark und zu lang	>6	>5
Brachymenorrhö	zu kurz	<3	2–5
Metrorrhagie	Zwischenblutung	>6	2–5
Menometorrhagie	zu stark + Zwischenblutung	Je >6	>5; Koagel
Spotting (prä-, postmenstruell)	schwache Zwischenblutung	einige	<2
Mittelblutung	am Eisprung-Termin	1–2	<2
Störungen der Blutungsrhythmik		Intervall (Tage)	
Eumenorrhö	normal	25–31	–
Polymenorrhö	zu kurzes Intervall	<21	–
Oligomenorrhö	zu langes Intervall	>31	–
Amenorrhö	fallweises Ausbleiben der Regel	> 3 Monate	–
unregelmäßige Blutungen	wechselnd		–

Quelle: TSCHUDIN, BITZER (2005), S. 407.

Als **Dysmenorrhö** bezeichnet man Menstruationsblutungen, deren Auftreten mit starken, krampfartigen Bauchschmerzen und teilweise mit Übelkeit und Kreislaufstörungen verbunden ist, wobei die Symptome am 1. und 2. Zyklustag am stärksten sind. Unter *primärer* Dysmenorrhö versteht man die seit der Menarche bestehende, die *sekundäre* bezeichnet eine später im Lebenslauf auftretende Dysmenorrhö. Die Ursachen der Schmerzentstehung stehen mit einer verstärkten Bildung des Hormons Prostaglandin in Zusammenhang, es werden jedoch auch psychische Faktoren in Betracht gezogen, wie z. B. Partnerschaftskonflikte, unerfüllter Kinderwunsch oder Probleme mit dem Erwachsen- und Frauwerden.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben in Wien von den in Privathaushalten lebenden Frauen ab 16 Jahren 5,6 Prozent an, gegenwärtig unter „schmerzhafter Menstruation, Dysmenorrhö“ zu leiden.[301]

Am meisten betroffen sind junge Frauen. Von den 16- bis 24-jährigen Frauen gaben 12,2 Prozent „Schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhö“ an.

[301] STADT WIEN (2001), S. 207 f.

Das spezifische Risiko junger Frauen (unter 25 Jahren) aufgrund entzündlicher und nicht entzündlicher Affektionen der Eierstöcke stationär behandelt zu werden, bestätigt sich auch aufgrund einer Untersuchung in Deutschland.[298] Bei den 25- bis 34-Jährigen erweitert sich das Diagnosespektrum um Fruchtbarkeits- und Zyklusstörungen, für Frauen im mittleren Alter (mit Maximalwerten bei den 35- bis 54-Jährigen) stehen Menstruationsstörungen im Vordergrund, eine Lebensdekade weiter die klimakterischen und postklimakterischen Diagnosen. Für die 65- bis 74-jährigen Frauen dagegen stellt der Gebärmuttervorfall ein besonderes gesundheitliches Problem dar.

4.8.2 Gynäkologische Beschwerden

Gynäkologische Beschwerden spielen im Leben vieler Frauen eine bedeutende Rolle, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Beschwerden präsent sind. Nicht selten leiden Frauen über einen längeren Zeitraum an (mehreren) gynäkologischen Beschwerden. So gaben z. B. in einer deutschen Studie[299] 90 Prozent der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren mindestens eine Beschwerde an, 73 Prozent zwei, 56 Prozent drei und 39 Prozent hatten Erfahrung mit vier und mehr Beschwerden, 3 Prozent verfügten über Erfahrungen mit allen acht vorgegebenen Beschwerdearten. Berücksichtigt wurden Entzündungen an den Eileitern und Eierstöcken, Scheidenentzündungen, Unterbauchschmerzen, Störungen in der Dauer, im Abstand und der Stärke der Regel, Zwischenblutungen und Brustschmerzen. Nur 10 Prozent der Frauen gaben an, noch nie unter einer der vorgegebenen Beschwerden gelitten zu haben. Selbst junge Frauen berichteten zum Teil von mehreren gynäkologische Beschwerden, jedoch nimmt die Zahl der Beschwerden mit dem Alter zu.

Am häufigsten waren Zyklusstörungen, Entzündungen und Unterbauchschmerzen. Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der befragten Frauen gab zumindest eine Erfahrung mit Unterbauchschmerzen, 52 Prozent mit Zwischenblutungen und 42 Prozent mit einer Scheidenentzündung an. Bei etwa ebenso vielen Frauen trat mindestens einmal eine Störung im Abstand der Regelblutung auf und 35 Prozent hatten in ihrem bisherigen Leben mindestens eine Eileiterentzündung.

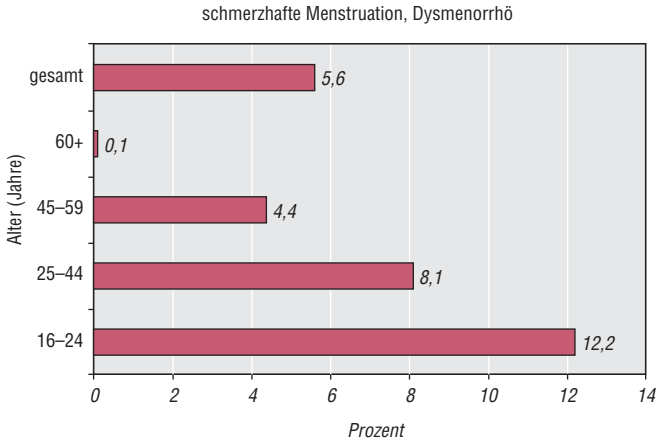
Die meisten Beschwerden manifestierten sich episodisch. Während Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke und Scheidenentzündungen kaum mehr als ein bis zwei Mal auftreten, kommt es bei den Unterbauchschmerzen eher zu einem chronischen Verlauf. Insgesamt nimmt der Anteil an *chronischen Beschwerden* mit dem Alter zu, besonders gilt dies für Zwischenblutungen sowie Störungen in der Stärke und Dauer der Regelblutung. Unterbauchschmerzen und Störungen im Abstand der Regelblutung können bereits bei jungen Frauen chronisch verlaufen.

4.8.3 Menstruationsstörungen

Frauen erleben rund 400 Menstruationen (Regelblutungen, Monatsblutungen) zwischen Menarche (erster Regelblutung) und Menopause (letzter Regelblutung). Jeweils rund ein Drittel der Frauen berichtet über zu starke oder schmerzhafte Blutungen. Der Krankheitswert von Menstruationsstörungen hängt stark vom subjektiven Erleben der Frau, aber auch von der medizinischen Interpretation ab, welche zwischen den beiden Polen Banalisierung und Medikalisierung liegt, wobei es in weiterer Folge zu Unter- oder Übertherapie sowie zu einem verzögerten Behandlungsbeginn kommen kann. Menstruationsstörungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und oft auch die Sexualität der betroffenen Frauen.[300]

298 BMFSFJ (2001), S. 139 ff.
299 BEGENAU, RAUCHFUß (1992); zitiert nach BMFSFJ (2001), S. 145 ff.
300 TSCHUDIN, BITZER (2005).

Grafik 4.24: Schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhö in Wien 2001 nach Alter



Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 207 f.

4.8.4 Endometriose

Eine besonders schmerzhafte und die Lebensqualtität von Frauen beeinträchtigende Erkrankung ist die Endometriose. Darunter versteht man das überschießende Wachstum der Gebärmutterschleimhaut (endometriales Drüsengewebe). Und zwar bilden sich kleine Nester oder Zysten an der Gebärmutterwand, an den Eierstöcken, im Eileiter, an der Harnblase, aber auch außerhalb des Genitalbereiches an Darm, Nabel und in seltenen Fällen sogar an Lunge, Leber und Haut. Dieses Gewebe, das der Schleimhaut (Endometrium) in der Gebärmutterhöhle funktionell und morphologisch ähnlich ist, ist ebenso den hormonell ausgelösten zyklischen Veränderungen unterworfen. Die Endometriose gehört, weil sie nicht selten mit chronischen Schmerzen verbunden ist, zum Formenkreis des so genannten Chronic-Pelvic-Pain-Syndroms (CPP).

Die Endometriose tritt nur im geschlechtsreifen Alter auf. Schätzungen zufolge sind rund 10 Prozent der Mädchen und Frauen zwischen dem 15. und 50. Lebensjahr davon betroffen. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. So zeigt z. B. eine Untersuchung in Deutschland,[302] dass das Risiko wegen einer Endometriose stationär behandelt zu werden, bei den 25- bis 35-jährigen Frauen am größten war. Die Krankheit findet sich gehäuft bei Frauen, bei denen die Regelblutung bereits in jungen Jahren eingesetzt hat (frühe Menarche) und bei denen der Monatszyklus kurz ist (unter 28 Tage zwischen den Blutungen), die noch nie geboren haben (Nullipara) und die übergewichtig sind. Die Symptome bestehen in extremen Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen der jeweiligen betroffenen Organe, Kreuz- und Beckenbodenschmerzen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und beim Urinieren. Endometriose ist in rund einem Drittel der Fälle Ursache ungewollter Kinderlosigkeit.

