

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Überblick

Seit den frühen neunziger Jahren findet die Bedeutung von **chronischen (nicht übertragbaren) Krankheiten** auf die globale Gesundheit vermehrte Aufmerksamkeit. **Weltweit** gelten Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Krebs, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane sowie Diabetes als verantwortlich für eine beeinträchtigte Lebensqualität und reduzierte Lebenserwartung der Menschen, und zwar nicht nur in einkommensstarken Ländern. Ein weiteres Anwachsen des Ausmaßes der chronischen Krankheiten ist absehbar. Vor allem die daraus entstehenden rasant anwachsenden ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Probleme treten dabei immer mehr in den Vordergrund. Hier bedarf es nicht nur eines Umdenkens in der lokalen Gesundheitspolitik, sondern eines grundsätzlichen Wandels in der globalen Gesundheitsstrategie.⁵⁸

Zu den **wichtigsten chronischen Krankheiten in Österreich** zählen vor allem Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane und des Bewegungsapparates, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (insbesondere Diabetes mellitus und Adipositas), psychische und Verhaltensstörungen (wie z. B. Demenz, Depressionen) sowie sonstige Krankheiten, wie etwa die im höheren Alter sehr verbreitete und tabuisierte Inkontinenz.

Über das **Ausmaß der Verbreitung** von chronischen Krankheiten ist wenig bekannt. Zum einen fehlen in Österreich nach wie vor wichtige **Register** wie etwa für Diabetes mellitus (Typ 2), Herzkrankheiten (vor allem Herzinfarkte), oder Osteoporose, womit Aussagen zur Inzidenz dieser Krankheiten entweder nur auf der Krankenhausstatistik (die jedoch eine Fall- und keine Personenstatistik ist und die Fälle nur nach Hauptdiagnosen registriert⁵⁹) oder auf internationalen Schätzungen beruhen (wie z. B. im Fall von Diabetes). Es gibt zwar eine Vielzahl kleinerer Register, doch sind diese maximal auf ein Bundesland, meistens jedoch nur auf ein paar mitwirkende Spitä-

ler oder bestimmte Einrichtungen beschränkt und verfügen somit über keine repräsentative Aussagekraft.

Ein wichtiges Register für das gesamte Bundesgebiet, das vor allem auch eine sehr gute Datenqualität aufweist, ist das österreichische **Krebsregister**⁶⁰. Vielfach muss bei Angaben zur Abschätzung der Verbreitung chronischer Krankheiten auch auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen werden. Diese Statistik wird jedoch nur nach Haupttodesursachen geführt und gibt daher keine Auskunft über die vor allem bei chronischen Krankheiten meist vorherrschende Multimorbidität.⁶¹

Umso bedeutender sind daher Gesundheitsbefragungen, die zumindest einen Einblick in die Prävalenz verschiedenster chronischer Krankheiten in der Bevölkerung gibt.

In der von STATISTIK AUSTRIA durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung gab weit über ein Drittel der über 15-Jährigen (hochgerechnet 2,6 Millionen Personen; in Wien fast 39 Prozent bzw. 550.000 Personen) an, eine oder mehrere chronische Krankheiten oder chronische Gesundheitsprobleme zu haben, wobei eine eindeutige Zunahme in der Krankheitshäufigkeit mit dem Alter erkennbar ist. Frauen sind von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen in allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer.⁶²

Am häufigsten werden dabei **Wirbelsäulenbeschwerden** und **hoher Blutdruck** angeführt: Mehr als 520.000 Wienerinnen und Wiener (37 Prozent der Befragten) geben Wirbelsäulenbeschwerden an, fast 320.000 (22 Prozent) Bluthochdruck. Besonders häufig werden auch **Allergien** genannt: Mehr als 410.000 Wienerinnen und Wiener leiden an irgendeiner Form von Allergie (einschließlich allergisches Asthma). Da-

⁵⁸ The World Bank (2007), Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases.

⁵⁹ Siehe Abschnitt 1 – Datenquellen sowie Ausführungen weiter unten.

⁶⁰ Siehe Abschnitt 1 – Datenquellen.

⁶¹ Siehe Abschnitt 1 – Datenquellen sowie Ausführungen weiter unten.

⁶² STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung 2006/07, S. 15 f. sowie Tabelle 2 auf S. 60.

rüber hinaus berichten mehr als 270.000 Befragte von **Migräne und häufigen Kopfschmerzen** sowie rund 210.000 Befragte von **Gelenkerkrankungen** (Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus). Allein in Wien leben demnach rund 110.000 Menschen mit **Diabetes** (fast 8 Prozent der Bevölkerung); die entsprechende Zahl für Österreich beträgt rund 400.000 Menschen bzw. 6 Prozent der Befragten. Häufig genannte Krankheiten sind weiters **chronische Angstzustände und Depression** (über 150.000 Personen in Wien), **Grauer Star** (über 100.000 Personen), **Tinnitus** (70.000 Personen), **Osteoporose** (88.000 Personen, v. a. Frauen), **Harninkontinenz** (mehr als 62.000 Personen, ebenfalls überwiegend Frauen), sowie **chronische Bronchitis und Emphysem** (67.000 Personen). Fast 110.000 Menschen geben ein **Magen- und Darmgeschwür** an. Vor allem bei den stark altersbedingten Krankheiten überwiegen die Frauen deutlich.⁶³

Mehr als 560.000 Wienerinnen und Wiener berichten von erheblichen **Schmerzen** in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, wobei insgesamt Rückenschmerzen (Lendenwirbelsäule), Knie, Schultern, Nacken und Rücken (Brustwirbelsäule) genannt werden. Aber auch Füße und Zehen, Kopf und Hüften werden als häufige „Schmerzorte“ genannt.⁶⁴

Laut Krebsregister erkranken in Wien jedes Jahr rund 7.000 bis 7.500 Menschen neu an Krebs (**Krebsinzidenz**), wobei Darmkrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs und Brustkrebs zu den häufigsten Lokalisationen zählen. Bemerkenswert ist vor allem die Zunahme von Lungenkrebs bei Frauen, was vor allem auf den Anstieg der Raucherinnenprävalenz in der weiblichen Bevölkerung seit den 1970er Jahren, zum Teil aber auch auf die Auswirkungen des Passivrauchens zurückzuführen ist.⁶⁵

Von den im Jahr 2009 in Österreich insgesamt 30.000 registrierten Neuzugängen an **Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit** waren 32 Prozent auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, 34 Prozent auf psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des

Nervensystems, 11 Prozent auf Herz-Kreislaufkrankungen, und 9 Prozent auf Krebserkrankungen zurückzuführen.

Die **Diagnosestatistik der Krankenanstalten** gibt zwar keine Auskunft über die Prävalenz bestimmter Krankheiten, doch kann sie Anhaltspunkte für tendenzielle Verschiebungen liefern. So zeigt sich etwa in den letzten fünf Jahren eine Zunahme der (Haupt-)Diagnosen bei therapieintensiven Neubildungen, bei Krankheiten des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems sowie des Muskel-Skelettsystems, seit 2003 auch bei Verletzungen und Vergiftungen. Im Psychatriebereich ist die Interpretation einer Zeitreihe weiters erschwert durch verschiedene Abrechnungsmodelle.⁶⁶

Anhand der **Mortalitätsstatistik** lässt sich deutlich erkennen, dass Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebserkrankungen nach wie vor und mit großem Abstand die Haupttodesursachen der österreichischen und auch der Wiener Bevölkerung darstellen, wenngleich im Laufe der letzten 25 Jahre starke Rückgänge in der Sterblichkeit bei diesen Krankheitsgruppen zu verzeichnen sind. Darüber hinaus ist auch zu bedenken, dass Herz-Kreislaufkrankungen die Haupttodesursache in den höheren Altersgruppen bilden und somit auch unter dem Aspekt der Lebenserwartung zu interpretieren sind. Bei den Jüngeren dominieren ganz deutlich Krebserkrankungen sowie, insbesondere bei den jungen Männern, Verletzungen und Vergiftungen.

Im Zeitverlauf lässt sich erkennen, dass sich bei den Herz-Kreislaufkrankungen, den Krebserkrankungen, und den Krankheiten der Verdauungsorgane bei beiden Geschlechtern starke Rückgänge verzeichnen lassen, während seit etwa 2001 eine Zunahme der sonstigen Krankheiten registriert wird. Darunter fallen vor allem: infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten des Blutes, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane. Auffallend ist jedoch der bei Frauen etwas stärkere

⁶³ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung 2006/07, Tabelle 4, S. 62–63.

⁶⁴ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung 2006/07, Tabelle 23 und 24, S. 100–103.

⁶⁵ BACHINGER (2006); STATISTIK AUSTRIA (2002), Rauchgewohnheiten; DKFZ (2005); und andere Quellen.

⁶⁶ Grundsätzlich Abrechnung nach dem Episodenmodell, mit Ausnahme des Jahres 2002 (tagesklinischer Betrieb). Dies führte in der Statistik zu einem scheinbaren Anstieg der Patientinnen und Patienten.

und bei Männern abgeschwächtere Anstieg bei den Krankheiten der Atmungsorgane seit Ende der 1990er Jahre.

Eine Möglichkeit der Abschätzung der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung des Krankheitsgeschehens bzw. der am meisten verbreiteten Todesursachen ist die Berechnung der **vorzeitigen Sterblichkeit** (d. h. vor Erreichen des 70. Lebensjahres) und damit der potenziell verlorenen Lebensjahre heranzuziehen. Demnach gingen laut OECD im Jahr 2008 österreichweit 3.019 potenzielle Lebensjahre pro 100.000 Bevölkerung verloren, wobei die Raten der Männer nahezu doppelt so hoch

sind, wie jene der Frauen. Im Vergleich zu 1970 ist die vorzeitige Mortalität in allen OECD-Ländern um mehr als die Hälfte gesunken. Die meisten Lebensjahre gehen aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen verloren.^{67 68}

In den folgenden Kapiteln wird auf die wichtigsten und meistverbreiteten Krankheiten, die Einflussfaktoren zur Entstehung dieser Krankheiten, die Verteilung der Krankheiten nach Alter und Geschlecht sowie auf Public Health-Interventionen ausführlich eingegangen.

⁶⁷ OECD Health Data (2010): Frauen: 2.050; Männer: 3.992 (Zugangsberechtigung erforderlich).

⁶⁸ BACHINGER (2007), in: HVB (Hrsg.) Gesundheitsbericht 2005 der österreichischen Sozialversicherungsträger, S. 40–42.

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

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer zu erwartenden Zunahme der Fälle chronischer Herzkrankheiten sowie der absehbaren Beanspruchung vermehrter Ressourcen müssen insbesondere die präventiven Bemühungen im Bereich der **Primär- und Sekundärprävention** verstärkt werden. Die konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen zur Senkung der Krankheitslast durch koronare Herzkrankheiten sowie die Schaffung und Unterstützung von **compliance-fördernden Maßnahmen** bieten ein enormes Einsparungspotenzial an jährlichen Gesundheitsausgaben.

*A major **risk factor** for cardiovascular diseases – in addition to genetic and unmodifiable risk factors such as age, heredity and sex – is the **lifestyle** in the industrialised countries, particularly smoking, excessive alcohol consumption and an unbalanced diet, leading to hypertension (responsible for coronary heart disease and stroke), high cholesterol, diabetes and overweight. Psychosocial factors and a sedentary lifestyle are further risk factors.*

*Considering the demographic development and the expected increase in the prevalence of chronic heart diseases as well as the growing use of health care resources, **primary and secondary prevention** efforts must be reinforced. The consistent implementation of prevention measures aimed at reducing the burden of disease from coronary heart disease and the creation and support of **compliance enhancing measures** offer enormous potential for savings in the annual public health costs.*

4.2.1 Epidemiologie

Herz-Kreislaferkrankungen sind Krankheiten, die hauptsächlich das Herz, die Herzkranzgefäße (Koronargefäße) und die Gefäße (Arterien und Venen) betreffen. Die am häufigsten vorkommenden Krankheitsgruppen innerhalb der Herz-Kreislaferkrankungen sind **ischämische Herzkrankheiten** (auch koronare Herzkrankheiten genannt) und **Hirngefäßkrankheiten**, die vorwiegend Folgen von Arteriosklerose und Hypertonie sind. Ischämische Herzkrankheiten können bei einem plötzlichen Verlust der Sauerstoffversorgung der Herzmuskelzellen zu einem Herzinfarkt führen. Die am häufigsten auftretende

Hirngefäßkrankheit ist der Schlaganfall. Auch hier liegt die Ursache in der Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung, welche zu einer Schädigung des Gewebes führt.⁶⁹

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zählen heute zu den wichtigsten chronischen Krankheiten und stellen auch mit Abstand die häufigsten Todesursachen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung dar. Betroffen sind davon vor allem ältere Menschen, und hierbei, aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Lebenserwartung, vor allem Frauen.⁷⁰ Im Einzelnen werden unter dieser Gesamtkategorie folgende Krankheiten subsummiert (nach ICD-10):

⁶⁹ LEITNER (2007), Epidemiologische Trends bei den Herz-Kreislaferkrankungen, S. 897.

⁷⁰ Vgl. auch Stadt Wien (2006), Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, S. 135–143.

- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>
- Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung <I10, I12, I15>
- Bluthochdruck mit Herzkrankheit <I11>
- Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit <I13>
- Ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>
 - darunter akuter Myokardinfarkt <I21–I22>
- Andere Herzkrankheiten <I30–I33, I39–I52>
- Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall, etc.) <I60–I69>

Bluthochdruck ist in der österreichischen und Wiener Bevölkerung sehr verbreitet. Unbehandelt kann Bluthochdruck zu Folgeschäden wie Herzinfarkt und Schlaganfall mit oftmals tödlichem Ausgang führen. Weiters begünstigt Bluthochdruck Gefäßveränderungen an den Augen und an den Nieren. Zu den Hauptrisikofaktoren zählen in erster Linie genetische Prädisposition, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung, Rauchen und Stress.⁷¹

Datenquellen

Da es in Österreich keine statistische Aufzeichnung zur Inzidenz von Herz-Kreislaferkrankungen gibt (keine Meldepflicht), können zur Abschätzung der Verbreitung und des Ausmaßes von Herz-Kreislaferkrankungen in der Bevölkerung nur verschiedene Gesundheitsbefragungen sowie die Diagnosen aus der Spitalsentlassungsstatistik herangezogen werden.

Bei den Ergebnissen aus **Gesundheitsbefragungen** ist zu bedenken, dass es sich hier zum einen um Eigenangaben der Befragten handelt, zum anderen die Erhebungen in der Vergangenheit häufig nur auf die Bevölkerung in Privathaushalten (also ohne Heime für ältere Menschen, Krankenanstalten und Pflegeheime) gerichtet waren. Der insbesondere in dieser Krankheitsgruppe hohe Anteil von Betroffenen im fortgeschrittenen Alter, vor allem wenn bereits hospitalisiert oder in einem Pflegeheim, wurde daher nicht erfasst. Die aktuelle österreichische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/07 inkludiert jedoch auch die Anstaltsbevölkerung.

Die Interpretation der **Spitalsentlassungsstatistik** ist hingegen vor allem dadurch eingeschränkt, dass es sich zum einen um eine fall- und keine personenbezogene Statistik handelt, zum anderen nur die Hauptdiagnosen ausgewertet werden.⁷² Somit sind keine Angaben zur Prävalenz in der Bevölkerung möglich.⁷³

Die Bedeutung der Verbreitung von Herz-Kreislaferkrankungen wird unter anderem auch in den **Krankenständen** und den **Pensionen** der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit ersichtlich.

Eine andere Quelle zur Abschätzung des Krankheitsgeschehens ist die **Todesursachenstatistik**. Diese erfasst jedoch nur die Haupttodesursachen⁷⁴. Die Auswirkungen von Multimorbidität als auch das Ausmaß des Einflusses von Lebensstilfaktoren werden hier nicht ersichtlich.⁷⁵

⁷¹ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung, S. 19.

⁷² Grundsätzlich sind zwar die Nebendiagnosen auch über das DIAG Extranet (Dokumentations- und Informationssystem des BMGF) abrufbar (nur für Fonds-Krankenanstalten), doch wird die Dokumentationsqualität als eher eingeschränkt beurteilt.

⁷³ Zu den Einschränkungen der Aussagekraft der verschiedenen Datenquellen siehe Abschnitt 1 – Datenquellen und Aussagekraft.

⁷⁴ Das heißt, das Grundleiden, also die zugrunde liegende Todesursache, wird aus den ärztlichen Angaben auf dem Formblatt ermittelt und durch ein geschultes Team kodiert. – LEITNER (2007): Epidemiologische Trends bei den Herz-Kreislaferkrankungen S. 896.

⁷⁵ LEITNER (2007): Epidemiologische Trends bei den Herz-Kreislaferkrankungen, S. 896 f.