Eine definitive Diagnose der Endometriose ist nur durch einen operativen Eingriff (Bauchspiegelung, Laparoskopie), die Entfernung der Endometriose-Herde nur durch eine Bauchspiegelung möglich. Nicht selten dauert es vom Auftreten der ersten Endometriose-Symptome bis zur korrekten Diagnosestellung oft mehrere Jahre. Frauen mit Endometriose-Problemen gehen erst etwa drei Jahre nach Auftreten der Symptome deshalb erstmals zum Arzt. Etwa 60 Prozent der Frauen, bei denen Endometriose festgestellt worden ist, wurde zuvor mitgeteilt, sie hätten keine ernsthafte Erkrankung. Mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen suchen ihren Arzt fünfmal oder häufiger auf, bevor sie bei einem Spezialisten landen.

Die Österreichische Endometriose-Vereinigung[303] hat im Jahr 2006 den zweiten Endometriose-Tag in Wien

302 BMFSFJ (2001), S. 139 ff.

303 http://www.endometriose-wien.at/asp/default.asp

durchgeführt, der eine Informationsplattform für (betroffene) Frauen ist.

4.8.5 Gynäkologische Operationen

Für Wien (und Österreich) fehlen umfassende Angaben zu den gynäkologischen Operationen. Für den stationären Bereich liegen zwar Angaben zu den medizinischen Leistungen vor, diese geben jedoch weder Auskunft über die zugrunde liegenden Indikationen (wie etwa den wichtigen Bereich des Operierens bei gynäkologischen Tumoren) oder über die für die Gynäkologie typischen Kombinationseingriffe. Zu beachten ist außerdem der Klassifizierungsspielraum innerhalb des medizinischen Leistungskatalogs. Über das Ausmaß ambulanten Operierens und die hier vorherrschenden Trends gibt es überhaupt keine Daten.

Insgesamt wurden in Österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2003 203.577 stationäre Aufenthalte mit operativen Leistungen (aus diagnostischen und therapeutischen Gründen) im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe (Kapitel IX des medizinischen Leistungskataloges) verzeichnet. Das ist ca. ein Drittel (31,2 Prozent) aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen.

Eine Qualitätssicherungsstudie[304] in Deutschland, in die 44 Kliniken einbezogen waren, verweist selbst bei den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen auf hohe Operationsraten. Mit Ausnahme der Brustoperationen war der Anteil der Krebsdiagnosen bei allen Eingriffen relativ gering. Mehr als 40 Prozent der operativen Eingriffe bei gutartigen und nicht gutartigen gynäkologischen Diagnosen waren Kombinationseingriffe. Vor allem bei den Operationen am Gebärmutterhals und -körper wurde meist mit unterschiedlichen Eingriffstechniken vorgegangen, dagegen dominierte bei den Brustoperationen der Einzeleingriff. Komplikationen traten in 8,0 Prozent aller Fälle auf. Besonders häufig waren mit 4,0 Prozent die Infektionen und mit 2,4 Prozent die Serome/Hämatome. Nahezu die Hälfte der Infektionen waren Harnwegsinfektionen. Am höchsten war die Rate der Komplikationen bei den Brustoperationen (13 Prozent), vor allem bedingt durch die Bildung von Hämatomen. Über Komplikationen nach Klinikaufenthalten liegen, ebenso wie zu den psychischen und sozialen Folgen gynäkologischer Operationen, keine systematischen Angaben vor.

Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)

Für viele betroffene Frauen stellt die Gebärmutterentfernung ein kritisches Lebensereignis dar. Die Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit der Rehabilitation betroffener Frauen befasst sind und daher die Folgen der Gebärmutterentfernung kennen, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen. Aus ähnlichen Gründen werden mittlerweile auch andere Operationen, wie etwa die Operationen am Gebärmutterhals (Konisation) oder die Entfernung der Eierstöcke im Zusammenhang mit einer Zyste kritisch gesehen.[305]

Der Uterus ist als zentrales, rein weibliches Fortpflanzungsorgan Symbol für Fruchtbarkeit und Weiblichkeit, dessen operative Entfernung für viele Frauen ein starkes Verlusterlebnis bedeutet. Aus rein medizinischer Sicht (die wissenschaftlichen Befunde dazu sind jedoch nicht eindeutig) hat die Hysterektomie auf körperliche und psychische Symptome und die Sexualität positive Auswirkungen. Die psychische Verarbeitung einer Hysterektomie hängt stark von der jeweiligen Indikation ab, z. B. ist bei der Diagnose Krebs doppelte Bewältigungs- und Trauerarbeit zu leisten. Besonders wichtig ist der Entscheidungsfindungsprozess, der im Idealfall im Sinne eines „shared descision making“ in gemeinsamer Beratung zwischen ÄrztIn und PatientIn verlaufen sollte. In einer umfassenden präoperativen Beratung muss vor allem auch auf die Alternativen zur Hysterektomie hingewiesen werden. So kann z. B. bei Myomen eine uteruserhaltende Myomentfernung oder eine Embolisation (Verschluss der versorgenden Arterien) der uterinen Gefäße durchgeführt werden. Bei Menorrhagien (zu starken und zu langen Blutungen) sind konservative hormonelle Verfahren, die Einlage einer Hormon-Spirale (Levonorgestrel) oder ablative Verfahren (hysteroskopische Endometriumsresektion, Thermokoagulation [Hitzesondenbehandlung], etc.) mögliche Alternativen.[306]

304 GERAEDTS et al. (1998).
305 GEREADTS et al. (1998).
306 ADLER, BITZER (2005).

Für Österreich gibt es keine speziellen Richtlinien für Gebärmutterentfernungen. Absolute Indikatoren sind das Vorliegen eines bösartigen Tumors, relative Indikatoren verschiedene klinische Befunde und Beschwerden. Es obliegt dem Arzt bzw. der Ärztin gemeinsam mit der Patientin je nach Art der Befunde und dem Ausmaß der Beschwerden die nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen am besten geeignete Methode (einschließlich Gebärmutterentfernung) festzulegen.[307] Anwendung findet die Hysterektomie bei folgenden Indikationen:[308]

Tabelle 4.17: Indikationen zur Hysterektomie

Gutartige Erkrankungen des Uterus	• Therapieresistente, dysfunktionelle Blutungen mit und ohne Myome nach erfolgloser konservativer Therapie • Symptomatische, uterine Myome (evtl. nach erfolgloser konservativer Therapie), vor allem bei schnellem Wachstum • Adenomyosis uteri im Zusammenhang mit einer therapieresistenten Endometriose • Chronische Unterbauchschmerzen im Kontext einer multidisziplinären Abklärung vor allem bei therapieresistenter Dysmenorrhö • Schwere entzündlich-infektiöse Erkrankungen des inneren Genitale mit Tubooverialabszess und Peritonitis • Symptomatischer Descensus uteri • Therapieresistente postpartale oder postoperative Blutungen: Notfallhysterektomie, z. B. bei Geburtskomplikationen
Präinvasive Erkrankungen	• Zervikal intraepitheliale Neoplasien (CIN) • Carcinoma in situ und abgeschlossene Familienplanung • Adenocarcinoma in situ der Zervix • Endometriumshyperplasie und -atypie
Invasive Erkrankungen	Die Hysterektomie ist Teil der chirurgischen Behandlung bzw. des Staging bei Zervixkarzinom, Korpuskarzinom, Tubenkarzinom und Ovarialkarzinom.

Quelle: ADLER, BITZER (2005), S. 430.

Neben der rein medizinischen Indikation der Hysterektomie gibt es weitere Faktoren: Ergebnisse einer amerikanischen Studie zeigen, dass die Hysterektomierate vom Alter abhängig ist und für die 45- bis 49-Jährigen bei 15 Fälle pro 100.000 liegt. Für 35-jährige Frauen beträgt die Wahrscheinlichkeit einer Hysterektomie in den nächsten zehn Jahren 12,9 Prozent, für 45-jährige Frauen 11,7 Prozent.[309]

In Wien wurden die Hysterektomien in letzter Zeit erheblich verringert. Allein zwischen 1997 und 2000 ging hier die Zahl der Gebärmutterentfernungen (mit/ohne Adnexentfernung) um mehr als ein Viertel (27,4 Prozent) zurück. Allerdings gibt es hier große Unterschiede zwischen den Bundesländern.

307 Parlamentarische Anfrage 2002; 3704/J XXI.GP, eingelangt am: 27.03.2002.
308 ADLER, BITZER (2005), S. 430.
309 MERILL (2001); zitiert nach ADLER, BITZER (2005).

Tabelle 4.18: Gebärmutterentfernungen bei stationär behandelten Patientinnen 1997 bis 2000 nach Bundesland

Bundesland	Gebärmutterentfernungen gesamt (mit/ohne Adnexentfernung)					Gebärmutterentferungen mit Adnexentfernung				
	1997	1998	1999	2000	Diff.* %	1997	1998	1999	2000	Diff.* %
Burgenland	432	444	400	444	2,8	168	195	187	176	*4,8*
Kärnten	1.073	1.137	940	824	–23,2	373	358	339	283	*–24,1*
Niederösterreich	2.627	2.586	2.230	2.377	–9,5	1.236	1.327	1.291	1.333	*7,8*
Oberösterreich	2.356	2.428	2.361	2.213	–6,1	1.084	1.083	1.090	993	*–8,4*
Salzburg	1.039	1.106	974	840	–19,2	315	335	374	271	*–14,0*
Steiermark	1.893	2.027	1.801	1.726	–8,8	789	938	835	899	*13,9*
Tirol	1.251	1.183	1.059	1.061	–15,2	484	478	475	487	*0,6*
Vorarlberg	533	430	429	308	–42,2	197	141	134	94	*–52,3*
Wien	3.421	3.196	2.954	2.483	–27,4	1.926	1.883	1.833	1.538	*–20,1*
Österreich	14.625	14.537	13.148	12.276	–16,1	6.572	6.738	6.558	6.074	*–7,6*

* Rückgang der Zahl der Hysterektomien seit 1997 in Prozent.

Quelle: Parlamentarische Anfrage 2002; 3704/J XXI.GP, eingelangt am: 27.03.2002.

Bei anstehenden gynäkologischen Operationen ist die umfassende Information der Frauen über operative Eingriffe, ihre Folgen und gegebenenfalls über alternative Behandlungsmethoden vorrangig. Ebenso wichtig ist die psychosoziale Unterstützung vor und nach einem operativen Eingriff, bei Organverlust oder auch bei chronischen Verläufen gynäkologischer Erkrankungen. Auf welche Betreuungsangebote Frauen positiv reagieren, ist sehr verschieden. Ebenfalls wichtige Anliegen bei gynäkologischen Operationen sind Nachbetreuung und Rehabilitation, auch hier ist individuell vorzugehen. Bei einer Gebärmutterentfernung brauchen manche Frauen eine Kur, andere eine Paar- und Sexualberatung, während andere wiederum ganz ohne Hilfe auskommen.

Angesichts der Bedeutung der gynäkologischen Krankheiten für die Gesundheit von Frauen ergibt sich hier erheblicher Forschungsbedarf. Bisher fehlen Angaben zur gynäkologischen Vulnerabilität und deren Ursachen, zur Frage, wie viele Frauen unbehandelt bleiben und welche Störungen Frauen veranlassen, den/die GynäkologIn aufzusuchen bzw. welche sozialen Konstellationen dieses Verhalten beeinflussen. Wichtig wäre es, Risikogruppen sowie lebensphasenspezifische Auswirkungen ausfindig zu machen und festzustellen, welche psychosozialen Faktoren in den verschiedenen Lebensphasen für das Entstehen gynäkologischer Probleme bedeutsam sind.

Auch ist bisher weder bekannt, aufgrund welcher Indikationen wie vielen Frauen jährlich die Gebärmutter entfernt wird und mit welcher Radikalität. Zudem fehlt systematisches Wissen über die körperlichen, seelischen und sozialen Folgen von Operationen sowie über die Ressourcen, die Frauen helfen, Organverluste zu verarbeiten. Forschungsbedarf besteht auch bezüglich der Therapiestandards und der Qualität von Therapien. Bisher gibt es kaum gesicherte Ergebnisse über Komplikationen bei den Operationen (während und nach dem Krankenhausaufenthalt) und darüber, welche weiterführenden Behandlungen erforderlich sind und welche Einschränkungen für Frauen damit verbunden sind. Basiswissen über gynäkologische Erkrankungen, die damit verbundenen Entwicklungen im Bereich der gynäkologischen Operationen (einschließlich der Entfernung von Organen) sowie die Indikationen und altersspezifischen Risiken für Operationen stellt eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate medizinische und psychosoziale Betreuung von Frauen dar und sollte integraler Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung sein.[310]

[310] Vgl. dazu auch BMFSFJ (2001), S. 149 ff.

4.9 Krankheiten des Bewegungsapparates

Siehe auch: Osteoporose (Kapitel 5.8.8).

Zusammenfassung

Frauen haben häufiger als Männer Krankheiten des Bewegungsapparats, vor allem ältere Frauen sind in hohem Maße betroffen: Von den 60-Jährigen und Älteren leiden in Wien laut Eigenangaben 27 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer an Krankheiten des Bewegungsapparats. Vor allem **Osteoporose, Arthritis und Arthrose** sind bei Frauen häufig. Besonders weit verbreitet bei Frauen sind **Rückenschmerzen**: Während Rückenprobleme bei Frauen eher eine Folge der alltäglichen Belastungen sind, spielen bei Männern Verletzungen eine größere Rolle. Frauen arbeiten häufiger in Berufen, die den Rücken belasten (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Verkäuferinnen, Computerarbeitsplätze). Auch die Menstruation ist nicht selten mit Rückenschmerzen verbunden. Eine starke Belastung für die Wirbelsäule sind Schwangerschaften und Kinder. Ebenso können Probleme im psychosozialen Bereich zu Verspannungen führen und Rückenschmerzen verursachen. Häufige oder dauerhafte Schmerzen drücken die Stimmung und wirken sich negativ auf das psychische Befinden aus.

Summary: Disorders of the locomotive system

*Locomotive system disorders are more frequent in women than in men, and they are particularly common in elderly women: Of all people in Vienna aged 60 or above, 27 percent of women and 17 percent of men report locomotive system disorders. In particular **osteoporosis, arthritis and arthrosis** are frequent in women. **Backaches** are also very widespread among women. While back problems in women are mainly due to daily work, in men they are more frequently due to accidents. Women more frequently have occupations that place a strain on the back (nurses, elderly care nurses, shop assistants, computer workplaces). Menstruation often also leads to backaches. Pregnancy and children place a strong strain on the spine. Psychosocial problems can also lead to muscle tension and thus to back pains. Frequent or permanent pain has a negative impact on the overall mood and mental well-being.*

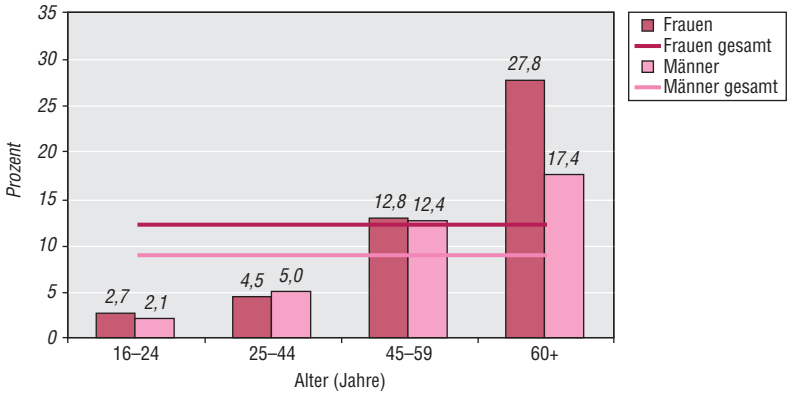
4.9.1 Epidemiologie

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes haben zwar selten tödliche Folgen, sind aber häufig mit chronischen Schmerzen und Behinderungen verbunden. Die geringe Mortalität ist möglicherweise mit ein Grund, warum Erkrankungen des Bewegungsapparats bisher nur wenig untersucht sind. So fehlt z. B. bisher ein Verständnis für die Risikofaktoren muskuloskeletaler Erkrankungen, was eine wichtige Voraussetzung für die Förderung der muskuloskeletalen Gesundheit wäre.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 stehen Krankheiten des Bewegungsapparats bei Frauen und Männern an erster Stelle und sind sogar häufiger als Krankheiten des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane.[311] Und zwar gaben in Wien 12,3 Prozent der Frauen und 9,1 Prozent der Männer Krankheiten des Bewegungsapparats an. Diese Krankheiten nehmen, insbesondere bei Frauen, mit zunehmendem Alter stark zu. 27,8 Prozent der 60-jährigen und älteren Frauen, aber nur 17,4 Prozent der Männer leiden an Krankheiten des Bewegungsapparats.

[311] STADT WIEN (2001), S. 197 f.

Grafik 4.25: Krankheiten des Bewegungsapparates in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren.

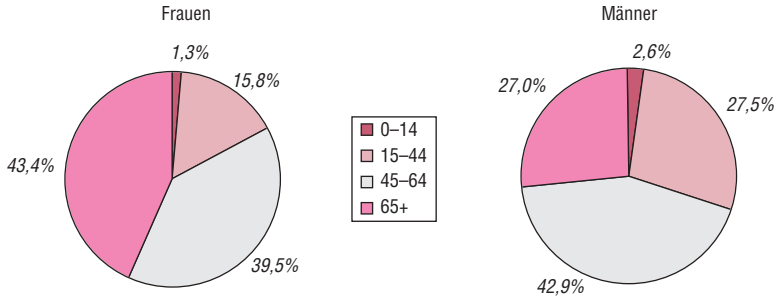
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197 f.

Erkrankungen wie Osteoporose, Arthritis, Arthrose, aber auch Knochenbrüche, chronische Muskel- und Rückenschmerzen sind weit verbreitet. Abgesehen von den Schmerzen, welche die Krankheiten des Bewegungsapparats verursachen, sind sie in hohem Maße für Arztkonsultationen, Krankenstände, Invalidität und stationäre Aufenthalte verantwortlich und ziehen erheblichen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf nach sich.

Krankheiten des Bewegungsapparats nehmen nach den Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit die zweite Stelle ein. Die Wiener Gebietskrankenkasse, bei welcher der überwiegende Teil der WienerInnen versichert ist, verzeichnete im Jahr 2004 58.337 **Krankenstandsfälle** von Frauen und 60.618 von Männern aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, das sind 13,6 Prozent der Krankenstandsfälle von Frauen und 15,8 Prozent jener von Männern. Die Krankheitslast aufgrund dieser Krankheitsgruppe wird noch deutlicher, wenn man die dadurch bedingten **Krankenstandstage** ins Kalkül zieht. Nahezu jeder vierte Krankenstandstag (23,6 Prozent der Krankenstandstage der Frauen und 22,9 Prozent jener der Männer) entfiel im Jahr 2004 auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Insgesamt waren 1,250.568 Krankenstandstage bei den Frauen und 1,198.218 bei den Männern darauf zurückzuführen. Die hohe Zahl an Krankenstandstagen ist vor allem in Zusammenhang mit der überdurchschnittlich langen Dauer dieser Krankenstände (nämlich 21,4 Tage bei den Frauen und 19,8 bei den Männern) zu sehen.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes verursachten in den Wiener Krankenanstalten im Jahr 2003 37.171 Spitalsbehandlungsfälle von Frauen und 20.048 von Männern. Zwei Drittel (65,0 Prozent) dieser Spitalsbehandlungsfälle betrafen Frauen. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war bei den Frauen mit 8,5 Tagen höher als bei den Männern (7,4 Tage). 43,4 Prozent der aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stationär behandelten Frauen waren 65 Jahre oder älter, im Vergleich zu nur 27,0 Prozent der Männer.