Verbreitung

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (Befragungszeitraum 1999–2001) berichten 6,7 Prozent der männlichen und 5,8 Prozent der weiblichen Wiener Wohnbevölkerung ab 16 Jahren über **chronische Krankheiten des Kreislaufsystems**.⁷⁶ Die im Jahr 2008 durchgeführten Lebensqualitätsstudien zeigen, dass 19 Prozent (Frauen 20 Prozent; Männer 18 Prozent) der Befragten, eigenen Angaben zufolge, **erhöhten Blutdruck** haben, und 10 Prozent (Frauen 11 Prozent; Männer 9 Prozent) an einer **Herz-Kreislaufkrankung** leiden.⁷⁷

Die weite Verbreitung von Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere **Bluthochdruck**, bestätigt sich auch in der österreichischen Gesundheitsbefragung.⁷⁸ So berichtet etwa jede fünfte Person (Wien 22 Prozent; Österreich 21 Prozent) ab 15 Jahren, jemals einen erhöhten Blutdruck gehabt zu haben. Frauen sind davon etwas häufiger als Männer betroffen (Österreich: Frauen 23 Prozent, Männer 20 Prozent). Neun von zehn Betroffenen hatten auch in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem. In rund 98 Prozent der Fälle wurde die Diagnose von einer Ärztin bzw. einem Arzt gestellt. Mit dem Alter steigt die Prävalenz deutlich.

94 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher mit Bluthochdruck (in den letzten zwölf Monaten) nehmen Medikamente oder werden deswegen behandelt. Jedoch berichten immerhin auch 36 Prozent der „beschwerdefreien“ Personen über eine Medikamenteneinnahme bzw. ärztliche Betreuung.⁷⁹

Rund zwei Prozent der Befragten (Wien 2,5 Prozent; Österreich 2,1 Prozent) haben in ihrem Leben schon einmal einen **Herzinfarkt** erlitten. Bei etwa jeder vierten betroffenen Person (Wien 28 Prozent, Österreich 23 Prozent) war dies auch innerhalb der letzten zwölf Monate der Fall.

Während mehr Männer als Frauen berichten, jemals einen Herzinfarkt erlitten zu haben (Österreich: Männer 2,9 Prozent, Frauen 1,5 Prozent), scheinen Frauen davon etwas stärker in der jüngeren Vergangenheit betroffen zu sein. Jede vierte Frau (26 Prozent der Betroffenen) im Vergleich zu jedem fünften Mann (21 Prozent) erlitt den Herzinfarkt innerhalb der letzten zwölf Monate.⁸⁰

Ebenfalls rund zwei Prozent der Befragten (Wien 2,1 Prozent, Österreich 2,2 Prozent) hatten schon einmal einen **Schlaganfall** oder eine **Gehirnblutung**. Frauen und Männer sind davon in gleichem Ausmaß betroffen. Bei 40,5 Prozent der betroffenen Wienerinnen und Wiener bzw. 37 Prozent der betroffenen Österreicherinnen und Österreicher (Frauen 38 Prozent, Männer 35 Prozent) fand dieses Ereignis innerhalb der letzten zwölf Monate statt.⁸¹

Die genannten Gesundheitsprobleme waren durchwegs zu 95 bis 100 Prozent durch ärztliche Diagnose bestätigt.

Zur detaillierteren altersmäßigen Verteilung der Nennungen in Wien muss auf frühere Befragungen verwiesen werden.^{82 83} Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich diese Befragungen nur an Personen in Privathaushalten richteten und keine Anstaltsbevölkerung inkludierten. Somit sind die Werte bedeutend geringer.

⁷⁶ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, mit Tabellenband (intern).

⁷⁷ IFES (2009), Wiener Lebensqualitätsstudien: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien 2008.

⁷⁸ Eine detailliertere Auswertung nach Geschlecht und Alter liegt zum Zeitpunkt der Berichterlegung nur auf Bundesebene vor. Es können daher noch keine geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Aussagen für Wien gemacht werden.

⁷⁹ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung, S. 19 sowie Tabelle 4 und 11.

⁸⁰ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung, Tabelle 4 und 12.

⁸¹ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung, Tabelle 4 und 13.

⁸² Vgl. Stadt Wien (2005), Gesundheitsbericht 2004, S. 116–117; Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 105 ff.; Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, S. 204–205; Stadt Wien (2002), Mikrozensus Wien, S. 106–107;

⁸³ Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Verbreitung der Sterblichkeit von Herz-Kreislaufkrankungen siehe auch Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004), Frauengesundheitsbericht für die Steiermark, S. 25 f. und 34 f.; Stadt Wien (2006), Wiener Frauengesundheitsbericht, S. 135 ff.; BMGF (2005), Österreichischer Frauengesundheitsbericht.

Ausmaß und sozioökonomische Bedeutung

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems binden auch einen erheblichen Teil der **stationären Leistungen**. Im Jahr 2007 waren Wienerinnen und Wiener 66.596 Mal aufgrund einer Herz-Kreislaferkrankung in stationärer Behandlung. Der Anteil von Fällen ist beim männlichen Geschlecht etwas höher (52 Prozent). In 61 Prozent der Fälle handelte es sich um Personen, die 65 Jahre und älter waren. Bei den Frauen betrug der Anteil dieser Altersgruppe sogar 68 Prozent (Männer: 53 Prozent).⁸⁴

Insgesamt wird in der Spitalsstatistik der Alterseffekt besonders deutlich: Bereits ab etwa 45 Jahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Aufnahmen (vor allem bei Männern), bei den über 65-Jährigen überwiegen jedoch eindeutig die Frauen.⁸⁵

Die *folgende Tabelle* zeigt die wichtigsten Untergruppen der Hauptdiagnosen bei Entlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten im Jahr 2007, aufgeschlüsselt nach Geschlecht.

Tabelle 4.1: Ausgewählte Hauptdiagnosen bei Entlassung aus Wiener Akutkrankenanstalten, Verteilung nach Geschlecht, 2007

ICD-10 Code	Hauptdiagnose	Anteil der Diagnosefälle					
		insgesamt		Frauen		Männer	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
I00–I99	Kh. des Kreislaufsystems insgesamt	66.596	100	32.094	48,2	34.502	51,8
darunter I10–I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	6.555	100	4.311	65,8	2.244	34,2
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	14.743	100	5.197	35,3	9.546	64,7
darunter I20	Angina pectoris	2.769	100	1.135	41,0	1.634	59,0
I21	Akuter Myokardinfarkt	2.830	100	1.093	38,6	1.737	61,4
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	9.204	100	4.552	49,5	4.652	50,5
darunter I60–I64	Schlaganfall, Hirninfarkt, Gehirnblutung	4.532	100	2.370	52,3	2.163	47,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008; Sonderauswertung.

Bei den **Krankenständen** fallen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Betroffenen weniger ins Gewicht. Dennoch sind unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse jedes Jahr rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle auf Herz- und Gefäßerkrankungen zurückzuführen. Insgesamt wurden 2009 rund 17.300 Krankenstandsfälle (davon entfielen 56 Prozent auf Frauen) aufgrund von Herz- und Gefäßerkrankungen verbucht.⁸⁶

In **Österreich** waren im Jahr 2009 rund 11 Prozent der Neuzugänge an **Pensionen** (einschließlich vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Insgesamt handelte es sich dabei um rund 3.400 Neuzugänge, wobei Männer mit 81 Prozent klar dominieren.⁸⁷

⁸⁴ Siehe Kapitel 4.7 Stationäre Aufenthalte, Tabelle 4.30 zu den Entlassungsdiagnosen der Wiener Wohnbevölkerung.

⁸⁵ Siehe Kapitel 4.7 Stationäre Aufenthalte, Tabelle 4.30 zu den Entlassungsdiagnosen der Wiener Wohnbevölkerung.

⁸⁶ Siehe Kapitel 4.6 Krankenstände.

⁸⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik 2009. Siehe auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 106.

Risikofaktoren

Als wesentlicher Risikofaktor für Herz-Kreislaferkrankungen gilt, neben genetischen und so genannten „unabänderlichen“ Risikofaktoren wie Alter, familiäre Belastung und Geschlecht, der **Lebensstil** in fortgeschrittenen Industriegesellschaften, darunter vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck (für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle), erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht (insgesamt also Ernährung). Auch psychosoziale Belastungen und körperliche Inaktivität gelten als Risikofaktoren. Eine detailliertere Darstellung der genannten Risikofaktoren und primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen findet sich im zweiten Teil dieses Kapitels.⁸⁸

Mortalität

Das Ausmaß der einzelnen Herz-Kreislaferkrankungen in der Bevölkerung wird vor allem auch in der Todesursachenstatistik deutlich ersichtlich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Statistik nur jene Fälle erfasst, bei denen diese Krankheit die **Haupttodesursache** bildet. Aufgrund der Multimorbidität (insbesondere bei Herz-Kreislaferkrankungen) sowie des Überwiegens dieser Todesursache bei

älteren Menschen kann diese Statistik daher kein realistisches Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens wiedergeben. Vor allem werden dadurch auch die Auswirkungen der oben genannten Lebensstilfaktoren unterschätzt.

Laut Todesursachenstatistik sind unter den Herz-Kreislaferkrankungen – sowohl zahlenmäßig als auch hinsichtlich der für die Betroffenen erwachsenen Folgen – vor allem die **ischämischen Herzkrankheiten** (darunter insbesondere der akute Myokardinfarkt) sowie **zerebrovaskuläre Erkrankungen** (vor allem Schlaganfall) von Bedeutung.

Im Jahr 2008 verstarben etwa 7.000 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislaferkrankung. Dies entspricht fast der Hälfte (45 Prozent) aller Todesfälle (Männer 38 Prozent; Frauen 62 Prozent). Den Hauptanteil bilden dabei die ischämischen Herzkrankheiten mit 50 Prozent aller Herz-Kreislaferkrankungen.

Die genauere Verteilung der einzelnen Krankheiten findet sich in *Tabelle 4.2*. Die *Grafik 4.1* veranschaulicht diese Verteilung, getrennt nach Geschlecht, auch optisch.

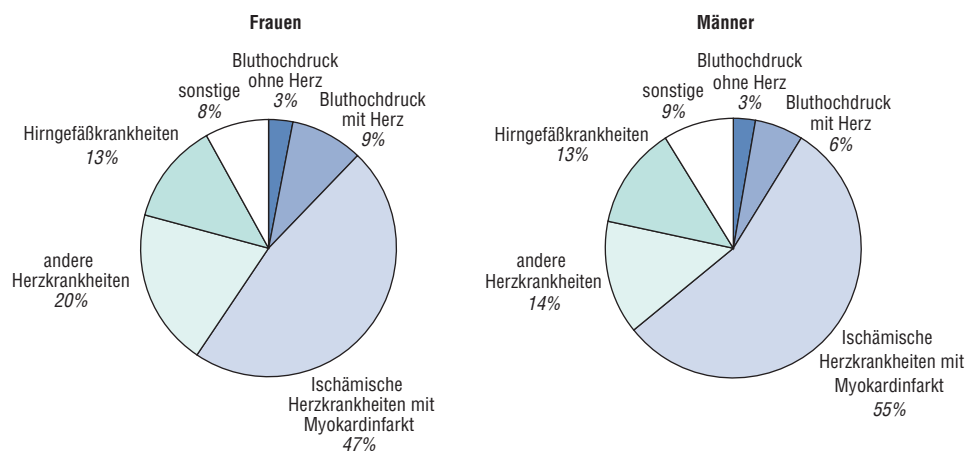
Tabelle 4.2: Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems als Haupttodesursache, Wien 2008

ICD-10 Code	Haupttodesursache	Anteile					
		insgesamt		Frauen		Männer	
		abs.	ASR*	abs.	ASR*	abs.	ASR*
I10, I12, I15	Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung	207	4,7	132	4	75	5,7
I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	561	12	399	11,4	162	12,1
I13	Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit	29	0,5	17	0,4	12	0,8
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	3.507	81	2.026	60,4	1.481	112,1
I30–I33, I39–I52	andere Herzkrankheiten	1.241	26,1	856	24,1	385	28,5
I60–I69	Hirngefäßkrankheiten	878	21,8	542	19,1	336	25,8
	sonstige	593	14,9	352	12	241	19,0
I00–I99	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems insgesamt	7.016	161	4.324	131,7	2.692	204

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Todesursachenstatistik.

⁸⁸ Siehe auch Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 108 und 116.

Grafik 4.1: Herz-Kreislaufmortalität in Wien 2008, nach Geschlecht

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Interessant ist die Analyse nach **saisonalen Übersterblichkeit** und Todesursachen. Hier zeigt sich während der **Wintermonate** eine deutliche Übersterblichkeit insbesondere von Krankheiten des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane. Besonders auffallend sind die saisonalen Unterschiede in den Gruppen der Ischämischen Herzkrankheiten, Hirngefäßkrankheiten und Pneumonien (Lungenentzündung). Laut einer Analyse von STATISTIK AUSTRIA stellten im Winter 2004/05 österreichweit die Herz-Kreislaferkrankungen mit rund 51 Prozent die häufigste Todesursachengruppe bei den zusätzlich während des Winters Gestorbenen dar. Jeweils ein Viertel der Übersterblichkeit ging dabei auf ischämische Herzkrankheiten (24 Prozent) und Hirngefäßkrankheiten (23 Prozent) zurück.⁸⁹

Im **zeitlichen Verlauf** zeigt die Herz-Kreislaufmortalität eine erfreuliche Entwicklung. Dennoch, trotz des deutlichen Sinkens der Herz-Kreislaufmortalitätsraten in den vergangenen Jahrzehnten (und ihres Hauptbeitrages zum Rückgang der Gesamtsterblichkeit⁹⁰), verursacht diese Krankheitsgruppe nach wie vor die meisten Sterbefälle (*siehe Grafik 4.1*).

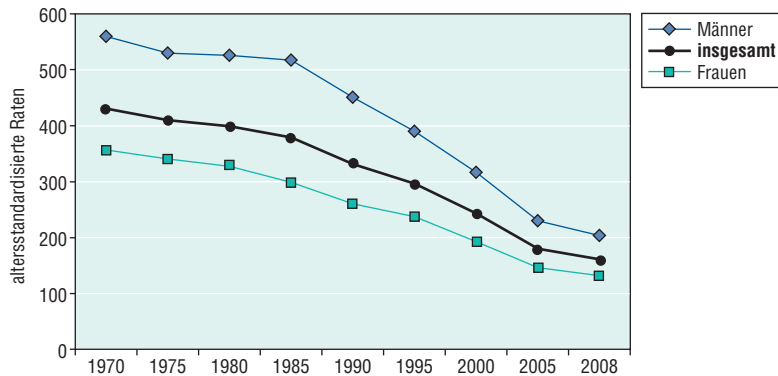
Die Entwicklung der relativen Herz-Kreislaufmortalität in den letzten Jahrzehnten zeigt vor allem seit etwa 1984 einen abfallenden Verlauf. Im Vergleich zu 1985 hat sich die Sterblichkeit bis zum Jahr 2004 sowohl in Wien als auch in Österreich bei beiden Geschlechtern mehr als halbiert.⁹¹ Seit 2004 sind nur mehr geringfügige Rückgänge zu verzeichnen. Dennoch ist die altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität bei Männern etwa eineinhalb Mal so hoch wie bei Frauen, in Wien 1,6-mal bzw. Österreich 1,5-mal (*siehe Grafik 4.2*).

⁸⁹ LEITNER (2007): Grippe und Wintersterblichkeit. Saisonale Übersterblichkeit und Todesursachen.

⁹⁰ Vgl. auch Kap. 3.2.4 Sterblichkeit im zeitlichen Vergleich, Grafik 3.8 sowie Grafik 3.9.

⁹¹ Entwicklung Herz-Kreislaufmortalität 1985–2004: Wiener Frauen –51 Prozent, Wiener Männer –55 Prozent; österreichische Frauen –51 Prozent, österreichische Männer –53 Prozent.

Grafik 4.2: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien, 1970–2008, nach Geschlecht (ASR*)



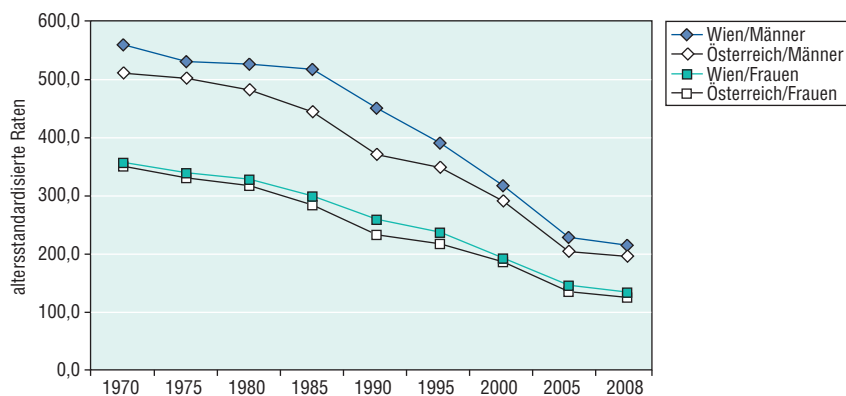
* Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Grafik 4.3 zeigt die Entwicklung in Wien im Vergleich zu Gesamtösterreich seit 1970. Wie ersichtlich, liegen zwar die Wiener Raten noch immer et-

was über den österreichischen, doch hat sich der Abstand vor allem im letzten Jahrzehnt deutlich verringert.