Grafik 4.26: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 227.

Auch bei den stationären Aufenthalten zugrunde liegenden Diagnosen bestehen innerhalb dieser Krankheitsgruppe erhebliche Geschlechtsunterschiede. So waren z. B. bei 30,6 Prozent der stationären Aufenthalte von Frauen, aber lediglich bei 23,0 Prozent jener der Männer Arthropathien, Arthrosen und sonstige Gelenkschädigungen (ICD-10 <M00-M22, M24-M25) Hauptdiagnose.

Mit Ausnahme der Binnenschädigung des Kniegelenks sind bei Frauen stationäre Behandlungsfälle aufgrund aller der hier angegebenen Diagnosen häufiger als bei Männern. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Arthropatien, Arthosen und sonstigen Gelenkschädigungen sind bei Frauen mehr als doppelt so häufig als bei Männern.

Tabelle 4.19: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht

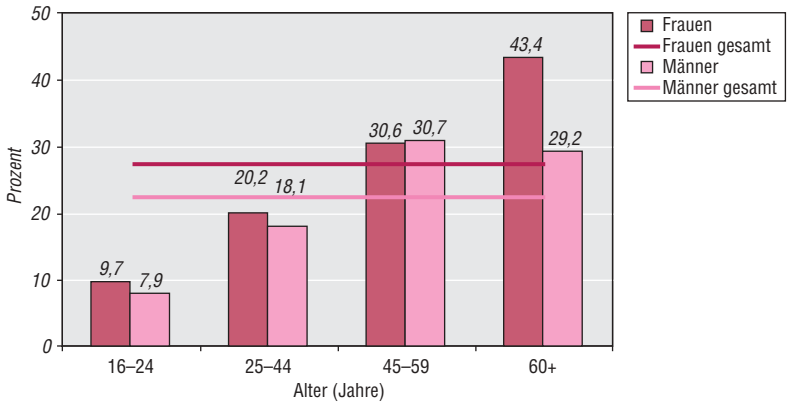
Hauptdiagnose ICD-10	Frauen						Männer					
	gesamt		Alter (Jahre)				gesamt		Alter (Jahre)			
			0–14	15–44	45–64	65+			0–14	15–44	45–64	65+
	absolut	je 100.000					absolut	je 100.000				
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	**37.171**	**4.449,8**	**427,9**	**1.692,5**	**6.748,8**	**10.321,6**	**20.048**	**2.655,7**	**436,3**	**1.588,8**	**4.297,7**	**6.177,0**
Binnenschädigung des Kniegelenkes (M23)	3.043	364,3	13,2	199,1	752,8	447,0	3.184	421,8	8,3	377,0	723,9	475,9
Arthropathien, Arthrosen u. sonstige Gelenksschädigungen (M00-M22, M24-M25)	11.382	1.362,5	157,0	361,6	2.050,7	3.512,3	4.614	611,2	160,2	240,0	936,5	1.958,2
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	1.335	159,8	42,1	114,5	233,9	243,4	324	42,9	16,7	25,0	69,5	89,0
Deformitäten der Wirbelsäule u. des Rückens, Spondylopathien (M40-M49)	2.119	253,7	31,6	68,2	283,1	787,8	1.251	165,7	16,7	89,5	208,1	575,1
Intervertebrale Diskopathien (M50-M51)	3.127	374,3	0,0	229,9	632,9	609,1	2.595	343,8	1,7	240,0	579,8	684,7
Rückenschmerzen (M54)	4.823	577,4	8,8	221,2	724,8	1.580,0	2.178	288,5	6,7	166,3	441,7	809,1
Krankheiten der Weichteilgewebe (M60-M79)	3.786	453,2	87,7	256,9	898,1	537,3	3.361	445,2	106,8	257,0	849,4	732,6
andere KH des Muskel-Skelett-Systems u. des Bindegewebes (M53, M80-M99)	7.556	904,5	87,7	241,1	1.172,4	2.604,7	2.541	336,6	119,3	194,0	488,8	852,4

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 227; eigene Berechnungen.

4.9.2 Schmerzen am Bewegungsapparat

Über **Rückenschmerzen** klagen zwar beide Geschlechter sehr häufig, Frauen sind jedoch stärker betroffen: Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey berichteten 27,6 Prozent der Frauen und 22,3 Prozent der Männer über Rückenschmerzen zum Zeitpunkt der Befragung. Während sich im jüngeren Alter nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden, sind im höheren Alter Frauen deutlich häufiger betroffen. Von den 60-Jährigen und Älteren gab(en) nahezu jede zweite Frau (43,4 Prozent), aber lediglich jeder dritte Mann (29,2 Prozent) Rückenschmerzen an.

Grafik 4.27: Rückenschmerzen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren (gefragt wurde nach den derzeitigen Krankheiten).

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 209 f.

Während bei Männern Rückenprobleme öfter auf Verletzungen zurückzuführen sind, stellen sie bei Frauen häufig Folgen der alltäglichen Belastung dar: Einkaufstaschen schleppen, Gartenarbeit und Staubsaugen sind häufigste Auslöser für weibliche Rückenschmerzen. Frauen arbeiten außerdem oft in Berufen, die besonders den Rücken belasten (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Verkäuferinnen, Computerarbeit). Auch die Menstruation ist nicht selten mit Rückenschmerzen verbunden. Eine starke Belastung für die Wirbelsäule sind auch Schwangerschaften und Kinder. Schuhe mit hohen Absätzen belasten die Lendenwirbelsäule ebenfalls und verstärken das Hohlkreuz. Probleme im psychosozialen Bereich können Verspannungen und damit auch Rückenschmerzen verursachen. Andererseits drücken häufige oder dauerhafte Schmerzen die Stimmung und wirken sich negativ auf das psychische Befinden aus.

Nicht nur Rückenschmerzen, auch Schmerzen an Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften oder Gelenken sind insbesondere bei Frauen häufig. 28,9 Prozent der Frauen und 19,8 Prozent der Männer berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 über diesbezügliche Schmerzen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung. Auch hier zeigt sich, insbesondere bei Frauen, ein deutliches Ansteigen der Prävalenz mit zunehmendem Alter.

Nicht nur HIV/AIDS,[312] sondern auch andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen, STIs/Sexually Transmitted Infections, STDs/Sexually Transmitted Diseases) stellen aufgrund ihrer weiten Verbreitung und der chronischen Gesundheitsschäden, die sie verursachen können, ernst zu nehmende Gesundheitsprobleme dar. Sehr häufig sind z. B. Infertilität als Folge von Chlamydien oder neurologische Schäden im Zusammenhang mit Syphilis. Aus vielen europäischen Ländern, z. B. Großbritannien, Frankreich und Schweden, wurde seit Mitte der 1990er Jahre eine Zunahme an sexuell übertragbaren Erkrankungen berichtet,[313] auch in Österreich ist ein Anstieg der Neuerkrankungen an Syphilis und Gonorrhö zu verzeichnen.

Meldepflichtig[314] sind in Österreich die AIDS-Neuerkrankungen und die Sterbefälle aufgrund von AIDS (AIDS-Gesetz 1993, BGBl. Nr. 726/1993), weiters die Neuerkrankungen an Tripper (Gonorrhö), Syphilis (Lues), Weichem Schanker (Ulcus molle) und Chlamydien (Lympohgranuloma inguinale) laut Geschlechtskrankheitengesetz 1945 (StGBl. Nr. 152/1945) sowie die infektiöse Hepatitis (A, B, C, D, F) entsprechend dem Epidemiegesetz 1950 (BGBl. Nr. 186/1950) und der Verordnung betreffend anzeigepflichtige Krankheiten (BGBl. II Nr. 456/2001).

4.10.1 HIV/AIDS

Siehe auch: HIV/AIDS-Prävention der Aids Hilfe Wien (Kapitel 9.3.2).

Seit dem Beginn der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er Jahren ist der Anteil der Frauen an allen von HIV/AIDS Betroffenen in Österreich und in anderen westlichen Ländern kontinuierlich von 10 bis 15 Prozent auf rund 30 Prozent gestiegen, hat sich also verdoppelt. Nachdem anfangs fast ausschließlich als Hochrisikogruppen homosexuelle Männer und intravenös Drogenabhängige im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit standen, wurde zunehmend die Betroffenheit der allgemeinen Bevölkerung deutlich. Weltweit lebten Ende 2005 rund **40,3 Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion**[315] (38,0 Millionen Erwachsene und 2,3 Millionen Kinder unter 15 Jahren), davon waren 17,5 Millionen Frauen. Allein im Jahr 2004 wurden international 4,9 Millionen Menschen neu mit dem HI-Virus infiziert. Die WHO hat im Weltgesundheitsbericht des Jahres 2004[316] „Changing History" den dringenden Handlungsbedarf zur Bekämpfung der internationalen HIV/AIDS-Pandemie unterstrichen. Die Welt-AIDS-Kampagne 2005, die jährlich vom Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) lanciert wird und ihren Höhepunkt am Welt-AIDS-Tag hat (alljährlich am 1. Dezember), stand unter dem Motto „Stop AIDS. Keep the Promise". Ziel der Kampagne 2005 war, die internationale Öffentlichkeit an ihre Verantwortung für die Bekämpfung der AIDS-Pandemie zu erinnern, wie sie u. a. in der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS"[317] aus dem Jahr 2001, einer Vereinbarung internationaler Staatsoberhäupter und RegierungsvertreterInnen, zugesichert wurde. Das Motto „Stop AIDS. Make the Promise" hat aber als zweite Botschaft und Zielsetzung einen Appell an das Engagement und die persönliche Verantwortung jedes/jeder Einzelnen im Umgang mit HIV/AIDS.

Die Hauptübertragungswege des HI-Virus sind in Österreich derzeit die heterosexuelle Übertragung (rund 40 Prozent aller Betroffenen), die homosexuelle Übertragung (rund 30 Prozent) und intravenöser Drogenkonsum (rund 20 Prozent); HIV-Übertragung durch Blutkonserven kommt seit längerem nicht mehr vor, Übertragungen von Mutter zu Kind sind selten. In Österreich haben sich im Jahr 2005 **453 Menschen mit dem HI-Virus neu infiziert**, die Zahl der Neuinfektionen ist seit 1998 kontinuierlich leicht gestiegen (1997 wurden lediglich 297 Neuinfektionen diagnostiziert). Kumulativ wurden zwischen 1985 und 2004 9.855 durch HIV-Tests gesicherte Infektionen erfasst,[318] diese Zahl enthält auch die inzwischen Verstorbenen. Un-

[312] HIV = Human Immunodeficiency Virus (dt. Virus der Immunschwäche-Krankheit); AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome (dt. erworbenes Immunschwäche-Sydnrom).

[313] NICOLL, HAMERS (2002).

[314] http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/0/4/4/CH0019/CMS1038915287272/meldepflichtige_krankheiten.pdf

[315] UNAIDS (2005).

[316] WHO (2004).

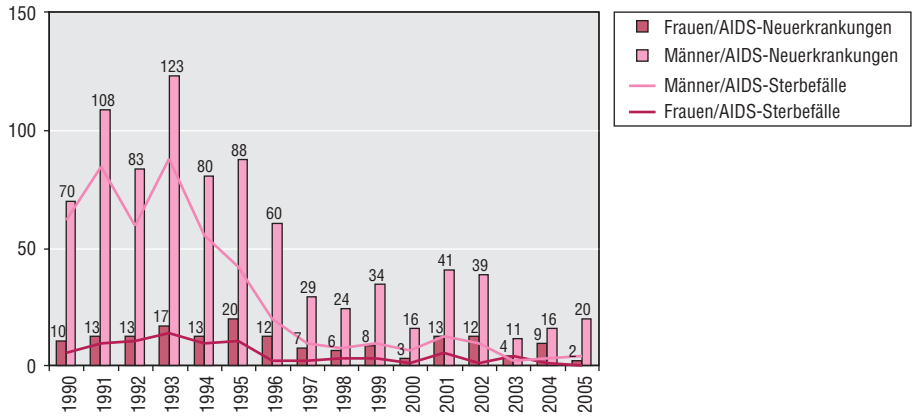
[317] http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html

[318] http://www.univie.ac.at/virologie/seiten/index.htmVirus-Epidemiologische Informationen 2005–04

ter Berücksichtigung der Sterbefälle derzeit in Österreich voraussichtlich 5.000 bis 7.000 mit dem HI-Virus Infizierte; 3.000 dieser Personen sind in ständiger Betreuung, wobei freier Zugang zu medizinischen Therapien besteht.[319] Weiters wird angenommen, dass rund die Hälfte der Betroffenen in Wien lebt.

Die **AIDS-Statistik** des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) erfasst seit 1983 die gemeldeten AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle. Ende 2005 lagen 2.470 AIDS-Meldungen vor, darunter 520 Frauen (davon sind 265 verstorben) und 1.950 Männer betreffende Meldungen (davon sind 1.158 verstorben). 21,1 Prozent der Meldungen von AIDS-Erkrankungen und 18,6 Prozent der gemeldeten AIDS-Sterbefälle betreffen demnach Frauen. In Wien stellt sich das Geschlechtsverhältnis etwas anders dar. Von den 1.192 in Wien gemeldeten AIDS-Fällen sind 185 Frauen und 1.007 Männer (davon wurden 99 Frauen und 614 Männer als verstorben gemeldet), das heißt 15,5 Prozent der Meldungen über Erkrankungen und 13,9 Prozent der Meldungen über AIDS-Sterbefälle sind Frauen. Die Zahl der AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle ist in den industrialisierten Ländern mit dem Einsatz der antiretroviralen Therapien deutlich gesunken. In Österreich wurden im Jahr 2005 52 Erkrankungen gemeldet (7 Frauen, 45 Männer); die Zahlen des Jahres 1993 waren ein Vielfaches davon (236 Personen: 38 Frauen, 198 Männer). Zwischen 1992 und 1995, dem Höhepunkt der AIDS-Epidemie in Österreich, sind jährlich rund 160 Menschen an AIDS gestorben, im Jahr 2004 hat sich diese Zahl auf 13 Personen reduziert (eine Frau, 12 Männer). In Wien sind im Jahr 2005 2 Frauen und 20 Männer neu erkrankt, davon sind 4 Männer verstorben.

Grafik 4.29: AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006; Tabelle 8); http://www.bgmf.gv.at (>Gesundheitswesen >Statistiken).

[319] Persönliche Mitteilung von Dr. Jean-Paul KLEIN, BMGF III/A/1 (14.4.2005).

Tabelle 4.20: Gemeldete HIV-Neuinfektionen, AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien und Österreich 1983 bis 2004

Jahr	AIDS-Fälle*								HIV-Neu-infektio-nen**
	Wien				Österreich				
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		
	E	T	E	T	E	T	E	T	
1983	0	0	6	6	1	1	10	9	–
1984	0	0	3	3	1	1	8	7	–
1985	0	0	5	5	3	2	25	24	820
1986	2	2	11	10	4	4	24	21	753
1987	3	2	29	25	18	16	69	61	693
1988	5	4	51	43	15	13	94	81	441
1989	13	12	60	52	25	20	120	103	431
1990	10	5	70	61	30	23	134	106	432
1991	13	9	108	84	32	23	169	133	426
1992	13	10	83	59	39	31	154	113	515
1993	17	14	123	88	38	30	198	145	561
1994	13	9	80	55	35	23	135	90	437
1995	20	10	88	42	54	22	155	72	407
1996	12	2	60	20	24	5	116	36	377
1997	7	2	29	9	29	10	73	28	297
1998	6	3	24	7	20	4	79	26	313
1999	8	3	34	9	28	7	73	21	339
2000	3	1	16	6	30	14	54	18	428
2001	13	5	41	12	19	7	72	23	398
2002	12	1	39	9	25	2	68	14	442
2003	4	4	11	2	18	5	32	9	422
2004	9	1	16	3	24	2	43	6	470
2005	2	0	20	4	7	1	45	12	453
gesamt	185	99	1.007	614	520	265	1.950	1.158	9.855***

Legende: E = Erkrankungsfälle; T = Todesfälle;

*Quellen: * Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006; Tabelle 8); http://www.bgmf.gv.at (>Gesundheitswesen >Statistiken); ** Institut für Virologie der Universität Wien, Virus-Epidemiologische Informationen 2005-04; Online-Version: http://www.univie.ac.at/virologie/seiten/index.htm; *** davon 6.132 in Wien.*

Tabelle 4.21: Kumulative Fälle gemeldeter AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle in Wien und Österreich 2005 nach Geschlecht

AIDS-Fälle	Wien						Österreich					
	Frauen	Prozent	Männer	Prozent	gesamt	Prozent	Frauen	Prozent	Männer	Prozent	gesamt	Prozent
Erkrankungen	185	*65,1*	1.007	*62,1*	1.192	*62,6*	520	*66,2*	1.950	*62,7*	2.470	*63,4*
Prozent	*15,5*		*84,5*				*21,1*		*78,9*			
Sterbefälle	99	*34,9*	614	*37,9*	713	*37,4*	265	*33,8*	1158	*37,3*	1.423	*34,6*
Prozent	*13,9*		*86,1*				*18,6*		*81,4*			
gesamt	284	*100,0*	1.621	*100,0*	1.905	*100,0*	785	*100,0*	3.108	*100,0*	3.893	*100,0*
Prozent	*14,9*		*85,1*		*100,0*		*20,2*		*79,8*		*100,0*	

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006); http://www.bgmf.gv.at (>Gesundheitswesen >Statistiken).