Grafik 4.3: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und in Österreich seit 1970, nach Geschlecht (ASR*)



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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

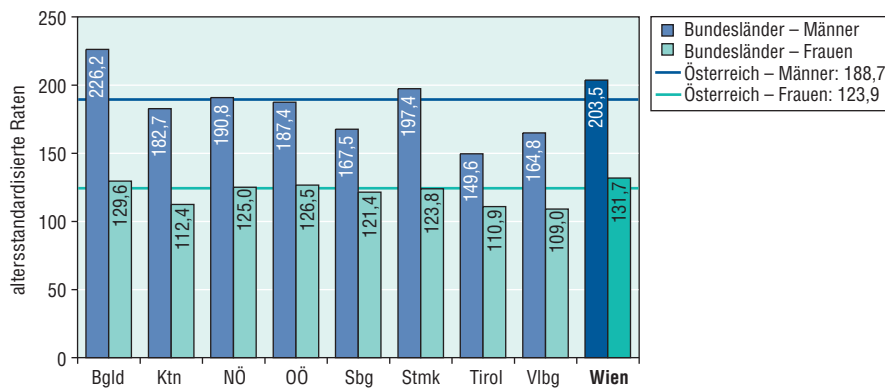
Auch im **Bundesländervergleich** zeigt sich, dass in Wien bei beiden Geschlechtern die Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen höher ist als in den anderen Bundesländern und im gesamten Bundesgebiet. Die standardisierte Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen lag im Jahr 2008 in Wien bei Män-

nern um 8 Prozent, bei Frauen um 6 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt.⁹²

Wie in den vergangenen Jahren weisen die Bundesländer Tirol und Vorarlberg bei beiden Geschlechtern die niedrigste Herz-Kreislaufmortalität auf.

⁹² Im Vergleich mit den anderen Ländern der Europäischen Union liegt Österreich hinsichtlich der Mortalität an Herz-Kreislauferkrankungen bei beiden Geschlechtern eher im oberen Bereich. Vgl. dazu Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich, S. 34.

Grafik 4.4: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10 <I00–I99>) in Wien und anderen Bundesländern, nach Geschlecht, 2008 (ASR*)



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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Zur **Verbreitung** von Herz-Kreislaufkrankheiten, zu **Risikofaktoren, Prävention und Rehabilitation**, zu **regionalen Vergleichen**, sowie zur genaueren Analyse der **Herz-Kreislaufmortalität** siehe auch weitere Publikationen der Stadt Wien, insbe-

sondere der Bericht zu chronischen Krankheiten⁹³, zu Lebenserwartung und Mortalität⁹⁴, zu Ergebnissen des Mikrozensus 1999⁹⁵ sowie zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey⁹⁶.

⁹³ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 105–121.

⁹⁴ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 128–133, 170–171, 205–209.

⁹⁵ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien.

⁹⁶ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

4.2.2 Prävention – Potenzial der Zukunft

Univ.Prof. Dr. Manfred ZEHETGRUBER, MSc

Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Abteilung für Kardiologie

Präambel

Spitzenmedizin ist eine wesentliche Voraussetzung für die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen, reicht aber alleine dafür keineswegs aus. Um die Versorgung weiter zu verbessern muss noch mehr Augenmerk als bisher auf effektive sekundärpräventive Maßnahmen gerichtet werden.

Optimierungspotenzial: Spitzenmedizin vs. Non-Compliance⁹⁷

Das Optimierungspotenzial im Bereich spitzenmedizinischer Leistungen erscheint zunehmend ausgereizt – Morbiditäts- und Mortalitätsverbesserungen sind trotz enormem Aufwand an Ressourcen kaum mehr möglich. So liegen die möglichen Outcome-Verbesserungen diverser Neuentwicklungen auf dem medikamentösen Sektor (z. B. Thrombozytenaggregationshemmer) wie auch im Bereich der Medizinprodukte (z. B. Drug eluting Stents) im Bereich von wenigen Absolutprozenten.

Im Gegensatz dazu stellen Non-Complianceraten von 40 Prozent ein enormes Optimierungspotenzial hinsichtlich einer besseren medikamentösen Adherence⁹⁸ und eines gesundheitsfördernden Lebensstils dar. Die Notwendigkeit und Wirksamkeit eines gezielten Aufklärungs- und somit Compliance-Managements für stationäre Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen ist unbestritten. Entsprechende Maßnahmen und Lösungsansätze werden aber im stationären Setting kaum wahrgenommen.

Epidemiologischer Ausblick

Jede zweite Wienerin und jeder zweite Wiener stirbt an einer Herz-Kreislauferkrankung und knapp die Hälfte aller Wiener Spitalsaufnahmen hat als Hauptdiagnose eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems.

Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen ist bei Frauen und Männern in Wien signifikant höher als in den anderen Bundesländern. Der Mortalitätsrückgang der letzten Jahrzehnte ist bei den Frauen weniger stark ausgeprägt und scheint seit einigen Jahren zu stagnieren.

Trotz des Rückgangs von Herz-Kreislauf-Sterbefällen wird infolge der demographischen Entwicklung die **Zahl der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen** in den nächsten 20 Jahren weiter **zunehmen**. Während 1996 weltweit 15 Millionen Menschen an einer Herz-Kreislauferkrankung verstarben, schätzt die WHO für 2020 einen Anstieg auf 25 Millionen. Dieser Anstieg an Herz-Kreislaufsterbefällen wird auch in Wien zum Tragen kommen und dementsprechend einen erhöhten Betreuungs- und Rehabilitationsaufwand nach sich ziehen.

Diagnostik und Therapie

Positiv hervorzuheben ist in Wien das im stationären Bereich hohe Niveau der medizinischen Betreuung. Nahezu alle Therapieformen können den Patientinnen und Patienten auf letztem wissenschaftlichen Stand angeboten werden. Dies zeigt sich etwa am Aufbau des **Wiener Netzwerkes zur Versorgung des akuten Myokardinfarktes**: Die akute Koronarintervention mittels Herzkatheter rettet Leben – und wird allen Wienerinnen und Wienern rund um die Uhr angeboten!

Es ist davon auszugehen, dass diagnostische und therapeutische kardiologische Interventionen in der Bevölkerung wie auch bei einzelnen Patientinnen und Patienten in den nächsten Jahren weiter zunehmen werden (**Interventionsspirale**).

Groß angelegte Studien zeigen jedoch, dass einseitig auf technische Interventionen gestützte Strategien – im Gegensatz zu den lebensrettenden Akuteingriffen – für den chronischen Krankheitsverlauf der korona-

⁹⁷ Zum Begriff Compliance siehe Glossar am Ende des Berichts.

⁹⁸ Zum Begriff Adherence siehe Glossar am Ende des Berichts.

ren Herzkrankheit (KHK)⁹⁹ ungeeignet sind. Dadurch kann die KHK-bedingte Morbiditäts- und Mortalitätslast nicht gesenkt werden. Lösungsansätze zur Reduktion der koronaren Herzkrankheit dürfen daher nicht in erster Linie auf der Ausweitung symptombezogener diagnostischer und therapeutischer Interventionen basieren. Vielmehr ist eine **verstärkte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf Prävention und Gesundheitsförderung** geboten. Derzeit muss jedoch noch von einem **Missverhältnis zwischen Kuration und Prävention** ausgegangen werden.

Derzeit fristet die (Sekundär-)Prävention gerade im intramuralen Bereich noch ein Schattendasein, wodurch gewaltiges Potenzial weitgehend brachliegt:

1. 35 bis 40 Prozent aller verordneten Medikamente werden nicht eingenommen.
2. Lebensstiländerungen werden kaum umgesetzt.
3. Dies, obwohl compliancefördernde Maßnahmen die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität um 30 bis 50 Prozent senken können.

Patientinnen und Patienten abholen, wo sie stehen

Ein entscheidender Grund für Non-Compliance ist die zu fachliche Kommunikation durch die Ärztin bzw. den Arzt. Eigenen Angaben zufolge versteht fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht, was ihnen die Ärztin bzw. der Arzt erklärt. Testuntersuchungen sprechen jedoch dafür, dass der Anteil der nicht verstandenen Information mit etwa 70 Prozent noch deutlich höher liegt, weil viele Patientinnen und Patienten glauben, eine Empfehlung verstanden zu haben, obwohl dies tatsächlich nicht der Fall ist.

Ärztinnen und Ärzte müssen heute in weiten Bereichen **gesundheitsedukatorische Aufgaben** erfüllen, die ohne die **Fähigkeit zu motivieren** nicht zu lösen sind. Sie müssen es verstehen, ihre Patientinnen und

Patienten zu bewegen, über lange Zeit bestimmte Medikamente einzunehmen, eine Diät einzuhalten, Lebensgewohnheiten zu ändern, sich körperlich zu betätigen usw. Die Erfahrung zeigt, dass Motivation eine Kunst ist, die wenige beherrschen. Aufgrund der meist zahlreichen Risikofaktoren und der Vielzahl möglicher Therapieansätze ist es für niedergelassene sowie für Spitalsärztinnen und -ärzte unmöglich, die einzelnen Patientinnen und Patienten umfassend aufzuklären, um deren Compliance spürbar zu erhöhen. Studien zufolge müsste mit einem Zeitaufwand von 1,5 Stunden pro Patientin bzw. Patient gerechnet werden. Diesem Zeitbedarf stehen immer kürzere Spitalsaufenthalte und eine durchschnittliche Visitedauer von nur drei bis vier Minuten pro Patientin bzw. Patient gegenüber.¹⁰⁰ Fazit: Die Fähigkeit der Ärztinnen und Ärzte zu motivieren ist gefragt: Nur durch die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten wird eine angebotene Therapie wirklich effektiv.

Kostenfalle Non-Compliance

Geschätzte 10 Prozent aller Spitalsaufnahmen sind durch Non-Compliance verursacht. Rund **13 Prozent aller Krankheitskosten** entstehen alleine **durch Non-Compliance**. Die finanzielle Belastung durch Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme ist etwa doppelt so hoch wie die Kosten, die den Gesundheitssystemen durch Rauchen entstehen.¹⁰¹ Der volkswirtschaftliche Schaden durch Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme beträgt in Österreich jährlich mehrere 100 Mio. bis zu 1 Milliarde Euro.¹⁰²

Um auf lange Sicht Kosten in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen einsparen zu können, wird es unumgänglich sein, primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu verbessern. Die konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen mit einer möglichen Senkung der KHK-Krankheitslast um 20 bis 30 Prozent bietet ein enormes Einsparungspotenzial.¹⁰³

⁹⁹ Koronare Herzkrankheiten (KHK) oder ischämische Herzkrankheiten: Erkrankung der den Herzmuskel versorgenden Herzkranzgefäße, verursacht durch eine verminderte Blutversorgung des Herzens über die Koronararterien. Ein plötzlicher Verlust der Sauerstoffversorgung kann ein Absterben der Herzmuskelzellen, also einen Herzinfarkt, bewirken.

¹⁰⁰ ENZENHOFER et al. (2009): Adherence ist das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient; HÄUSER et al. (1999).

¹⁰¹ STEPHENS (2005).

¹⁰² Extrapolierte Daten aus Deutschland – Process Pharma TEC-03-2005, Fraunhofer ISI.

¹⁰³ SCHWARTZ et al. (1999)

Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme

Herz-Kreislaufkrankungen sind zu etwa 90 Prozent die Folge von lebensstilassoziierten Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Ernährung, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes, Stress etc). Bis zu zwei Drittel der Wiener und mehr als die Hälfte der Wienerinnen über 40 Jahre weisen mindestens 22 kardiovaskuläre Risikofaktoren auf und haben entsprechend ein erhöhtes KHK-Risiko.

In der Primär- und Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit besteht somit noch ein erhebliches Potenzial für Verbesserungen. Sowohl Vorbeugung als auch Versorgung dieser Erkrankungen müssen therapeutisch als auch präventiv ausgerichtet sein. In diesem Sinne ist der Aufbau strukturierter Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen zu fordern. Wie in anderen Ländern sollte auch in Österreich ein nationales Präventionsprogramm (Disease-Management-Programm) etabliert werden.

Wie das Präventionspotenzial am effizientesten eingesetzt werden kann, bedarf einer differenzierten Betrachtung. Dabei ist insbesondere das so genannte **Präventions-Paradoxon** zu berücksichtigen: Hochrisikopatientinnen und -patienten profitieren zwar am meisten von Präventionsmaßnahmen (Sekundärprävention) – die meisten Herz-Kreislauffoten sind aber Patientinnen und Patienten mit relativ niedrigem koronarem Risiko (Primärprävention). Daher könnten durch bevölkerungsbezogene Interventionen absolut mehr Erkrankungsfälle verhindert werden als durch reine Hochrisikostراتيجien. Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko (z. B. nach stattgefundenem Myokardinfarkt) profitieren hingegen besonders von sekundärpräventiven Maßnahmen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht geht es daher vor allem darum, im Sinne einer **effizienten Primärprävention** möglichst viele Menschen zu erreichen und entsprechend zu motivieren. Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe zu sehen – vom Eltern-

haus angefangen über Bildungseinrichtungen, Einrichtungen des Sozialwesens, der Gesundheitsfürsorge und der Politik. Besondere Berücksichtigung sollen in diesem Zusammenhang Gruppen mit erhöhtem KHK-Risiko finden. Die Umsetzung präventiver Maßnahmen in der Bevölkerung, z. B. mit einer Senkung des diastolischen Blutdruckes um 5mmHg oder des Cholesterinwertes um 10 Prozent, kann die KHK-bedingte Krankheitslast um 20 bis 30 Prozent reduzieren.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit schwereren Erkrankungen sind besonders wirksame und nachhaltige Strategien zur Krankenbehandlung. Studien zeigen dass durch verbesserte Zuwendung und Aufklärung nicht nur „weiche“ Endpunkte wie Compliance und Patientinnen- und Patientenzufriedenheit gehoben sowie Verunsicherung und Angst reduziert werden, sondern auch „harte“ Endpunkte wie die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Eine Metaanalyse von 37 Studien zeigte, dass die KHK-Mortalität durch Aufklärungsprogramme um 34 Prozent gesenkt werden kann¹⁰⁴. In einer rezenteren Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein **strukturiertes Entlassungsgespräch** mit Schwerpunkt auf der notwendigen Fortführung medikamentöser Maßnahmen die Mortalität von KHK-Patientinnen und -Patienten um 29 Prozent senken konnte¹⁰⁵. Ähnlich erfolgreich war man bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz. Hier konnte die Zahl stationärer Wiederaufnahmen durch ein einstündiges Entlassungsgespräch um 51 Prozent gesenkt werden.¹⁰⁶

Sekundärprävention – die Chance

Die Prognose von Herz-Kreislaufkrankungen hängt stark von den weitergeführten medikamentösen Maßnahmen und Lebensstiländerungen ab. Änderungen des kardiovaskulären Risikoprofils allein durch **Lebensstiländerungen** sind allen modernen medikamentösen Therapien als gleichwertig anzusehen. Berechnungen zeigen etwa, dass allein die Beendigung des Rauchens einen Effekt hat, der der Kombination von Aspirin, Betablocker und Statinen entspricht!

¹⁰⁴ DUSSELDORP et al. (1999).

¹⁰⁵ JACKEVICIUS et al. (2008).

¹⁰⁶ KOELLING et al. (2005).

Aus der EUROASPIRE-III-Studie geht hervor, dass 66 Monate nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines kardialen Ereignisses nur bei einem Fünftel der Patientinnen und Patienten die beeinflussbaren Risikofaktoren im empfohlenen Bereich liegen. Hinsichtlich der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren ist in den letzten Jahren sogar eher eine Verschlechterung eingetreten.

Blutdruck und Cholesterinwerte sind weiterhin bei jeder zweiten Patientin und bei jedem zweiten Patienten erhöht. Dies ist vor allem auf patientinnen- und patientenseitige Faktoren (Non-Compliance) zurück zu führen. Durchschnittliche KHK-Patientinnen und -Patienten nehmen nur 40 Prozent der notwendigen Medikamente ein!

Präventionsprogramme „Herzensbildung“/ „Herz macht Schule“

Ein neuer Weg, Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten besser aufzuklären und somit ihre Compliance zu verbessern, wird seit fünf Jahren im Wiener AKH besprochen. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) hat dieses Programm nun als „Herz macht Schule“ übernommen und es soll in den Standard of Care implementiert werden. Neben dem umfangreichen Patientinnen- und Patientenratgeber „Herzensbildung“, den alle interessierten Patientinnen und Patienten erhalten, wird einmal wöchentlich eine Fortbildung für Patientinnen, Patienten und deren Angehörige angeboten, in der alle wesentlichen Aspekte der Herz-Kreislaufkrankungen samt diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besprochen werden.

Die „Herzensbildung“ wurde im Rahmen einer prospektiven randomisierten Kohortenstudie qualitativ kontrolliert. Hier das überzeugende Ergebnis der Evaluation von Patientinnen- und Patientenwissen/-zufriedenheit/-compliance mittels Fragebögen:

- Zwei Drittel der stationär Aufgenommenen haben den Wunsch nach mehr Information/Aufklärung.¹⁰⁷

- Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund verstehen nur ca. 40 Prozent der Visiteninhalte.¹⁰⁸
- Nur 57 Prozent der Patientinnen und Patienten wissen ausreichend über ihre Medikamente Bescheid.¹⁰⁹
- „Herzensbildung“ führt sowohl kurz- als auch mittelfristig nahezu zu einer Verdoppelung des Patientinnen- und Patientenwissens.¹¹⁰
- „Herzensbildung“ wird von über 90 Prozent der Patientinnen und Patienten positiv angenommen.¹¹¹

„Herzensbildung“ führt nachhaltig zu einem signifikanten **Wissensanstieg**, der die **Grundlage für eine verbesserte Compliance** darstellt. Als nächster Schritt wird an einer Optimierung der Betreuung von Migrantinnen und Migranten gearbeitet, bei denen das Informationsdefizit bedingt durch die Sprachbarriere noch größer ist. Spezielle Broschüren sollten zu einer Lösung dieses Problems beitragen. Auch an einem optimierten Entlassungsmanagement mit strukturiertem Entlassungsgespräch sowie audiovisueller Unterstützung wird aktuell gearbeitet.