Dokumentation der Behandlung von HIV/AIDS-PatientInnen

Epidemiologische Daten von HIV-Infizierten und AIDS-PatientInnen, die sich an den Wiener und österreichischen AIDS-Zentren in Behandlung befinden, werden in Zukunft aufgrund der sinkenden AIDS-Morbidität und -Mortalität und damit der amtlich gemeldeten AIDS-Fälle eine wichtige Datenquelle für das Monitoring der HIV-Infektion sein. RepräsentantInnen der fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (Otto Wagner-Spital Wien, AKH Wien, AKH Linz, Unikliniken Innsbruck und LKH Graz) haben Ende 2001 den privaten Verein „**Österreichische HIV-Kohortenstudie**" gegründet. Ein langfristiges Ziel dieser Studie ist eine umfassende, anonyme Dokumentation aller Krankengeschichten von HIV-infizierten Personen in Österreich. In erster Linie werden in dieser Datenbank für den Verlauf und die Therapie der HIV-Infektion relevante klinische Daten erfasst, sie enthält aber auch grundlegende epidemiologische Informationen, wie z. B. Veränderungen bei den Übertragungswegen, der Geschlechterproportion oder den Herkunftsländern der Betroffenen. Insgesamt befanden sich Ende 2004 Daten von rund 4.200 HIV-infizierten oder an AIDS erkrankten Personen in der Datenbank,[320] darin sind aber auch die bereits verstorbenen Personen enthalten. Vollständig und aktuell analysierbar (d. h. mit einer nicht länger als sechs Monate zurückliegende Kontrolle des Immunstatus) waren die Daten von 2.078 Personen. Im Otto Wagner-Spital in Wien sind Ende 2004 665 aktiv in Behandlung befindliche HIV-Positive in der Datenbank erfasst, im AKH Wien 568, in Innsbruck 411, in Linz 273 und in Graz 161. Der Frauenanteil lag Ende 2004 bei den aktiven KohortenteilnehmerInnen im Durchschnitt bei 30,6 Prozent und in Wien mit 25,9 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt. Am höchsten ist der Frauenanteil in Oberösterreich (38,9 Prozent) bzw. in Tirol (36,4 Prozent).

Tabelle 4.22: Frauenanteil bei HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten im Rahmen der Österreichischen HIV-Kohorte 2004 nach Geschlecht und Wohn-Bundesländern

Bundesland	Frauen	Männer	gesamt	Bundesland	Frauenanteil
	absolut			Prozent	
Burgenland	18	34	52	*2,5*	*34,6*
Kärnten	4	3	7	*0,3*	*57,1**
Niederösterreich	58	118	176	*8,5*	*33,0*
Oberösterreich	102	160	262	*12,6*	*38,9*
Salzburg	11	31	42	*2,0*	*26,2*
Steiermark	53	104	157	*7,6*	*33,8*
Tirol	100	175	275	*13,2*	*36,4*
Vorarlberg	28	55	83	*4,0*	*33,7*
Wien	261	747	1.008	*48,5*	*25,9*
fehlend	1	15	16	*0,8*	*6,3*
gesamt	636	1.442	2.078	*100,0*	*30,6*

* Dieser Prozentsatz ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt interpretierbar.

Quelle: STURM, ZANGERLE (2005), S. 12.

Häufigster Übertragungsweg bei den Ende 2004 aktiven TeilnehmerInnen der Österreichischen HIV-Kohortenstudie ist der **heterosexuelle Geschlechtsverkehr**, wobei Wien mit einem Anteil von 37,0 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von 41,2 Prozent liegt. In Wien ist hingegen die HIV-Übertragung **durch homosexuelle Kontakte** deutlich häufiger als in den meisten anderen Bundesländern bzw. in Österreich gesamt (35,9 Prozent in Wien vs. 29,3 Prozent in Österreich gesamt). Hinsichtlich des Anteils der HIV-Übertragung durch **intravenösen Drogenkonsum** liegt Wien mit 19,9 Prozent nahe dem österreichischen Durchschnitt (20,7 Pro-

[320] STURM, ZANGERLE (2005).

zent). Die Frequenz der Übertragung durch Blutprodukte ist vergleichsweise gering (2,4 in Wien bzw. 0,4 Prozent in Österreich), ebenso wie jene der Mutter-zu-Kind-Übertragung (vertikale Transmission), die für 1,3 Prozent der HIV-Übertragungen in Österreich bzw. von 0,0 Prozent in Wien verantwortlich war.

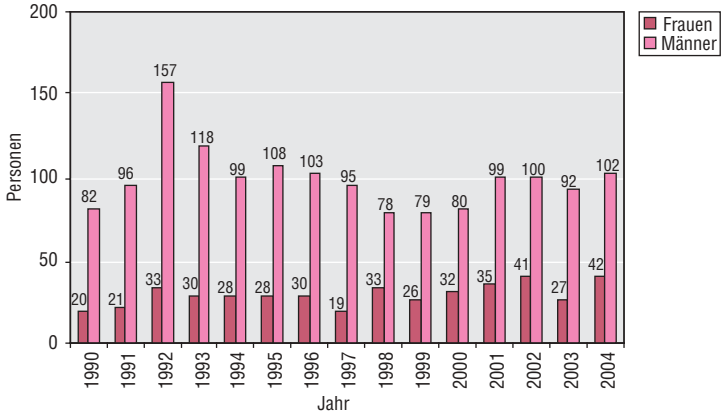
Tabelle 4.23: TeilnehmerInnen der Österreichischen HIV-Kohortenstudie 2004 nach Übertragungswegen des HI-Virus und Bundesländern

Bundesland	heterosexuelle Kontakte		homosexuelle Kontakte		iIntravenöser Drogenkonsum		Blutprodukte		Mutter-zu-Kind-Übertragung		unbekannt, keine Angaben		gesamt
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut
Burgenland	29	*55,8*	10	*19,2*	6	*11,5*	2	*3,8*	1	*1,9*	4	*7,7*	52
Kärnten	5	*71,4*	1	*14,3*	0	*0,0*	0	*0,0*	0	*0,0*	1	*14,3*	7
Niederösterreich	87	*49,4*	49	*27,8*	20	*11,4*	7	*4,0*	0	*0,0*	13	*7,4*	176
Oberösterreich	128	*48,9*	46	*17,6*	64	*24,4*	6	*2,3*	2	*0,8*	16	*6,1*	262
Salzburg	19	*45,2*	15	*35,7*	4	*9,5*	0	*0,0*	0	*0,0*	4	*9,5*	42
Steiermark	89	*56,7*	34	*21,7*	18	*11,5*	11	*7,0*	1	*0,6*	4	*2,5*	157
Tirol	99	*36,0*	66	*24,0*	86	*31,3*	6	*2,2*	3	*1,1*	15	*5,5*	275
Vorarlberg	23	*27,7*	20	*24,1*	30	*36,1*	3	*3,6*	2	*2,4*	5	*6,0*	83
Wien	373	*37,0*	362	*35,9*	201	*19,9*	13	*1,3*	0	*0,0*	59	*5,9*	1.008
fehlend	5	*31,3*	6	*37,5*	2	*12,5*	1	*6,3*	0	*0,0*	2	*12,5*	16
gesamt	857	*41,2*	609	*29,3*	431	*20,7*	49	*2,4*	9	*0,4*	123	*5,9*	2.078

Quelle: STURM, ZANGERLE (2005), S. 14.

Die **Neuzugänge an PatientInnen mit HIV/AIDS am AIDS-Zentrum des Otto Wagner-Spitals** in Wien waren zwischen 1992 und 1998 rückläufig, sind aber ab 1999 wieder gestiegen. Dies kann zum einen als ein Anzeichen dafür gesehen werden, dass sich AIDS zunehmend zu einer chronischen Krankheit entwickelt, d. h. dass weniger Menschen an AIDS sterben und daher die Zahl der Personen, die medizinische Behandlung benötigen, steigt. Zum anderen ist seit 1998 aber auch ein erneuter Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu verzeichnen. Der Frauenanteil bei den Neuzugängen ist seit 1998 von rund 20 Prozent auf 25 bis 30 Prozent gewachsen. Im Otto Wagner-Spital waren Ende 2004 665 aktiv behandelte PatientInnen erfasst, das sind zwei Drittel der in Wien zu diesem Zeitpunkt erfassten 1.008 behandelten PatientInnen mit HIV/AIDS.

Grafik 4.30: Erstkontakte von PatientInnen aufgrund von HIV/AIDS am AIDS-Zentrum des Otto Wagner-Spitals in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: VETTER, CICHON (2005).

Chlamydien

Chlamydien (Chlamydia trachomatis, Serotypen D bis L) zählen weltweit zu den häufigsten Erregern sexuell übertragbarer Erkrankungen. In den Industriestaaten sind Chlamydien die häufigsten bakteriellen Erreger von Urogenitalinfektionen. Für Wien und Österreich gibt es keine repräsentativen Zahlen zum Ausmaß der Neuinfektionen. Bezieht man sich auf Schätzungen aus Deutschland, wo pro Jahr mit etwa 300.000 genitalen Chlamydieninfektionen gerechnet wird, wären es in Österreich rund 30.000 Neuinfektionen jährlich und somit in Wien mindestens 6.000 Neuinfektionen pro Jahr. Bei seroepidemiologischen Untersuchungen wurden zwischen 2 und 5 Prozent der Frauen im sexuell aktiven Alter als infiziert ermittelt.[323] Bei Frauen verläuft die akute Infektion in etwa 90 Prozent der Fälle ohne Symptome und wird deshalb häufig nicht erkannt. Ohne Behandlung kann eine Chlamydien-Infektion zu **chronischen Beckenschmerzen** (pelvic inflammatory disease) führen, im Besondern zu einer chronischen Infektion der Eileiter, die Verwachsungen, Funktionsverlust und letztendlich einen **Verschluss des Eileiters** zur Folge haben können. Die **tubale Infertilität** (tubal factor infertility, TFI) ist eine der häufigsten Ursachen der Unfruchtbarkeit der Frau. Besonders negative Folgen können genitale Chlamydieninfektionen in der **Schwangerschaft** haben. Trotz zum Teil widersprüchlicher Forschungsergebnisse gilt der Zusammenhang zwischen einer Chlamydieninfektion der Schwangeren mit vorzeitigem Blasensprung, Chorioamnionitis (Entzündung der inneren und mittleren Eihaut, die das ungeborene Kind umgeben), Frühgeburt, niedrigem Geburtsgewicht und erhöhter Säuglingssterblichkeit als gesichert. Bei der Geburt kommt es infolge der Infektion der Gebärmutter zur Übertragung auf das Kind; bei 18 bis 50 Prozent der infizierten Kinder tritt eine Einschlusskörperchenkonjunktivitis (Bindehautentzündung) und bei 11 bis 18 Prozent eine atypische Lungenentzündung auf. Ebenfalls beobachet wurden Mittelohrentzündungen und Infektionen des Nasen-Rachenraums. Im Wochenbett kann es zu einer Entzündung der Gebärmutterschleimhaut kommen. Bei Männern sind Chlamydieninfektionen die häufigste Ursache der nicht-gonorrhoischen Urethritis (NGU, Entzündung der Harnröhre), die starke Schmerzen verursacht und daher meist behandelt wird.