Lebensstiländerungen

Änderungen des kardiovaskulären Risikoprofils allein durch Lebensstiländerungen sind allen modernen medikamentösen Therapien als gleichwertig anzusehen:

- **Nikotinkarenz:** Rauchen erhöht das kardiovaskuläre Risiko um das Zweifache bis Dreifache. Mit dem Rauchen aufzuhören reduziert das Risiko eines Re-Infarktes um 50 Prozent im ersten Jahr, wobei bereits nach mehreren Monaten eine signifikante Risikoreduktion eintritt. Nach 5 bis 15 Jahren ist das Risiko einer Ex-Raucherin bzw. eines Ex-Rauchers gleich dem einer Nichtraucherin bzw. eines Nichtrauchers. Nach einem Myokardinfarkt rauchen nach einem Jahr weiterhin 40 bis 70 Prozent der Patientinnen und Patienten. Selbsthilfeprogramme bzw. pharmakologische Unterstützung führen dabei zu deutlich besseren Ergebnissen

¹⁰⁷ DUTTA-FÜGGER et al. (2009): Wie viel weiß der kardiologische Patient über seine Erkrankung?

¹⁰⁸ ABAYEV et al. (2009).

¹⁰⁹ ENZENHOFER et al. (2009): Wie viel wissen unsere Patienten über ihre Medikamente?

¹¹⁰ DUTTA-FÜGGER et al. (2009): Wie viel weiß der kardiologische Patient über seine Erkrankung?

¹¹¹ ENZENHOFER et al. (2009): Adherence ist das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient!

beim Rauchstopp als keinerlei in Anspruch genommene Unterstützung. Gesetzliche Regelungen für eine rauchfreie Umwelt am Arbeitsplatz, Rauchverbote an allen öffentlichen Plätzen sowie sonstige Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene, die die Entwicklung von Nicht-Rauchen als Norm fördern und zu einer Reduktion der Raucherinnen- und Raucherquoten beitragen, stellen gesundheitspolitisch die effizientesten Präventionsmaßnahmen dar. Österreich (und Wien) hat diesbezüglich noch großen Nachholbedarf.

- **Diät:** Der Einfluss von diätetischen Maßnahmen bei koronarer Herzkrankheit ist in vielen Studien untersucht worden. Dabei wird eine signifikante Mortalitätsreduktion von 20 bis 66 Prozent beschrieben. Die untersuchten Diäten waren reich an Ballaststoffen, Fisch, antioxidativen¹¹² Nahrungsmitteln und ungesättigten Fettsäuren (mediterrane Diät). Vor allem Omega-3-Fettsäuren¹¹³ sollten diätetisch (z. B. Hering, Lachs) oder in Kapselform stärker in das sekundärpräventive Konzept miteinbezogen werden.
- **Gewichtsreduktion und körperliche Aktivität:** Übergewicht und körperliche Passivität erhöhen ebenfalls das kardiovaskuläre Risiko. Eine Gewichtsreduktion verbunden mit regelmäßiger körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität (drei- bis viermal wöchentlich mindestens 30 Minuten lang) verringert kardiale Ereignisse um 35 Prozent.
- **Abbau chronischer Stressbelastungen:** Ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Risikofaktoren, wie beispielsweise chronischen Stress-

belastungen und dem Auftreten einer koronaren Herzkrankheit, wurde in zahlreichen epidemiologischen Studien nachgewiesen. Dagegen finden sich nur wenige randomisierte und kontrollierte Interventionsstudien, in denen der Effekt des Abbaus von chronischen Stressbelastungen auf harte Endpunkte wie zum Beispiel die Mortalität überprüft worden ist. Dennoch zeigen sich doch deutliche Hinweise darauf, dass ein erfolgreiches Stressmanagement auch zu einer besseren Prognose führt.

Schlussfolgerung

Um langfristig Ressourcen in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen einsparen zu können, sind Verbesserungen im Bereich der Primär- und der Sekundärprävention notwendig. Gezielte intramurale Patientinnen- und Patientenprogramme, wie „Herzensbildung“/ „Herz macht Schule“ verbessern den Informationsfluss und die Aufklärung bei geringem personellem und zeitlichem Aufwand. Sie erhöhen den Informationsstand der Patientinnen und Patienten – ein wesentlicher Faktor der Motivation und damit der für den Therapieerfolg wesentlichen Compliance. Non-Compliance kostet Gesundheit, Geld und letztlich auch Lebenszeit. Studien zeigen, dass **gezielte sekundärpräventive Aufklärungsinitiativen** nachweislich die Morbidität, die Mortalität und die Kosten in relevantem Ausmaß senken. Für ein umfassendes präventives Gesamtkonzept bedarf es einer gebündelten gesellschaftlichen und politischen Anstrengung.

¹¹² Zum Begriff Antioxidation siehe Glossar am Ende des Berichts.

¹¹³ Zum Begriff Omega-3-Fettsäuren siehe Glossar am Ende des Berichts.

4.2.3 Aktivitäten der Wiener Gesundheitsförderung zur Herz-Kreislaufgesundheit

Mag.^a Kristina HAMETNER

Wiener Gesundheitsförderung WiG, Geschäftsführung, Referentin für Strategie und Koordination

Um die Wiener Gesundheitsförderung neu zu strukturieren, wurden 2009 alle bisherigen Bereiche der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts der Stadt Wien neu organisiert und in einer gemeinsamen Struktur – der Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH, einer Tochtergesellschaft der Stadt Wien, – zusammengeführt. Wesentliche Schwerpunkte stellen unter anderem Themen wie „Gesunde Lebenswelten“, „Gesunder Lebensstil“ oder „Seelische Gesundheit“ dar. Diese sind inhaltliche Grundlagen für eine zielgruppenorientierte Projektentwicklung und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung von Bevölkerungsgruppen mit höherer Gefährdungssituation und schlechterer sozialer Ausgangslage.

„Ein Herz für Wien“ und Folgemodule

Das Präventionsprogramm „Ein Herz für Wien“ wurde 2001 durch die Stadt Wien etabliert und ab 2005 zu gleichen Teilen von der Stadt und der Wiener Gebietskrankenkasse kofinanziert. Mit Ende Juni 2009 wurde es als Programm beendet, zahlreiche Maßnahmen werden jedoch von der Wiener Gesundheitsförderung WiG fortgeführt bzw. im Rahmen der bezirks- und grätzelbezogenen Gesundheitsförderung weiterentwickelt und mit Fokus auf sozial Schwächere ausgebaut.

Die gesetzten Maßnahmen zielen sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisprävention ab. „Ein Herz für Wien“ stellte Informationen über Risikofaktoren in Form von Broschüren sowie in persönlichen Beratungen zur Verfügung. Gleichzeitig inkludierte das Programm konkrete Angebote, um den Wienerinnen und Wienern die tatsächliche Umsetzung eines gesunden Lebensstils zu ermöglichen bzw. zu vereinfachen. Zu diesen Maßnahmen zählten Aktivitäten im Projekt „Lach dich entspannt“ ebenso wie Bewegungsprojekte für bestimmte Zielgruppen: Im Rahmen der „Bewegten Apotheke“ fungieren Apotheken in Kooperation mit ausgebildeten Trainerinnen als „Gesundheitszentren“, die ihre Kundinnen und Kunden zu moderater Bewegung (Nordic Walking) motivieren. Besonderes Augenmerk wurde 2009 mit Er-

folg auf die Nachhaltigkeit sowie den sozialen Aspekt gelegt: Mittlerweile sind die ersten ausgebildeten Ko-Trainerinnen und -Trainer im Einsatz, sodass die Gruppen auch weiterhin, ohne Unterstützung seitens der WiG, in Bewegung bleiben. Das Ziel des Projekts „Bewegte Frauen“, ein mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd durchgeführtes Bewegungsprojekt für Frauen mit Migrationshintergrund, liegt darin, den Teilnehmerinnen grundlegende Bewegungskompetenzen und -botschaften zu vermitteln, welche die im Rahmen des Projekts zu ausgebildeten Bewegungsmultiplikatorinnen geschulten Frauen in ihre eigenen Vereine und Communities tragen. Im Jahr 2009 wurde verstärkt darauf geachtet, dass die Teilnehmerinnen bereits während der Schulung selbst Übungen anleiten, um ihnen ausreichend Sicherheit für die eigenen Aktivitäten mit zu geben. Die Zielgruppe der übergewichtigen Männer wurde in Zusammenarbeit mit dem Männergesundheitszentrum MEN über die Projekte „Schlank ohne Diät“ sowie „Stark und Fit“ angesprochen, im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde ein Projekt mit Fokus auf Klein- und Kleinstbetriebe umgesetzt. Über Kooperationen mit dem ORF-Radio Wien im Zuge des Gesundheitsmonats März konnte „Ein Herz für Wien“ seine Inhalte breit kommunizieren. Die Evaluation des Programms „Ein Herz für Wien“, das in Summe aus einer Vielzahl von Aktivitäten und Projekten bestand, bestätigt eine zufriedenstellende Zielerreichung.

„Mein Herz und Ich. Gemeinsam Gesund.“ Herz-Kreislaufgesundheit-Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich

Über eine Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich, der für die Jahre 2008 bis 2010 einen Herz-Kreislaufschwerpunkt festgelegt hat, konnten Aktivitäten speziell für die Zielgruppen Frauen, Migrantinnen und Migranten, Seniorinnen und Senioren mit regionaler Schwerpunktsetzung auf drei Wiener Gemeindebezirke durchgeführt werden. Der Fokus lag dabei auf Sensibilisierungsmaßnahmen/Information sowie auf der Aktivierung der genannten Bevölkerungsgruppen über Maßnahmen wie Bewegungs-

gruppen, Lach-Yoga-Vorträge sowie Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Blutdruckmessungen und Beratung

Im Jahr 2009 fanden insgesamt (im 1. Halbjahr noch im Rahmen von „Ein Herz für Wien“) 21 Veranstaltungen mit Präsenz der Info-Lounge, die u. a. Blutdruckmessungen anbietet, statt. Fast 6.000 Wienerinnen und Wiener nahmen dieses Angebot in Anspruch, davon zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer. 14 Prozent der Personen wurde aufgrund der Messergebnisse empfohlen, sich an eine Ärztin bzw. einen Arzt zu wenden.

5. Wiener Herz-Kreislauf-Event

Beim 5. Wiener Herz-Kreislauf-Event im Herbst 2009 wurden im Laufe eines Monats kardiovaskuläre Risikofaktoren bei der Wiener Bevölkerung erhoben. Die Events wurden jeweils an Orten mit hoher Personenfrequenz veranstaltet: Es wurden 4.740 Personen an vier verschiedenen Stellen in Wien (Stadtmitte, Einkaufszentren im Norden und Süden der Stadt) kontaktiert. Von 1.046 Personen wurden im Zuge der interaktiven Veranstaltungen folgende demographischen Daten und Risikowerte erhoben: Alter, Ge-

schlecht, Rauchgewohnheiten, Blutdruck, Blutzucker, Bauchumfang, Körperfettanteil in Prozent, Augmentationsindex, Pulswellengeschwindigkeit.¹¹⁴ Außerdem wurde gefragt ob im letzten Jahr der Cholesterinwert erhoben wurde; wenn ja, wie hoch der Wert war, und ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wegen eines ihrer Risikofaktoren behandelt würden. Das Alter der Teilnehmenden lag im Durchschnitt bei 49 Jahren, im Unterschied zu den oben genannten Aktivitäten wurden hier mehr Männer als Frauen erreicht: 43 Prozent Frauen und 57 Prozent Männer. Aus den Risikofaktoren wurde für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer mit Hilfe eines einfachen Algorithmus eine Gesamtrisikobewertung vorgenommen. Bei 20 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die Kumulation von drei Risikofaktoren festgestellt, bei 57 Prozent zwei und bei weiteren 16 Prozent wurde das Vorhandensein eines Risikofaktors festgestellt.

Die Aktivitäten der Wiener Gesundheitsförderung WiG zielen mit ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit u. a. darauf ab, über präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen den Anteil an Herz-Kreislaufgesunden zu erhöhen.

¹¹⁴ Für beide Begriffe siehe Glossar am Ende des Berichts.

4.2 Herz-Kreislauferkrankungen

Zusammenfassung

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zählen heute zu den **wichtigsten chronischen Krankheiten** und stellen auch mit Abstand die häufigsten Todesursachen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung dar. 2008 verstarben rund 7.000 Wienerinnen und Wiener an einer Herz-Kreislauferkrankung. Den Hauptanteil bilden die ischämischen Herzkrankheiten (vor allem **Herzinfarkt**). Betroffen sind vor allem **ältere Menschen**. Aufgrund der vorliegenden Bevölkerungsmodellrechnungen ist für die nächsten Jahrzehnte mit einem enormen Anstieg der Bevölkerung in den höheren Altersgruppen und damit auch mit einem Anstieg der Sterbefälle an Herz-Kreislauferkrankungen zu rechnen. Gleichzeitig ist aufgrund der überwiegend chronisch-degenerativen Natur der Herz-Kreislauferkrankungen bereits im Vorfeld mit einer **vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems** zu rechnen.

Vor allem **Bluthochdruck** ist in der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung weit verbreitet. Laut österreichischer Gesundheitsbefragung haben oder hatten in ihrem Leben mehr als ein Fünftel (22 Prozent) der Wiener Bevölkerung über 15 Jahre Probleme mit erhöhtem Blutdruck. 2,5 Prozent der Wienerinnen und Wiener hatten schon einmal einen **Herzinfarkt**, 2,1 Prozent einen **Schlaganfall** oder eine **Gehirnblutung**.

Herz-Kreislauferkrankungen sind jedoch nicht nur **weit verbreitet**, sondern binden auch einen erheblichen Teil der stationären Leistungen, tragen zu einem wesentlichen Teil zu frühzeitigen Pensionierungen bei und bilden, trotz des deutlichen Rückganges in den letzten Jahren, mit fast der Hälfte (45 Prozent) aller Todesfälle noch immer die **häufigste Todesursache** der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. 2008 war bei 62 Prozent der weiblichen und 38 Prozent der männlichen Verstorbenen in Wien die Todesursache eine Herz-Kreislauferkrankung.

Summary: Cardiovascular Diseases

*Cardiovascular diseases are among the **most frequent chronic diseases** today and are by far the most frequent cause of death for the Viennese (and Austrian) population. In 2008, approximately 7,000 Viennese died from cardiovascular diseases. The largest group was that of ischaemic heart diseases (especially **myocardial infarction**). Prevalence is particularly high among **elderly people**. Current population models predict a very strong growth of the older age groups over the next decades, leading to an increase in deaths caused by a cardiovascular disease. Due to the mainly chronic degenerative nature of cardiovascular diseases, this will likely lead to an **increase in the use of public health care services**.*

***Hypertension** has a particularly high prevalence in the Viennese (and Austrian) population. The most recent Austrian health survey showed that more than one in five (22 percent) Viennese above age 15 have problems with hypertension or have had them in the past. 2.5 percent of Viennese have had a **myocardial infarction**, and 2.1 percent have suffered a **stroke** or a **cerebral haemorrhage**.*

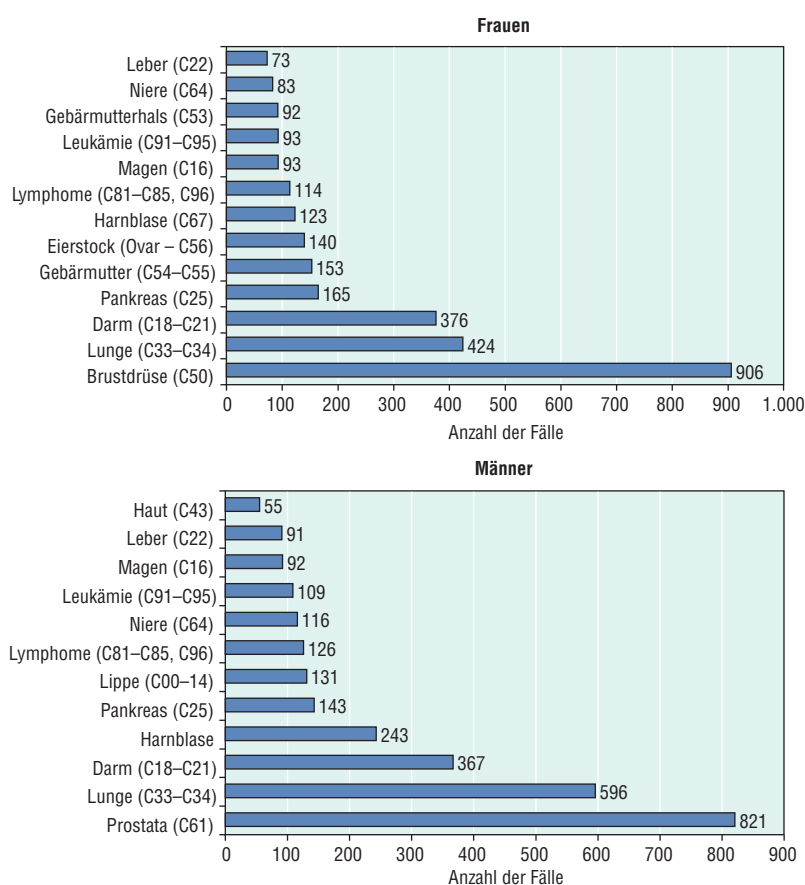
*Cardiovascular diseases not only have a **high prevalence**, they are also responsible for a significant portion of in-patient treatments, are an important cause of early retirement, and despite a significant reduction over the past few years, they remain the **most frequent cause of death** in Vienna (and Austria overall) – cardiovascular diseases account for nearly half (45 percent) of all deaths. In 2008, 62 percent of female and 38 percent of male deaths were caused by a cardiovascular disease.*

4.3.1.1 Häufigkeit der wichtigsten Krebslokalisationen (absolut)

In Hinblick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** lässt sich bei Männern eine vergleichsweise größere Häufigkeit an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane insbesondere an Lungen- und Kehlkopfkrebs erkennen. Bei Leberkrebs, Blasenkrebs und Nierenkrebs ist dies ebenso der Fall. Hingegen ist die Inzidenz von Dickdarmkrebs bei Frauen am höchsten.

Für beide Geschlechter ist im Vergleich zu den Vorjahren ein Rückgang an Magen- und Darmkrebs erkennbar. Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane insgesamt folgen ebenso dieser Tendenz. Eine detailliertere Aufschlüsselung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Lokalisationen zeigt die *folgende Grafik*.

Grafik 4.9: Häufigste Krebserkrankungen, absolut, nach Geschlecht, Wien 2007



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister); Stand 27.08.2009.

Die **häufigsten Krebserkrankungen** sind bei **Frauen** Brustkrebs (26,6 Prozent), gefolgt von bösartigen Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane

(23,0 Prozent), vor allem im unteren Darmabschnitt, sowie an dritter Stelle bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (13,0 Prozent).

Bei **Männern** führen Krebserkrankungen der Genitalorgane (26,3 Prozent), vor allem Prostatakrebs, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane

(23,4 Prozent). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (19,3), vor allem Lungenkrebs, stellen auch bei Männern die dritthäufigste Krebslokalisation dar.

Eine Rangreihung der einzelnen **Krebserkrankungen (Inzidenz)**, getrennt nach Geschlecht, ergibt daher für **Wien** im Jahr 2007 folgendes Bild:

Rang	Frauen		Männer	
	Bösartige Neubildungen	in %	Bösartige Neubildungen	in %
1.	Brustdrüse	26,6	Genitalorgane (v. a. Prostata)	26,3
2.	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen)	23,0	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen)	23,4
3.	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	13,0	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	19,3
4.	Genitalorgane (v. a. Gebärmutter, Gebärmutterhals, Ovar)	12,4	Harnorgane (v. a. Harnblase, Niere)	11,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, eigene Berechnungen.

Insgesamt (ohne Berücksichtigung des Geschlechts bzw. ohne die beiden geschlechtsspezifischen Lokalisationen Prostata und Brustdrüse) stellen auch 2007 bösartige Neubildungen der **Verdauungsorgane** mit 23 Prozent (darunter vor allem Darmkrebs mit 7 Prozent und Pankreas mit 5 Prozent aller Lokalisationen) sowie **Lungenkrebs** (einschließlich Bronchien und Luftröhre) mit 15 Prozent und bösartige Neubildungen der **Harnorgane** (9 Prozent) die häufigsten Krebserkrankungen der Wiener Bevölkerung dar.

Alle genannten Krebsarten stehen in engem Zusammenhang zum Lebensstil der Betroffenen. Vor allem die Erkrankungen der unteren Atemwege sind zu einem überwiegend hohen Anteil mit dem Tabakkonsum verbunden.¹²² Darmkrebs weist häufig auf langjähriges falsches Ernährungsverhalten hin, und Blasenkrebs ist ebenfalls zu einem hohen Anteil tabakassoziiert und lebensstilbedingt.

Die wichtigsten **tabakassoziierten Krebserkrankungen** (Lunge, Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf, Lippe, Mundhöhle und Rachen) sind bei Wiener Männern für 22 Prozent, bei Wiener Frauen für 11,5 Prozent aller Krebserkrankungen verantwortlich. Bedenklich ist der in der **weiblichen** Bevölkerung in-

zwischen schon seit Jahren feststellbare und wiederholt kommentierte rasante Anstieg sowohl der tabakassoziierten Krebsinzidenz als auch der entsprechenden Mortalität, und zwar schon in **relativ jungen Altersgruppen**¹²³. Österreichweite effektive Maßnahmen sind daher absolut notwendig, welche einerseits gesetzliche Rahmen andererseits auch Vorsorgemaßnahmen sicherstellen. Die Stadt Wien unterstützt daher auch das seit Mai 2006 installierte österreichische Rauchertelefon, das aufhörwilligen Raucherinnen und Rauchern Information, Beratung, Unterstützung und begleitende Betreuung durch geschulte Expertinnen und Experten anbietet.

In Hinblick auf die Häufigkeit der genannten Krebserkrankungen sollte die **Präventionsarbeit** daher auch in Zukunft **verstärkt** auf die Bereiche **Darm- und Lungenkrebs** sowie die **Früherkennung auf Brust- und Prostatakrebs** konzentriert werden, wobei die ersten beiden durch Änderung des Lebensstils (mit entsprechender Information und gezielten Angeboten sowie effektiveren gesetzlichen Regelungen) zum Teil vermieden werden könnten.

Die *folgende Tabelle* gibt die Durchschnittswerte aller Krebslokalisationen der Wiener Krebsinzidenz für die Jahre 2005 bis 2007 wieder.

¹²² Siehe Abschnitt 5 – Gesundheitsverhalten, Lebensstil: Rauchen S. 271.

¹²³ Siehe Kap. zu Lungenkrebs S. 144.

Tabelle 4.3: Krebsinzidenz¹⁾ nach Lokalisation und Geschlecht, Wien, 2005/2007²⁾

ICD-10 Code ³⁾	Lokalisation	Insgesamt		Frauen		Männer	
		absolut	ASR ⁴⁾	absolut	ASR ⁴⁾	absolut	ASR ⁴⁾
C00–C14	B.N. ⁵⁾ d. Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (Rachen)	195	8,2	51	3,9	144	13,2
C15–C26	B.N. d. Verdauungsorgane	1787,7	59,7	881	46,9	906,7	76,9
C15	B.N. d. Ösophagus (Speiseröhre)	86,7	3,3	18,7	1,2	68	6,1
C16	B.N. d. Magens	205,3	6,6	100	5,3	105,3	8,8
C17	B.N. d. Dünndarms	22,7	0,9	12,7	0,9	10	0,9
C18	B.N. d. Dickdarms	590,7	18,8	311,7	15,9	279	23,2
C19–C21	B.N. d. Rektums und d. Anus	297,7	10,3	140,7	8,1	157	13,4
C22	B.N. d. Leber und d. intrahepatischen Gallengänge	198	6,9	79,7	4,2	118,3	10,3
C23, C24	B.N. d. Gallenblase und Gallenwege	72,7	2,2	49,3	2,3	23,3	1,9
C25	B.N. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	309,3	10,4	166,3	9,1	143	12,2
C30–C39	B.N. Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	1040,3	39,2	400,7	26,5	639,7	55,8
C32	B.N. d. Larynx (Kehlkopf)	62,7	2,5	10	0,8	52,7	4,7
C33–C34	B.N. d. Luftröhre, Bronchien und d. Lunge	961,3	36,1	382,3	25,2	579	50,4
C40–C41	B.N. d. Knochens und d. Gelenkknorpels	14,7	0,9	7,3	0,9	7,3	0,9
C43	Bösartiges Melanom der Haut	109,3	4	47	3	62,3	5,5
C45–C49	B.N. mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe	66,3	2,7	27,4	2	39	3,5
C50	B.N. d. Brustdrüse (Mamma)	977,7	37,4	969	68,2	8,7	0,8
C51–C58	B.N. d. weiblichen Genitalorgane	465,7	17,8	465,7	32,6	0	0
C53	B.N. d. Cervix uteri (Gebärmutterhals)	93,3	4,1	93,3	7,8	0	0
C54, C55	B.N. d. anderen Teile der Gebärmutter	176,3	6,4	176,3	11,4	0	0
C56	B.N. d. Ovars (Eierstock)	155,7	5,9	155,7	10,8	0	0
C51, C52, C57, C58	B.N. sonst. u. n.n.bez. weibl. Genitalorgane	40,2	1,4	40,2	2,5	0	0
C60–C63	B.N. d. männlichen Genitalorgane	916,3	33,9	0	0	916,3	78,7
C61	B.N. d. Prostata	843,3	30,1	0	0	843,3	70,9
C64–C68	B.N. d. Harnorgane	671,3	23,1	221,3	12,6	450	38,1
C64	B.N. d. Niere, ausgen. Nierenbecken	214	7,8	84,3	5	129,7	11,3
C67	B.N. der Harnblase	421,7	14,2	123,7	6,9	298	25,1
C69–C72	B.N. Auge, Gehirn und sonst. Teile d. ZNS	128,3	5,5	64,7	5,1	63,7	6
C70–C72	B.N. d. Zentralnervensystems	113,7	5,1	56	4,5	57,7	5,4
C73–C75	B.N. d. Schilddrüse und sonst. endokriner Drüsen	214	10,1	152,7	13,7	61,3	6,2
C73	B.N. d. Schilddrüse	203	9,4	146,3	13,1	56,7	5,5
C76–C80	B.N. ungenau bez., sekund. und n.n.bez. Lokalisationen	99	3,2	51,7	2,6	47,3	4,1
C81–C96	B.N. lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	535,7	21	268,3	17,9	267,3	25
C81	Hodgkin-Lymphom	32,7	1,9	15,7	1,7	17	2,1
C82–C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	212,3	8,1	107,3	6,9	105	9,5
C90	Bösartige Plasmazellneubildungen (Plasmozytom)	77,3	2,9	40	2,2	37,3	3,3
C91–C95	Leukämie	211,7	8,4	104,7	7,2	107	10,3
C00–C43, C45–C97	Bösartige Neubildungen zusammen	7231,3	267,2	3614	236,5	3617,3	315,1

- 1) Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in situ). Inklusive DCO-Fälle (Death Certificate Only).
- 2) Stand 27.08.2009; Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.
- 3) Positionsnummern nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD-10).
- 4) Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.
- 5) B.N. = Bösartige Neubildungen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Direktion Bevölkerung.

Zeitliche Entwicklung

Die auf Basis von **altersstandardisierten Raten** nach Lokalisationen analysierte Entwicklung der Krebsinzidenz seit 1990 zeigt für **Wien** folgendes Bild:

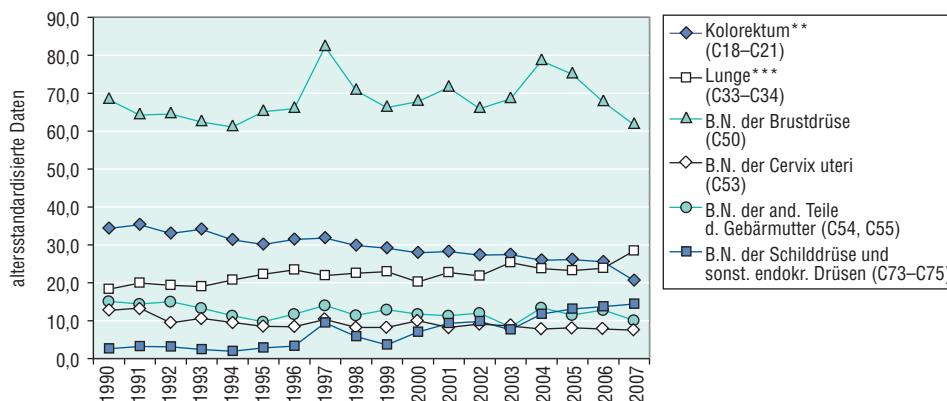
Frauen

Bei den Wiener Frauen ist im Zeitraum zwischen 1990 und 2007 ein Rückgang der **altersstandardisierten** Krebserkrankungsrate, trotz des Anstiegs 2004, um rund 14 Prozent zu beobachten. Der Trend ist insgesamt seit 1990 rückläufig, was vor allem auf die Abnahme bösartiger **Neubildungen der Verdauungsorgane** (-34 Prozent), insbesondere des **Magens** (-52 Prozent), des **Kolorektum** (-40 Prozent)¹²⁴, des **Gebärmutterhalses** (-41 Prozent) sowie anderer Teile der **Gebärmutter** (-33 Prozent) zurückzuführen ist.

Eine immer stärkere Zunahme ist jedoch bei Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** festzustellen. Dieser nahm bei den Frauen zwischen 1990 und 2007 um 55 Prozent zu. 2007 erkrankten fast 28 von 100.000 Frauen (altersstandardisiert) an Lungenkrebs. Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken ist zwar weiterhin für Männer ungleich höher, doch verringerte sich das Verhältnis zwischen Frauen und Männern zunehmend.

Das Risiko an **Brustkrebs** zu erkranken, ging nach einem Höhepunkt im Jahr 1997 und einem weiteren im Jahr 2004 – sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich – vorerst etwas zurück. Trotz des schwankenden Verlaufs ist in der Brustkrebsinzidenz seit Mitte der 1990er Jahre insgesamt eine leichte Abnahme der Brustkrebsinzidenz zu beobachten (-5 Prozent). Mehr Information zum Thema Screening, *siehe weiter unten im Kapitel 4.3.3 Brustkrebs*.

Grafik 4.10: Krebsinzidenz Frauen – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1990–2007, (ASR*)



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

** Kolorektum: Dickdarm, Rektum, Anus (<C18-C21>).

*** Lunge, Luftröhre, Bronchien (<C33-C34>).

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister); eigene Berechnungen, 27.08.2009.

Männer

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei Männern seit 1990 ist einerseits erklärbar durch den starken Anstieg des **Prostatakrebses** (+43 Prozent), insbesondere seit Anfang der 1990er Jahre

und noch mehr seit dem sprunghaften Anstieg 1997¹²⁵. Andererseits wurde sie durch den gleichzeitigen Rückgang von **Magenkrebs** (-67 Prozent), **Lungenkrebs** (-14 Prozent) und **Kolorektalkrebs** (-43 Prozent) beeinflusst.

¹²⁴ Vgl. auch Kap. 4.3.4 zu Darmkrebs.

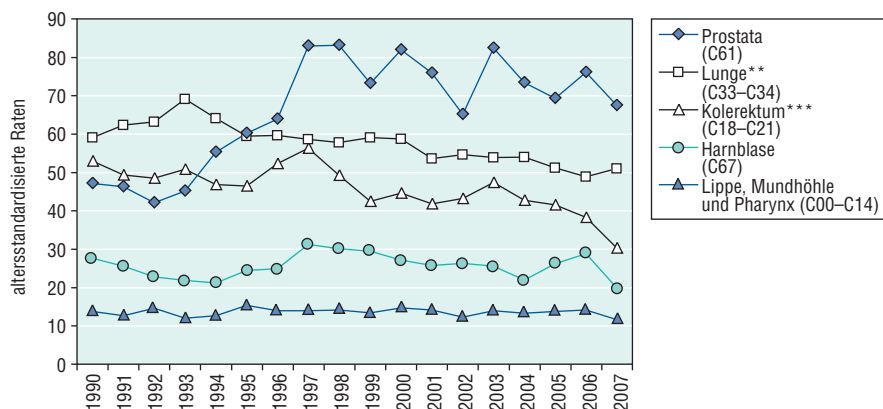
¹²⁵ Vgl. auch Kap. 4.3.6 Prostatakrebs.

Lungenkrebs, der in Wien bis 1994 die häufigste Krebserkrankung bei Männern darstellte, wurde 1995 vom stetig ansteigenden Prostatakrebs überholt. Der rasante Anstieg der Prostatakrebsinzidenz ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und daraus resultierender häufigerer Diagnosen¹²⁶ („Screening-Effekt“). Im Vergleich zu Gesamtösterreich liegt in

Wien die männliche Lungenkrebsinzidenz um 24 Prozent höher¹²⁷, was – ebenso wie bei den Frauen – auf das unterschiedliche Rauchverhalten in Städten hinweist.

Ebenfalls zu einem hohen Anteil durch das Rauchverhalten verursacht wird **Blasenkrebs**. Die Zahlen sind seit 2006 rückläufig.

Grafik 4.11: Krebsinzidenz Männer – häufigste Lokalisationen, Entwicklung in Wien 1990–2007, (ASR*)



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

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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister); eigene Berechnungen, 27.08.2009.

¹²⁶ Vgl. dazu auch Stadt Wien (1999), Wiener Männergesundheitsbericht 1999.

¹²⁷ Gesamtösterreich einschließlich Wien; das heißt tatsächlich liegt die erhöhte Inzidenz in Wien weit über dem Wert von 24 Prozent.