Humane Papilloma-Viren (HPV), Zervixkarzinom und HPV-Impfung

Siehe auch: Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom; Kapitel 4.4.2).

Dass ein Zusammenhang zwischen der Entstehung des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) und dem Sexualverhalten besteht, geht auf Beobachtungen zurück, die bereits im 19. Jahrhundert gemacht wurden, nämlich, dass bei Nonnen keine Zervixkarzinome auftraten. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass bei über 97 Prozent aller Zervixkarzinome Humane Papilloma-Viren (HPV) beteiligt sind. Die HPV-Infektion ist einer der ursächlichen Faktoren für das Zervixkarzinom. Rund 70 Prozent sexuell aktiver Frauen und Männer infizieren sich mindestens ein Mal in ihrem Leben mit HPV. Hauptübertragungsweg ist der Geschlechtsverkehr, eine Virusübertragung auf nicht sexuellem Weg ist möglich. Mehr als 100 Typen humaner Papilloma-Viren sind bekannt, von denen einige gutartige Tumoren wie z. B. Feigwarzen (Kondylome) verursachen, andere aber bösartige Neubildungen (Malignome). In den meisten Fällen ist die HPV-Infektion nach einem Jahr nicht mehr nachweisbar. In rund 20 Prozent der Fälle mit anhaltender Infektion kann es jedoch zu geringgradigen Schleimhautveränderungen (CIN–1-Läsion) kommen, von diesen entwickeln sich rund 10 Prozent zu mäßiggradigen Schleimhautveränderungen (CIN–2-Läsionen), von denen ohne Behandlung in weiterer Folge 22 Prozent CIN–3-Läsionen, das sind Krebsvorstufen, entwickeln. Kofaktoren einer Tumorentstehung sind die Langzeiteinnahme von oralen Kontrazeptiva, die Zahl der Geburten, genetische Veränderungen, erworbene Immunschwäche, Genitalinfektionen und Rauchen. Obwohl Zervixveränderungen mittels **PAP-Test** bereits in frühen Stadien erkannt werden können, verfügt dieser Test nur über eine Treffsicherheit (Sensitivität) von 70 Prozent richtig erkannter CIN–2/3-Läsionen. Zudem beträgt die Teilnahme am HPV-Screening in Österreich nur rund 50 Prozent. In jüngster Zeit haben daher Forschungsergebnisse zur **Impfung gegen HPV** Hoffnung auf die Möglichkeit geweckt, die Infektion mit HP-Viren gänzlich zu vermeiden.[324] Die Impfstoffe befinden sich noch in klinischer Testung, die Wirksamkeitsüberprüfungen konnten einen Zusammenhang zwischen der Impfung und dem Schutz

[323] http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/015-041.htm

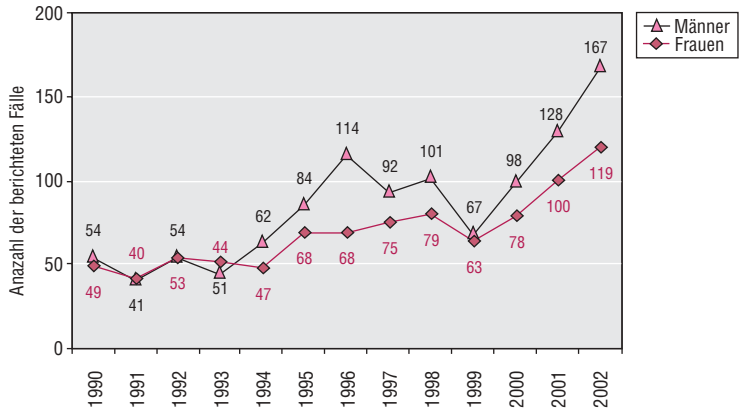
[324] JATROS Sonderpublikation 2005, Hämatologie und Onkologie, Humanes Papillomavirus Update.

vor Erkrankung nachweisen und haben keine unerwarteten Nebenwirkungen ergeben. Der getestete Impfstoff richtet sich gegen die HPV-Typen 16 und 18, die mit 70 Prozent aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht werden sowie gegen die Typen 6 und 11, die als Verursacher von 90 Prozent aller Genitalwarzen gelten. Die Dauer der Schutzwirkung der präventiven HPV-Impfung ist derzeit jedoch noch unbekannt, Langzeituntersuchungen laufen. Zielgruppe der HPV-Impfung sind alle Mädchen vor Eintritt in das sexuell aktive Alter sowie weibliche Jugendliche und Frauen vor und während der sexuell aktiven Phase. Über die Wirksamkeit der HPV-Impfung bei Frauen, die infiziert sind oder bereits eine Infektion durchgemacht haben, lässt sich derzeit keine Aussage treffen. Trotz ungeklärter Fragen wird die HPV-Impfung von zahlreichen ExpertInnen als Meilenstein in der Prävention von Krebserkrankungen beurteilt. Eine weitere Diskussion ist jedoch zu erwarten, sobald der Impfstoff erhältlich ist: Ein Antrag auf Zulassung des Impfstoffes (Gardasil®) für den europäischen Markt wurde im Dezember 2005 bei der Europäischen Zulassungsbehörde (EMEA) eingereicht.[325]

Syphilis, Gonorrhö

Seit Ende der 1990er Jahre ist in Wien und Österreich, aber auch in anderen europäischen Ländern, ein Wieder-Anstieg von Syphilis und Gonorrhö zu verzeichnen. Die Anzahl der Syphilis-Meldungen ist in Österreich von 124 Fällen im Jahr 1993 (dem niedrigsten Wert seit 1985) auf 420 Fälle im Jahr 2002 gestiegen, also beinahe auf das Dreifache; die Anzahl der Gonorrhö-Meldungen ist von 379 Fällen im Jahr 1998 auf 985 im Jahr 2002 gestiegen, hat sich also mehr als verdoppelt. In Wien wurden im Jahr 2002 286 Fälle an Syphilis und 846 Fälle von Gonorrhö gemeldet, der Frauenanteil betrug bei den Syphilis-Meldungen 42 Prozent, bei den Gonorrhö-Meldungen 30 Prozent.

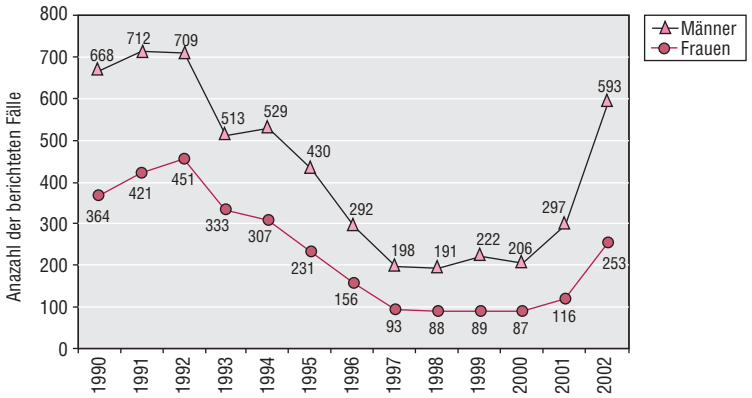
Grafik 4.31: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Syphilis in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht



Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.in Dr.in Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

[325] http://www.spmsd.at (Sanofi Pasteur MSD)

Grafik 4.32: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Gonorrhö in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht



Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.in Dr.in Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

Tabelle 4.25: Inzidenz von Syphilis und Gonorrhö in Wien und in Österreich 1990 bis 2002 nach Geschlecht