4.3.1 Krebsinzidenz

Österreich

Im Jahr 2007 erkrankten 35.356 Österreicherinnen und Österreicher (davon 46 Prozent Frauen und 54 Prozent Männer) an bösartigen Neubildungen. Damit wird die etwa gleich bleibend hohe Tendenz seit 2000 fortgesetzt. Mehr als die Hälfte (60 Prozent) aller Krebsneuerkrankungen treten im Alter von über 65 Jahren auf. Der Altersgipfel liegt unter dem 74. Lebensjahr. Die geschlechtsspezifische Verteilung der Krebsfälle nach Ausschaltung demografischer Faktoren durch **Altersstandardisierung** ergibt ein drastischeres Ergebnis: Die Inzidenzrate zeigt 2007 für Frauen in Österreich einen Wert von 218,6, für Männer einen Wert von 307,0. Das Risiko an Krebs zu erkranken war daher für Männer um 40 Prozent höher als für Frauen.

Zwischen 1997 und 2007 sind die **absoluten** Krebsfälle insgesamt um 2 Prozent gesunken, was auf einen

Rückgang der Krebsinzidenzrate bei Frauen um 8 Prozent zurückzuführen ist. Bei Männern kam es zu einem Anstieg von 4 Prozent. Jedoch ändert sich dieses Bild unter Berücksichtigung der Veränderung der Altersstruktur in diesem Zeitraum¹¹⁶. Demnach zeigt sich zwischen 1997 und 2007 bei beiden Geschlechtern eine fast gleich große Abnahme des Krebsrisikos von ca. 15 Prozent.

Seit 1994 sind bei den Männern die bösartigen Neubildungen der Geschlechtsorgane (v. a. Prostatakrebs) die häufigsten Krebserkrankungen (Inzidenz). Bei den Frauen ist nach wie vor Brustkrebs die häufigste Lokalisation. Bei beiden Geschlechtern folgen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Kolorektalkrebs). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs) sind bei den Männern drittgereiht, bei den Frauen stehen sie an vierter Stelle.¹¹⁷

Zusammenfassend stellt sich 2007 für **Österreich** die Rangfolge der an Krebs **Erkrankten** nach Geschlecht folgendermaßen dar:

Rang	Frauen		Männer	
	Bösartige Neubildungen	in %	Bösartige Neubildungen	in %
1.	Brustdrüse	28,0	Genitalorgane (v. a. Prostata)	28,4
2.	Verdauungsorgane (v. a. Darm)	24,0	Verdauungsorgane	26,1
3.	Genitalorgane	13,1	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	15,3
4.	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	8,8	Harnorgane	10,5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, eigene Berechnungen.

Wien

In Wien erkranken jedes Jahr rund 7.000 bis 7.500 Menschen an einer bösartigen Neubildung. 2007 wurden 6.791 Krebs-Neuerkrankungen festgestellt. Verglichen mit den Werten aus 1997 ist das Risiko an Krebs zu erkranken, um 17 Prozent gesunken.

Absolut gesehen verteilen sich die Neuerkrankungen zu etwa gleich großen Teilen auf die Geschlechter, 50,2 Prozent (3.406 Personen) auf die weibliche und 49,8

Prozent (3.385 Personen) auf die männliche Bevölkerungshälfte. Werden allerdings die **altersstandardisierten** Erkrankungsdaten berechnet, zeigt sich, dass die Rate von Männern über jener der Frauen liegt: 288,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Männer stehen 220,4 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen gegenüber.¹¹⁸ Das heißt, das Erkrankungsrisiko liegt für Männer um ein Drittel (31 Prozent) höher als für Frauen. Bezieht man die **Absolutzahlen** auf die Wiener Bevölkerung des gleichen Jahres¹¹⁹, so bedeutet dies, dass 2007 jede 256. Wienerin und jeder 235. Wiener¹²⁰ an Krebs erkrankte.

¹¹⁶ Durch Berechnung von altersstandardisierten Raten (siehe Glossar).

¹¹⁷ Detailliertere Ausführungen zur Entwicklung der einzelnen Krebslokalisationen in Österreich siehe STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008;

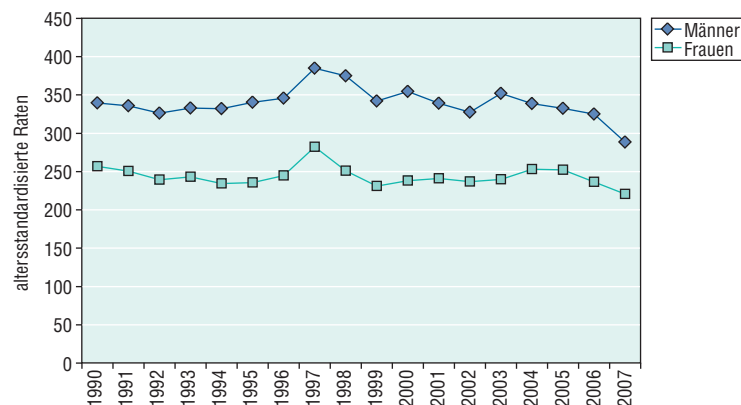
¹¹⁸ Bezogen auf die fiktive Standardbevölkerung, nicht Wiener Bevölkerung!

Die Entwicklung der **altersstandardisierten Raten** der Krebserkrankungen in Wien zeigt zwar 1997 bei **Frauen und Männern** gleichermaßen einen sprunghaften Anstieg, verzeichnet aber insgesamt seit 1990, wenngleich die Entwicklung etwas sprunghaft ist, einen kontinuierlichen absteigenden

den Trend in der Krebsinzidenz (*siehe folgende zwei Grafiken*).

Insgesamt ist die **altersstandardisierte** Krebsinzidenz seit 1990 bei beiden Geschlechtern um 15 Prozent zurückgegangen.

Grafik 4.5: Krebsinzidenz* Wien 1990–2007 (ASR**)



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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand 27.08.2009.

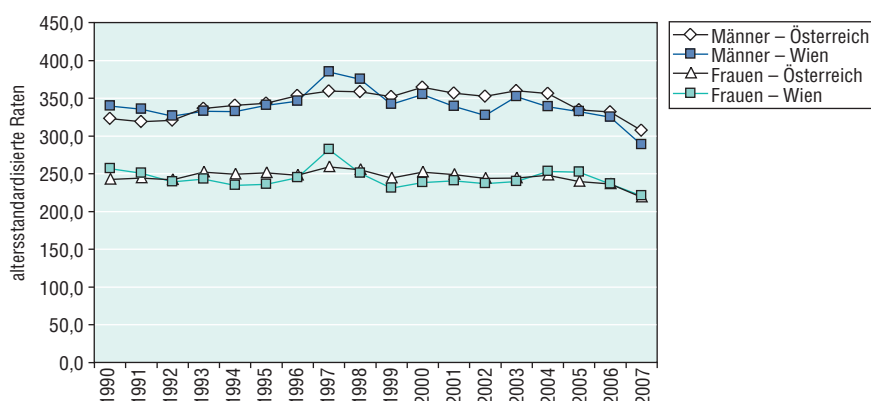
Wie *Grafik 4.6* zeigt, liegt die Krebsinzidenz 2007 bei den Wiener **Frauen** geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt (220,4 vs. 218,6 pro 100.000). Dies entspricht der Entwicklung der vorangegangenen Jahre.

Bei den **Männern** liegt die Krebsinzidenz seit 1999 unter dem österreichischen Schnitt und betrug 2007 282,2 pro 100.000 (Österreich: 307,0).

¹¹⁹ Jahresdurchschnittsbevölkerung Wien 2007: 870.818 Personen weiblichen Geschlechts, 797.002 Personen männlichen Geschlechts.

¹²⁰ Alle Altersgruppen.

Grafik 4.6: Krebsinzidenz* Wien und Österreich 1990–2007 (ASR**)



* Ohne sonst. B.N. der Haut (C44) sowie ohne CIS-Fälle (Carcinoma in Situ). Inklusiv DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only).
 ** Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand 27.08.2009.

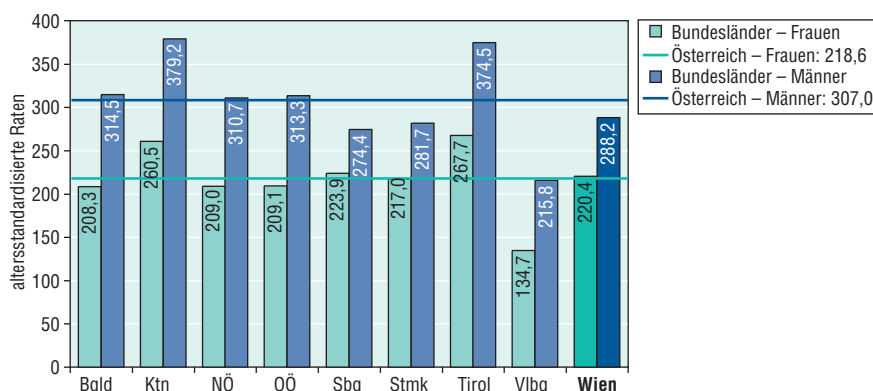
IV.

Im **Bundesländervergleich** zeigt Wien 2007, im Gegensatz zu den vorhergehenden Jahren, bei beiden Geschlechtern wieder einen leichten Rückgang der Krebsinzidenz. Während der Wert bei Männern unter dem Österreichdurchschnitt bleibt, liegt der Wert bei Wiener Frauen etwas darüber.

ne verbesserte Früherkennung handelt oder ein tatsächlich höheres Krebsrisiko, kann hier nicht beantwortet werden. Ebenso auffallend ist die traditionell niedrige Krebsinzidenz in der Steiermark. Auch hier ist unklar, ob es sich um ein Anzeichen mangelnder Früherkennung oder um ein tatsächlich auffallend niedrigeres Krebsrisiko in diesem Bundesland handelt. Eine auffallend niedrige Inzidenz registriert ebenso Vorarlberg (siehe Grafik 4.7).

Die Bundesländer Kärnten und Tirol weisen die höchsten Inzidenzwerte auf. Ob es sich dabei um ei-

Grafik 4.7: Krebsinzidenz 2007 im Bundesländervergleich, nach Geschlecht (ASR*)



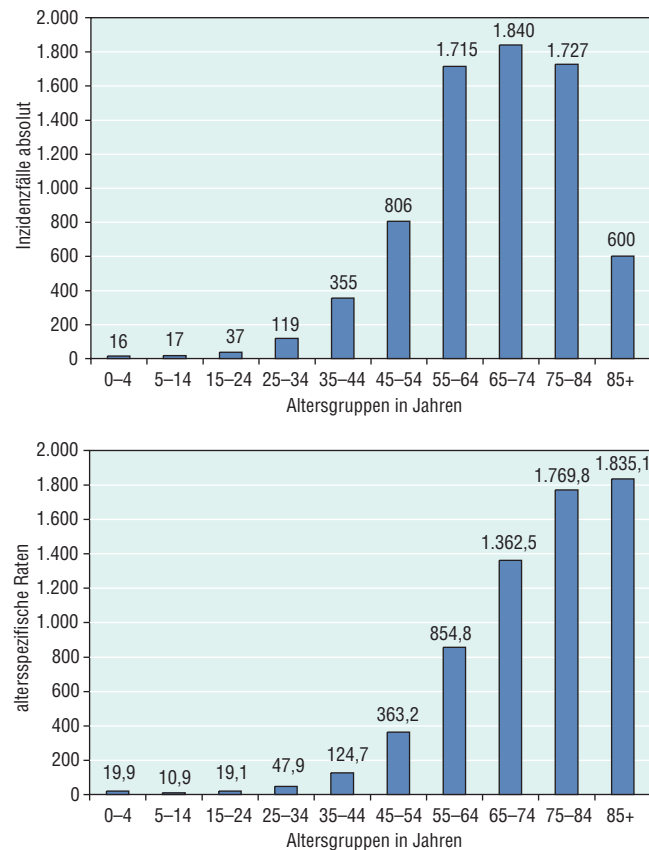
* Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand 27.08.2009.

Die Aufschlüsselung der Krebsinzidenz nach **Alter** zeigt sowohl bei der Auswertung nach absoluten Fällen als auch nach altersspezifischen Raten¹²¹ einen deutlichen Anstieg des Krebsrisikos ab dem 55. Lebensjahr.

Ein merklicher Anstieg der Krebsdiagnosen ist bereits ab einem Alter von 45 bis 54 Jahren festzustellen (siehe Grafik 4.8).

Grafik 4.8: Krebsinzidenz nach Alter, absolut und altersspezifisch*, Wien 2005/2007**



* Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand 27.08.2009.

¹²¹ Zahl der jährlich auftretenden Krebserkrankungen pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

4.3.2 Krebsmortalität

Ebenso wie die Herz-Kreislaufkrankungen stellen auch Krebserkrankungen vor allem bei älteren Menschen eine der Haupttodesursachen dar. Insbesondere mit dem Anstieg der Lebenserwartung kam es daher in den letzten Jahren auch zu einem Anstieg der Krebserkrankungen. Mit einer Zunahme der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren werden Krebserkrankungen, ebenso wie andere altersbedingte Erkrankungen, voraussichtlich weiterhin zunehmen.¹²⁸

Internationaler Vergleich

Im europäischen Vergleich lag Österreich 2001 bei der Krebssterblichkeit im Mittelfeld, wobei die Werte für die männliche Bevölkerung etwas günstiger sind als für die weibliche.

Wie *Grafik 4.12* zeigt, sticht Österreich bei den Männern inmitten seiner Nachbarn (mit Ausnahme der Schweiz) durch vergleichsweise etwas niedrigere Sterbeziffern hervor. Bei den Frauen liegt Österreich gemeinsam mit Deutschland und Schweden im Mittelfeld.

Besonders niedrige Sterbeziffern weisen unter den west- und nordeuropäischen Staaten bei den Männern die Schweiz, Schweden und Finnland auf; bei den Frauen Spanien und Portugal. Günstige Werte zeigen sich aber auch für die Frauen in Finnland, Italien, Frankreich und der Schweiz.

¹²⁸ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität.

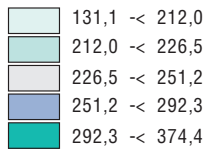
Grafik 4.12: Bösartige Neubildungen* im europäischen Vergleich, 2001

Bösartige Neubildungen 2001

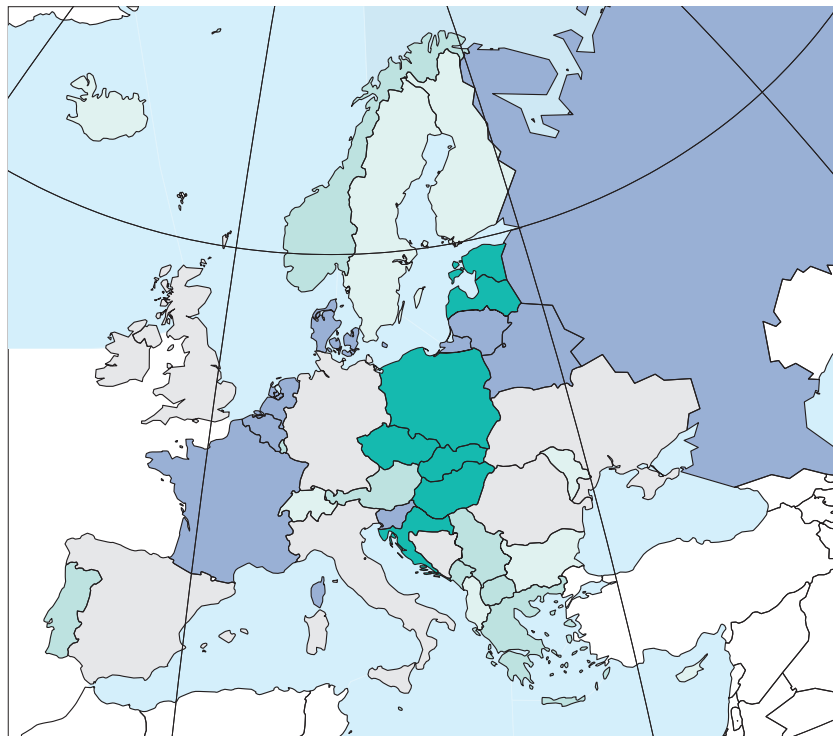
ICD-Code: C00-C97

Männer

Standardisierte Sterbeziffer

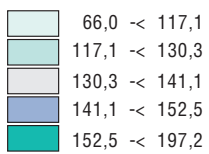


Europadurchschnitt: 256,0
Median: 234,4

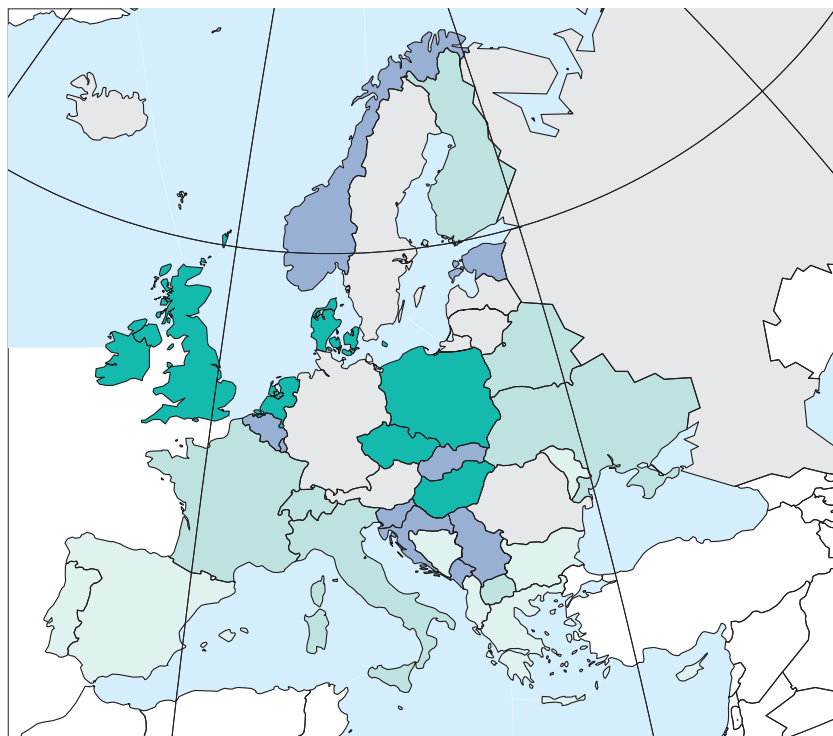


Frauen

Standardisierte Sterbeziffer



Europadurchschnitt: 137,3
Median: 137,3



Kartographie: STATISTIK AUSTRIA

* Bösartige Neubildungen insgesamt, ICD-Code <C00-C97>.