Jahr	Österreich		Wien						
			Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen-anteil Prozent
	absolut	pro 100.000	absolut			pro 100.000			
Syphilis									
1990	198	2,6	49	54	103	6,0	7,6	6,7	*48*
1991	161	2,1	41	40	81	5,0	5,6	5,3	*51*
1992	177	2,3	53	54	107	6,4	7,6	7,0	*50*
1993	124	1,6	51	44	95	6,2	6,2	6,2	*54*
1994	134	1,7	47	62	109	5,7	8,7	7,1	*43*
1995	180	2,3	68	84	152	8,2	11,8	9,9	*45*
1996	207	2,7	68	114	182	8,2	16,0	11,8	*37*
1997	201	2,6	75	92	167	8,9	12,1	10,4	*45*
1998	202	2,6	79	101	180	9,4	13,3	11,2	*44*
1999	184	2,4	63	67	130	7,5	8,9	8,1	*48*
2000	237	2,9	78	98	176	9,2	12,7	10,9	*44*
2001	316	3,9	100	128	228	11,8	16,5	14,0	*44*
2002	420	5,2	119	167	286	14,0	21,5	17,6	*42*
Gonorrhö									
1990	1.582	20,9	364	668	1.032	44,1	93,5	67,0	*35*
1991	1.698	21,8	421	712	1.133	51,0	99,7	73,6	*37*
1992	1.661	21,3	451	709	1.160	54,7	99,2	75,3	*39*
1993	1.157	14,8	333	513	846	40,4	71,8	54,9	*39*
1994	1.085	13,9	307	529	836	37,2	74,0	54,3	*37*
1995	896	11,5	231	430	661	28,0	60,2	42,9	*35*
1996	595	7,6	156	292	448	18,9	40,9	29,1	*35*
1997	440	5,6	93	198	291	11,0	26,1	18,1	*32*
1998	369	4,7	88	191	279	10,4	25,1	17,4	*32*
1999	434	5,6	89	222	311	10,6	29,1	19,3	*29*
2000	414	5,1	87	206	293	10,3	26,8	18,1	*30*
2001	531	6,5	116	297	413	14,5	37,4	25,4	*30*
2002	985	12,1	253	593	846	29,8	76,5	52,0	*30*

Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.in Dr.in Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

V.
GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN

HEALTH IN DIFFERENT PHASES OF LIFE

INHALT

5 GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN 219
5.1 GESUNDHEITSBEZOGENDER LEBENSSTIL VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN 219
5.2 SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN 233
5.3 GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON FRAUEN IN DER REPRODUKTIVEN PHASE 238
5.4 SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT 255
5.5 GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT 268
5.6 WECHSELJAHRE UND SEXUELLE GESUNDHEIT IM ALTER 281
5.7 FRAUEN IN DER ERWERBSPHASE: ARBEIT UND GESUNDHEIT 285
5.8 GESUNDHEITSZUSTAND UND GESUNDHEITSRISIKEN ÄLTERER FRAUEN 315
5.9 GESUNDHEITSGEFÄHRDUNG VON FRAUEN DURCH UMWELTRISIKEN 358
5.10 FRAUEN MIT BEHINDERUNG 368

HIV-Testung

In Österreich werden jährlich über 1,2 Millionen Personen auf HIV getestet (15 Prozent der gesamten Bevölkerung bzw. 30 Prozent der Bevölkerung im reproduktiven Alter von 15 bis 49 Jahren), das ist weltweit eine der höchsten Häufigkeiten. Eine halbe Million Tests werden im Rahmen des Blutspendens durchgeführt.[321] Die hohe Zahl an HIV-Testungen deutet zwar auf ein gewisses Problembewusstsein hin, eine zielgruppenspezifische Anwendung wäre dennoch überlegenswert.

4.10.2 Ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

Im Gegensatz zur HIV/AIDS-Epidemie, die ein hohes Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit erhält, kann man das Auftreten aller anderen sexuell übertragbaren Infektionen als „stille Epidemie" bezeichnen: Trotz weiter Verbreitung und chronischer Gesundheitsschäden, wie z. B. Infertilität infolge von Chlamydien oder neurologische Schäden nach Syphilis, gibt es nur wenige gezielte Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung. Angaben über die Neuerkrankungen nach sexuell übertragbaren Infektionen liegen in Wien und Österreich lediglich für Gonorrhö und Syphilis vor, nicht aber für andere häufige sexuell übertragbare Infektionen (STIs), wie zum Beispiel für Infektionen mit Chlamydien. Tests bei Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Passes umfassen Syphilis und einen Hepatitis B-Antigen-Test.

Sexuell übertragbare Infektionen werden bei Geschlechtsverkehr oder Petting durch den Austausch von Körperflüssigkeiten (Sperma, Speichel, Blut) übertragen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt eine Einteilung nach den Krankheitssymptomen bzw. der Erstmanifestation der Erkrankung vor[322] (Geschwür oder Erosion, Ausfluss, Infektion von Lymphknoten, der Lymphbahnen und Hauterscheinungen). Dieser Ansatz hat sich in der ärztlichen Praxis bewährt und vereinfacht die Unterscheidung ähnlicher Krankheitsbilder. Übersichtlicher jedoch ist eine Einteilung nach Erregern (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten). Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die häufigsten Krankheitsverursacher und Erkrankungen:

Tabelle 4.24: Sexuell übertragbare Erkrankungen nach Erregertypus, -name und Erkrankung

Erreger	Erregername	Erkrankung
Bakterien	Treponema pallidum	Syphilis (Lues, harter Schanker)*
	Neisseria gonnorhoeae (Gonokokken)	Gonorrhö (Tripper)*
	Haemophilus ducreyi	Ulcus molle (weicher Schanker)*
	Chlamydia trachomatis (Serotypen D-K)	Lymphogranuloma inguinale, Chlamydien*
	Gardnerella vaginalis	Unspezifische Kolpitis, Vaginitis (Scheidenentzündung)
	Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinale (donavanosis)
Viren	Humanes Immundefizienz Virus (HIV)	AIDS
	Hepatitis A-, B-, C-Virus	Hepatitis A, B, C (Leberentzündung)
	Herpesvirus hominis Typ 2	Herpes genitalis
	Humanes Papilloma Virus (HPV)	Feigwarzen, Zervixkarzinom
	Condylomata acuminata	Genitalwarzen
	Poxvirus mollusci	Dellwarzen
	Zytomegalievirus	Einschlusskörperchenkrankheit
Protozoen	Entamoeba histolytica	Amöbenruhr
	Giardia lamblia	Lamblienruhr
	Trichomonas vaginalis	Trichomoniasis
Pilze	Candida albicans	Candidose
Parasiten	Phtirius pubis (Schamlaus)	Filzläuse
	Scabies	Krätze

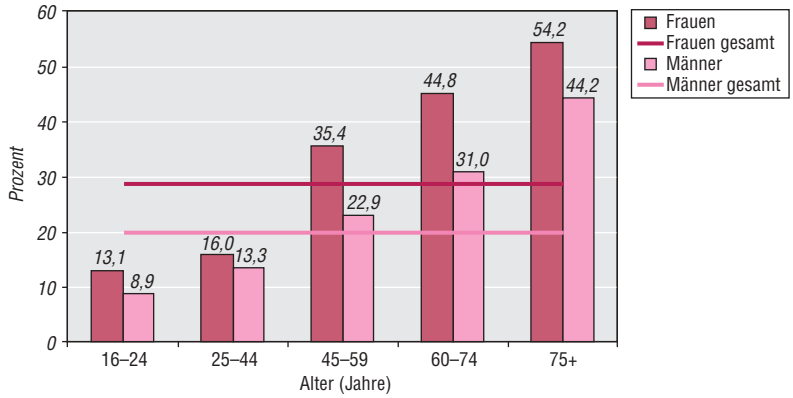
* In Österreich meldepflichtig.

Quelle: WHO (2005), S. 15.

321 http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0019&doc=CMS1038915149049

322 WHO (2005); S. 15.

Grafik 4.28: Schmerzen an Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften oder Gelenken in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren (gefragt wurde nach den Beschwerden in den letzten zwei Wochen vor der Befragung).

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 209 f.

4.10 HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

Zusammenfassung

Seit den ersten Fällen von **HIV/AIDS** Anfang der 1980er Jahre hat der Frauenanteil bei den Betroffenen zugenommen und liegt derzeit bei rund 30 Prozent. HIV/AIDS ist somit zunehmend von den Randgruppen in die allgemeine Bevölkerung übergegangen. Die aktuelle Herausforderung liegt darin, das Bewusstsein zu fördern, dass trotz der relativ geringen Betroffenheit Wiens und Österreichs AIDS eine Pandemie ist. Vor allem sollte berücksichtigt werden, dass in den östlichen Nachbarländern hohe Infektionsraten anzutreffen sind. Im Vergleich zu HIV/AIDS sind alle anderen **sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)** als eine „stille Epidemie" zu bezeichnen, d. h. es ist wenig öffentliches Bewusstsein dafür vorhanden. Vor allem **Chlamydien** sind weit verbreitet und können z. B. zu Unfruchtbarkeit führen. Ein weiteres Beispiel ist das **Humane Papilloma-Virus (HPV)**, mit dem rund 70 Prozent der sexuell aktiven Frauen und Männer infiziert sind und das mit der Entstehung von Zervixkrebs in Zusammenhang steht.

Summary: HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases (STDs)

*Since the first cases of **HIV/AIDS** in the early 1980s the share of affected women has grown and is now around 30 percent. HIV/AIDS is no longer limited to minorities but affects the general population. The current challenge is to build awareness for the fact that despite the relatively low prevalence in Vienna and Austria, AIDS is a pandemic. It should particularly be taken into account that in the neighbouring countries to the East the infection rates are high. Compared to HIV/AIDS, all other **sexually transmitted diseases (STDs)** can be considered a "silent epidemic" in that there is very little public awareness for them. **Chlamydia** in particular is fairly widespread and can e.g. lead to infertility. Another example is the **human papilloma virus (HPV)**, with which around 70 percent of all sexually active women and men are infected and which is connected to the emergence of cervical cancer.*