Quelle: WHO – Health for All Database. Aus: Statistik Austria (2007), Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004, S. 71.

Österreich

Nach den Herz-Kreislaufkrankungen stellen **absolut** gesehen bösartige Neubildungen mit etwas über einem Viertel (26 Prozent) aller Todesfälle insgesamt die zweithäufigste Todesursache dar. Im Jahr 2008 starben in Österreich fast 20.000 Menschen (9.224 Frauen; 10.556 Männer) infolge einer Krebserkrankung. Das Risiko, an Krebs zu sterben, lag 2008 für Männer, nach Ausschließung des Altersfaktors durch altersstandardisierte Raten, um 64 Prozent höher als für Frauen.¹²⁹

Am häufigsten sterben **österreichische Männer** an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm-, Leber-, Pankreas- und Magenkrebs) gefolgt von bösartigen Neubildungen der Atmungs-

organe (v. a. Lungenkrebs) – überwiegend also Lokalisationen, die in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren wie Rauchen, hoher Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung gebracht werden. Prostatakrebs ist bei Männern als Todesursache drittgerieht. Insgesamt machen diese Sterbefälle fast zwei Drittel (65 Prozent) der Krebssterbefälle bei Männern aus.

Auch bei den **österreichischen Frauen** stehen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Bauchspeicheldrüse, Dickdarm, Magen) an erster Stelle der Todesursachen, gefolgt von Brustkrebs und den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs). Insgesamt machen diese Sterbefälle 57 Prozent der Krebssterbefälle bei Frauen aus.

Eine Rangreihung der 2008 in **Österreich** an Krebs **Verstorbenen**, nach Geschlecht:

Rang	Frauen		Männer	
	Bösartige Neubildungen	in %	Bösartige Neubildungen	in %
1.	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen)	27,3	Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm, Rektum, Pankreas und Magen)	30,3
2.	Brustdrüse	16,2	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	23,7
3.	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	13,5	Geschlechtsorgane (Prostata)	11,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, eigene Berechnungen.

Zwischen 1998 und 2008 sank die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen altersstrukturbereinigt um 11 Prozent. Die stärksten Rückgänge waren dabei bei den Lokalisationen Brustdrüse, Dickdarm und Magen zu verzeichnen, aber auch die Mortalität von Lungenkrebs insgesamt ist österreichweit um 9 Prozent gesunken.

Interessant ist die geschlechtsspezifische Analyse der **Lungenkrebssterblichkeit** im Zeitverlauf. Hier verfestigt sich immer mehr die bereits seit längerem ersichtliche Tendenz, dass für Männer das Risiko des Lungenkrebstodes seit 1998 **alterstrukturbereinigt** um 21 Prozent gesunken ist, während es für Frauen um 18 Prozent gestiegen ist. Dennoch ist das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, nach wie vor für Männer deutlich höher als für Frauen (derzeit etwa zweieinhalb Mal höher). Eine detailliertere Darstellung zur

Lungenkrebsentwicklung in Wien können Sie dem Kapitel 4.3.5 Lungenkrebs entnehmen.

Wien

Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben im Jahr 2008 in Wien 4.249 Menschen an Krebs, davon waren 2.081 (49 Prozent) weiblichen und 2.168 (51 Prozent) männlichen Geschlechts. Krebs stellt damit die **zweithäufigste Todesursache** in Wien dar: Mehr als ein Viertel (27 Prozent) der im Jahr 2008 Verstorbenen starben an den Folgen einer Krebserkrankung. Allerdings zeigen sich dabei geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei **Männern** verursachen Krebserkrankungen 32 Prozent aller Todesfälle, bei **Frauen** 25 Prozent. Bei den Frauen stellt Krebs in der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen jedoch die Todesursache Nummer eins dar.

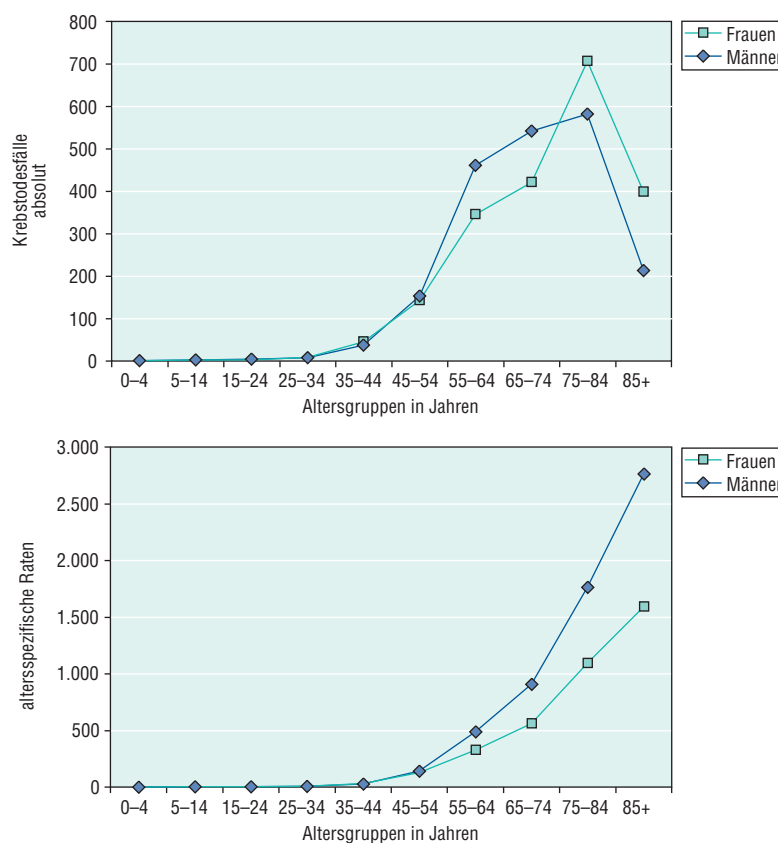
¹²⁹ Altersstandardisierte Sterbeziffer für Männer 159,0, für Frauen 97,1.

Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben steigt mit dem **Alter**. Betrachtet man die **absolute** Verteilung der Krebstodesfälle, so zeigt sich insbesondere bei Männern ab 45 Jahren ein steiler Anstieg, der bis zur Altersgruppe der unter 75-Jährigen anhält und danach bis zum Alter von etwa 85 Jahren auf hohem Niveau bleibt. Im geschlechtsspezifischen Vergleich überwiegen die Todesfälle der Männer im Alter zwischen 55 und 74 Jahren, erst danach „überholen“ die Frauen. Bei den Frauen befindet sich der Häufigkeitsgipfel von Krebstodesfällen in der Gruppe der Hochbetagten (75 Jahre und älter). In den jüngeren Altersgruppen (unter 45 Jahre) ist die Sterbehäufigkeit bei beiden Geschlechtern etwa gleich, bei einem leichten Überwiegen der Frauen.

Schaltet man nun den Altersfaktor durch Standardisierung aus, so zeigt sich anhand von Durchschnittswerten aus den Jahren 2005 bis 2007 folgende Verteilung des **Sterberisikos**: Bis zum Alter von etwa 55 Jahren ist das Sterberisiko bei beiden Geschlechtern annähernd gleich hoch. Erst ab diesem Alter zeichnet sich bei Männern ein auffallend steiler Anstieg ab. Bei Frauen verläuft die Entwicklung ähnlich, aber mit einem etwas flacheren Anstieg.

Die *folgenden beiden Grafiken* veranschaulichen die beschriebene Verteilung sowohl nach absoluten Todesfällen als auch nach Berechnung des Sterberisikos.

Grafik 4.13: Bösartige Neubildungen*, Gestorbene nach Geschlecht, absolut und altersspezifisch**, Wien 2005/2007***



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

** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

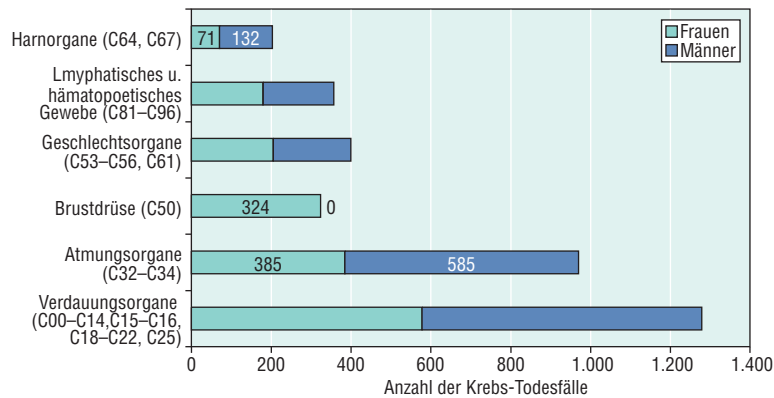
*** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; eigene Berechnungen, (Stand: 27.08.2009) und Todesursachenstatistik.

Innerhalb der Krebserkrankungen stellen für beide Geschlechter bösartige Neubildungen im Bereich der **Verdauungsorgane**, v. a. Darmkrebs, mit jeweils etwa einem Drittel, die häufigste Todesursache dar gefolgt von den bösartigen Neubildungen der Atmungsorga-

ne. Brustkrebs steht nun erstmalig bei den **Frauen** mit 16 Prozent an dritter Stelle der Krebstodesursachen. Bei **Männern** stehen an dritter Stelle bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane, v. a. Prostatakrebs (siehe Grafik 4.14).¹³⁰

Grafik 4.14: Häufigste Krebstodesfälle, Wien 2008



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008); eigene Berechnungen.

Zusammenfassend stellt sich 2008 für **Wien** die Rangfolge der an Krebs **Verstorbenen** nach Geschlecht folgendermaßen dar:

Rang	Geschlecht			
	Frauen	in %	Männer	in %
1.	Verdauungsorgane (v. a. Darm)	27,8	Verdauungsorgane (v. a. Darm)	32,3
2.	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	18,5	Atmungsorgane (v. a. Lunge)	27,0
3.	Brustdrüse	15,6	Geschlechtsorgane (Prostata)	9,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, eigene Berechnungen.

¹³⁰ Zur Krebsmortalität siehe auch Spezialberichte der Stadt Wien zu Lebenserwartung und Mortalität (2003), S. 134–137 sowie zu chronischen Krankheiten (2004), S. 130–132; weiters der Wiener Frauengesundheitsbericht (2006), S. 144–167.

4.3.3.1 Brustkrebs und Mammographie-Screening

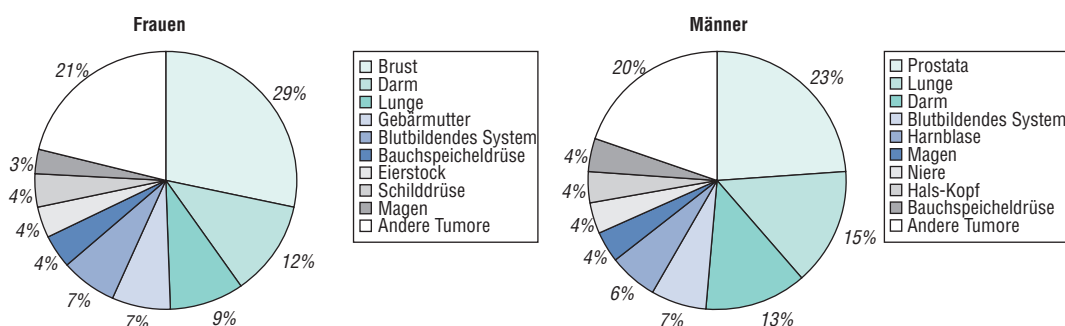
Ao.Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate WIMMER-PUCHINGER, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte und Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Inzidenz und Mortalität

Jährlich sehen sich in **Österreich** fast 5.000 Frauen mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. 29 Pro-

zent aller neuen Krebserkrankungen betreffen Brustkrebs. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nimmt den Daten der STATISTIK AUSTRIA zufolge deutlich zu.

Grafik 4.22: Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht, Österreich 2007



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 27.08.2009).

2008 sind 1.490 Frauen in Österreich an Brustkrebs verstorben und 2007 4.611 Frauen von einer Neuerkrankung betroffen. Das Erkrankungsrisiko beträgt für Frauen vor dem 75. Lebensjahr 6,9 Prozent. Für

Wien gibt STATISTIK AUSTRIA eine Inzidenzzahl von 906 neuen Erkrankungsfällen an. Rund 400 Frauen sterben jedes Jahr in Wien an einem Mammakarzinom.

Tabelle 4.4: Brustkrebsinzidenz nach Bundesländern, 2007

	absolute Zahlen*		alterstandardisierte Raten**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Österreich	42	4.611	0,6	66,4
Burgenland	2	146	0,7	57,1
Kärnten	3	372	0,6	77,6
Niederösterreich	9	901	0,6	66
Oberösterreich	6	758	0,6	67,1
Salzburg	4	336	1,1	81,5
Steiermark	7	683	0,7	66
Tirol	5	402	1,1	74,3
Vorarlberg	1	107	0,4	39,6
Wien	5	906	0,4	61,7

* Maligne invasive Fälle inklusive DCO-Fälle.

** Jeweils auf 100.000 Personen, Männer/Frauen, Standardbevölkerung = WHO-Weltbevölkerung, 2001.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 27.08.2009).

Laut STATISTIK AUSTRIA ist folgender Trend ersichtlich: Da Brustkrebs durch das vermehrte Screening nicht nur häufiger, sondern auch in einem immer früheren Stadium erkannt wird, zeichnet sich ein Rück-

gang der Sterblichkeit an diesem Tumor ab. Im europäischen Vergleich liegt Österreich mit der Brustkrebsinzidenz an vierter Stelle (63 auf 100.000 Einwohnerinnen) und an achter Stelle bei der Brustkrebsmortalität.

Tabelle 4.5: Brustkrebsmortalität nach Bundesländern, 2008

	absolute Zahlen*		altersstandardisierte Raten**	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Österreich	9	1.490	0,1	16,7
Burgenland	0	66	0	21,6
Kärnten	1	91	0,3	14,4
Niederösterreich	0	288	0	15,9
Oberösterreich	5	261	0,4	18,8
Salzburg	0	74	0	13,5
Steiermark	0	225	0	16
Tirol	2	110	0,4	14,9
Vorarlberg	1	51	0,4	15,1
Wien	0	324	0	18,1

* Maligne invasive Fälle inklusive DCO-Fälle.

** Jeweils auf 100.000 Personen, Männer/Frauen, Standardbevölkerung = WHO-Weltbevölkerung, 2001.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Todesursachenstatistik. Erstellt am: 02.11.2009.

Als zusätzlicher Faktor sei an dieser Stelle die psychische Belastung einer Brustkrebserkrankung erwähnt, sowie auf den Umstand hingewiesen, dass viele Frauen infolge der Erkrankung arbeitslos werden und somit auch teilweise existenzbedrohenden Belastungen ausgesetzt sind.¹⁴⁰ Deshalb ist Brustkrebsfrüherkennung ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen.

Qualitätsgesichertes Mammographie-Screening

Die derzeit wissenschaftlich anerkannte und sicherste Methode zur Brustkrebsfrüherkennung ist die qualitätsgesicherte Mammographie. Unabdingbar ist eine lückenlose Qualitätssicherungskette der gesamten Diagnostik und Behandlung. Dadurch wird ermöglicht, dass Mammakarzinome in einem möglichst frühen – für die Frau noch symptomlosen Stadium – erkannt werden.

Definierte Ziele eines Mammographie-Screeningprogramms sind:

- Früherkennung kleiner Tumoren von weniger als 10 mm Durchmesser, bei denen die Prognose am besten ist
- Verringerung der Anzahl von Brustoperationen bei gutartigen Tumoren
- Erhöhung der Anzahl brusterhaltender Operationen
- Reduzierung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent langfristig
- Verringerung bestehender Unterschiede in der 5-Jahres-Überlebensrate
- Verbesserung der Versorgung erkrankter Frauen und damit auch ihrer Lebensqualität und die der Angehörigen.¹⁴¹

Eindeutig positiv ist die Stellungnahme seitens der WHO zum Mammographie-Screening, die auf Grundlage eigener Studien (IARC Handbook, 2002) zu folgendem Ergebnis kommt: „Weltweit ist Brustkrebs bei Frauen die am meisten verbreitete Krebsart. Das Mammographie-Screening, durchgeführt an einem neuwertigen Gerät mit oder ohne ärztliche Untersuchung, so-

¹⁴⁰ DIETZ et al. (2006).

¹⁴¹ ÖBIG (2006).

wie eine entsprechende Zusatzdiagnostik bei vorliegenden positiven bzw. suspekten Befunden, werden die Mortalitätsrate von Brustkrebs bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren um ein Drittel reduzieren“.¹⁴²

Mammographie-Screening in Europa

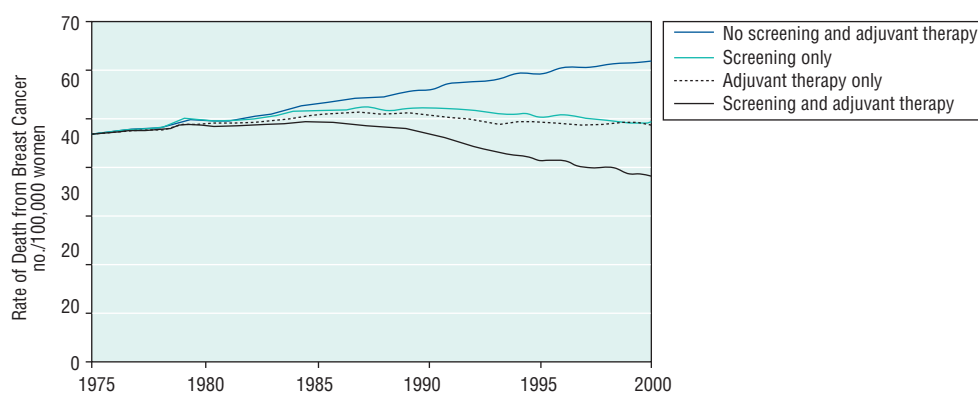
Europaweit waren im letzten Jahrzehnt steigende Neuerkrankungsraten bei rückläufiger Mortalität an Brustkrebs zu beobachten. Abgesehen von den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten wird die **gestiegene Überlebenswahrscheinlichkeit** bei Brustkrebs vor allem auf das vermehrte Screening in verschiedenen EU-Ländern zurückgeführt. Da Brustkrebs durch das vermehrte Screening nicht nur häufiger, sondern auch in einem immer früheren Stadium erkannt wird, lässt sich ein Rückgang der Sterblichkeit an diesem Tumor beobachten. Das Risiko für Frauen, vor dem 75. Lebensjahr an Brustkrebs zu sterben, ging in den letzten zehn Jahren von 2,5 Prozent auf 2,0 Prozent zurück.

Das Europäische Parlament und die Europäische Kommission haben alle Mitgliedsstaaten zur Imple-

mentierung der EU-Leitlinien bis zum Jahr 2008 aufgerufen. Derzeit gibt es in 12 von 25 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union flächendeckende oder regionale Screeningprogramme. Das erste Mammographie-Screeningprogramm in Europa wurde in Schweden bereits im Jahr 1986 erfolgreich eingeführt.

Keinerlei Zweifel bezüglich der Effizienz von organisierten Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen lassen die vorliegenden Ergebnisse vergleichbarer europäischer Langzeitstudien von Mammographie-Screeningprogrammen zu. Tatsächlich konnte sowohl in Schweden als auch in den Niederlanden die Brustkrebsmortalität bei der weiblichen Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 40 und 69 Jahren signifikant um bis zu 41 Prozent gesenkt werden. Eine rezente Publikation, welche die Auswirkungen von Screening und Therapie auf die Brustkrebsmortalität in den USA zwischen 1975 und 2000 untersuchte, beziffert die Reduktion der Brustkrebsmortalität durch Mammographie-Screening mit 28 bis 65 Prozent (Median 46 Prozent) (siehe Grafik 4.23).

Grafik 4.23: Errechneter Rückgang der Brustkrebsmortalität aufgrund von Screeninguntersuchungen und adjuvanter Therapie



Quelle: BERRY et al., *N engl. J. Med* (2005).

Für **Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren** berichten internationale Studien¹⁴³ von einer Reduktion der Brustkrebssterblichkeit aufgrund des Mammogra-

phie-Screenings zwischen 20 und 30 Prozent. Als unerlässlich sind jedoch folgende Voraussetzungen anzuführen: Röntgenreihenuntersuchungen an gesun-

¹⁴² Vgl. International Agency for Research on Cancer (2002), Handbook.

¹⁴³ BERRY et al (2005), in: *N Engl J Med* 353: 1784–92 sowie ÖBIG (2004): Mammographie-Screening Austria.

den Frauen müssen unter Einhaltung klar definierter Qualitätsstandards, die sowohl die Organisation des Screenings als auch die Erstellung der Mammographien unter standardisierten, möglichst identen Bedingungen mit Doppelbefundung, die weitergehende Verdachtsabklärung (Assessment), Schulung von RTs¹⁴⁴ und Radiologinnen und Radiologen, Dokumentation, technische Qualitätssicherung und interdisziplinäre Zusammenarbeit regeln, durchgeführt werden.¹⁴⁵

Die Empfehlungen eines Mammographie-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.

Mammographie-Screening in Österreich

In den Jahren 1999 bis 2001 führte Wien als erstes Bundesland ein Brustkrebsfrüherkennungsprogramm durch. Ziel des Wiener **Brustkrebsfrüherkennungsprogramms „Die Klügere sieht nach“** war, die Inanspruchnahme von weitgehend qualitätsgesicherten Mammographieuntersuchungen (die technische Qualitätssicherung wurde lückenlos umgesetzt, Doppelbefundung allerdings nur in fraglichen Fällen) von Wiener Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zu erhöhen. Das Programm orientierte sich grundsätzlich an den EU-Leitlinien und kann in der Erreichung seiner Ziele wie Steigerung der Inanspruchnahme von Mammographieuntersuchungen von 49 auf 69 Prozent, Qualitätssicherung der Mammographie, Implementierung von Vernetzungsstrukturen sowie allgemeine Bewusstseinsbildung als erfolgreich bezeichnet werden.¹⁴⁶ Insbesondere gelang

es jene Frauen anzusprechen, deren letzte Mammographie bereits längere Zeit zurücklag.

Im Jahr 2002 hat das am ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) eingerichtete Expertinnen- und Expertengremium die Empfehlung ausgesprochen, auch in Österreich ein an den EU-Qualitätsleitlinien angelehntes flächendeckendes Brustkrebsfrüherkennungsprogramm mit dem Schwerpunkt eines systematischen qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings einzuführen. Dieser Empfehlung schloss sich in der Folge auch der Oberste Sanitätsrat 2003 an. Im selben Jahr erfolgte die Resolution des EU-Parlaments mit der Aufforderung an alle EU-Länder, die Brustkrebsmortalität bis 2008 um 25 Prozent zu senken. Der Aufbau populationsbasierter Screeningprogramme wurde dabei als essentiell erachtet.

In Österreich wurde für die Jahre 2005 bis 2008 das Mammographie-Screeningprogramm in die Vereinbarung gem. Art.15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen dem Bund und den Ländern aufgenommen. Die Stadt Wien und die WGKK bewarben sich um die gemeinsame Durchführung eines **Modellprojekts in Wien**. Im Dezember 2005 fiel der Beschluss der Bundesgesundheitskommission für die finanzielle Unterstützung des Wiener Pilotprojekts. 2006 wurde in Österreich mit der Implementierung von Mammographie-Screeningmodellprojekten begonnen. Auf der Basis der EU-Leitlinien sollten das Screening für Frauen bestimmten Alters in überschaubaren Regionen erprobt und die Bedingungen für ein österreichweites Screening abgesteckt werden.

¹⁴⁴ Radiotechnologinnen und-technologen.

¹⁴⁵ Siehe dazu auch ÖBIG (2004), Mammographie-Screening Austria; MILLER et al. (1992); NYSTROM et al. (1993); OLSEN & GOTZSCHE (2000).

¹⁴⁶ WIMMER-PUCHINGER et al. (2003).

Mammographie-Screening Austria: Wiener Pilotprojekt im 15., 16., 17. Bezirk – „Ich schau auf mich!“

Wissenschaftliche Ausgangslage für das Wiener Modellprojekt

Univ.Prof. Dr. Thomas HELBICH, Ms, MBA,
 Universitätsklinik für Radiodiagnostik, Medizinuniversität Wien,
 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Senologie und wissenschaftliche Projektleitung

Brustkrebs ist die häufigste Krebsdiagnose bei Frauen mit der höchsten krebsassoziierten Mortalitätsrate in der Europäischen Union (Mortalitätsrate maligne Neoplasien EU: 25 von 100.000 Frauen). Aufgrund der demographischen Entwicklung werden in Zukunft noch mehr Frauen mit dieser Diagnose konfrontiert sein. Das systematische Mammographie-Screening aller Frauen einer bestimmten Altersgruppe bietet die Möglichkeit, Leben zu retten und die Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung durch möglichst frühe Erkennung zu reduzieren.

Dieser Effekt kann jedoch nur erzielt werden, wenn die Qualität des Screenings optimal ist. Dieser hohe Qualitätsanspruch betrifft nicht nur das Mammographie-Screening, sondern auch die weiteren diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Die **Vermeidung von falsch positiven** (Verdachtsbefunde an eigentlich gesunden Frauen) **und falsch negativen Befunden** (Brustkrebs liegt vor und wird nicht entdeckt) sind dabei die für die Frauen bedeutendsten Faktoren.

Um allen Frauen in der Europäischen Union hohe Standards bei Mammographie-Screenings bieten zu können, hat die Europäische Union in Zusammenarbeit mit dem European Breast Cancer Network Leitlinien entwickelt und ihre Implementierung vorangetrieben. Diese Anstrengungen der Europäischen Union haben nicht nur dazu geführt, dass die Qualität europäischer populationsbezogener Screenings weltweit unübertroffen ist, sondern auch die Qualität der Mammographien außerhalb von Screeningprogrammen erhöht werden konnte.

Der Erfolg dieser Bemühungen beispielsweise in Schweden, Großbritannien, den Niederlanden und Italien mit Teilnahmeraten zwischen 70 und 90

Prozent hat dazu geführt, dass die Europäische Union im Juni 2003 alle Mitgliedstaaten dazu aufgefordert hat, bis zum Jahr 2008 Mammographie-Screeningprogramme zu etablieren.

Wissenschaftliche Rahmenbedingungen:

Gemäß der Definition der WHO versteht man unter **Screening** (englisch: sieben, durchleuchten) die regelmäßige, bevölkerungsbezogene Reihenuntersuchung einer definierten symptomfreien Bevölkerungsgruppe auf das Vorhandensein der betreffenden Krankheit oder bestimmter Vorstufen dieser Erkrankung.

- Screeninguntersuchungen sind dann effektiv, wenn durch eine damit früher mögliche Diagnose Morbidität und Letalität der Krankheit gesenkt werden können,
- die Akzeptanz der angebotenen Untersuchung in der entsprechenden Bevölkerungsgruppe hoch ist und
- damit mittel- bis langfristig auch finanzielle Ressourcen geschont werden können.
- Der Nutzen des Screenings muss in der betreffenden Bevölkerungsgruppe deutlich höher sein, als potenzielle, durch eine Teilnahme am Screening hervorgerufene Schäden.

Inwieweit erfüllen die verschiedensten internationalen Mammographie-Screeningprogramme nun diesen Anspruch?

Bereits im Jahre 1993 hat die Europäische Gesellschaft für Mastologie (EUSOMA¹⁴⁷) die Wertigkeit bzw. die möglichen Schäden eines Mammographie-Screeningprogrammes evaluiert. Die Daten bzw. Durchführungsindikatoren sind in den *Tabellen 1 und 2* zusammengefasst.

¹⁴⁷ European Society of Breast Cancer Specialists.

Letztendlich zeigen all diese Studien, dass mit einem flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screeningprogramm unter asymptomatischen Frauen der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren (alle zwei Jahre) eine **Verminderung der Brustkrebssterblichkeit** um etwa 25 Prozent zu erwarten ist. Ein Mammographie-Screeningprogramm mit klinischer bzw. Selbstuntersuchung ist dabei nicht vorgesehen. Unsicherheit besteht über denselben Effekt bei Frauen unter dem 50. Lebensjahr.

Was kann aus diesen Ergebnissen abgeleitet werden?

Der erste und wichtigste Punkt aus diesen Ergebnissen lautet: Mammographie-Screeningprogramme müssen unter **genau festgelegten Qualitätsstandards** durchgeführt werden. Doch war es ein langer und sehr steiniger Weg, den die Europäische Union diesbezüglich eingeschlagen hat. So wurden die ersten Richtlinien bereits im Jahre 1992 publiziert und in drei weiteren Editionen überarbeitet. Gemäß den EU-Leitlinien für ein qualitätsgesichertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm müssen personelle, technische und strukturelle Vorbedingungen für ein solches Programm erfüllt werden. Insgesamt beinhaltet die „**Screening-Kette**“ die enge Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie die Schaffung neuer intersektoraler Strukturen in bestehenden Gesundheitssystemen.

Folgende Punkte sind dabei wesentlich:

- Information und Mobilisierung der 49- bis 69-jährigen Frauen (angestrebte Teilnehmerate: 70 bis 75 Prozent)
- Einhaltung zweijähriger Untersuchungsintervalle

- Durchführung einer Doppelbefundung und damit Optimierung der Entdeckungsrate von Brustkrebs
- Die Radiologin bzw. der Radiologe, die bzw. der die Untersuchung durchführt, muss mindestens 5.000 Aufnahmen im Jahr begutachten.
- Sicherstellung der Qualität in Folgediagnostik, Therapie und Nachsorge durch ein interdisziplinäres Team (Vertreterinnen und Vertreter aus Radiologie, Gynäkologie, RTA¹⁴⁸, Chirurgie, Pathologie, Psychoonkologie, Medizinphysik und anderen Fachgruppen)
- Einsatz neuester Apparate und Sicherstellung der technischen Qualität
- Schaffung von Schulungsprogrammen für alle am Screening-Programm beteiligten Personen
- Effizientes Datenmanagement in der „Screening-Kette“ (Dokumentation, Evaluierung, Controlling etc.)
- Aufbau eines flächendeckenden Brustkrebsregisters
- Vernetzung mit der EUREF (European Reference Organization for Quality Assured Breast Screening und Diagnostic Services)

Österreich und hier vor allem das Land Wien haben sich für die Umsetzung dieser EU-Leitlinien ausgesprochen. Der richtige Weg ist eingeschlagen, doch ist der Weg in Anbetracht der bereits vorhandenen Versorgung mit dem so genannten „grauen oder opportunistischen Screening“¹⁴⁹ nicht einfach. Hürden sind jedoch dazu da, um gemeistert zu werden. Österreich nimmt diese Herausforderung an. Somit steht einem nationalen Mammographie-Screeningprogramm nichts mehr im Wege.

¹⁴⁸ Radiotechnologische Assistentinnen und Assistenten.

¹⁴⁹ D. i. die weitgehend unkoordinierte Früherkennung, die hauptsächlich auf eigenen Wunsch oder aufgrund einer ärztlichen Entscheidung erfolgt.

Tabelle 1: Randomised controlled trials of breast cancer screening in women aged 40–74 years (adapted from Ref. [1])

Trial	Screening interval (months)	Age (years)	No. of women invited for screening	Average follow-up (years)	Total number of breast cancer deaths in trial	Relative risk of dying from breast cancer (95% CI)
New York [2, 3]	12	40–64	31.000	10	228	0.71 (0.55–0.91)
Edinburgh [4] ^a	24	45–64	23.000	10 ^c	217	0.85 (0.65–1.12)
Sweden ^b						
Two-County [5, 6]	24, 33	40–74	77.000	11	481	0.78 (0.65–0.93)
Malmö [7]	18–21	45–70	21.000	9	195	0.81 (0.62–1.07)
Stockholm [8]	28	40–65	39.000	7	93	0.76 (0.50–1.14)
Göteborg [9]	18	40–59	21.000	5	74	0.81 (0.50–1.29)
Swedish overview [9]						0.77 (0.67–0.88)
All trials		40–74	212.000		1288	0.78 (0.70–0.87)

^a Provisional results; personal communication from F.E. Alexander (1993).

^b Relative risks and 95% confidence interval (CI) calculated from data in Ref. [9].

^c Total follow-up.

Quelle: A. HACKSHAW: Eusoma review of mammography screening. *Annals of Oncology*14: 1193–1195, 2003.

Tabelle 2: Performance indicators of national screening programmes in Europe (adapted from Ref. [1]).

Performance indicator	UK	Sweden	Finland	Iceland
Population coverage (%) ^a	Not known	53	>80	67
Screening uptake (%) ^b	73	75	89	67
Referral rate (%) ^c	6.2	5.0	2.9	4.2
Benign biopsies (per 1.000 women screened) ^d	2.67	Not known	2.30	2.73
Detected cancer prevalence (per 1.000 women screened) ^e	6.23	6–7	3.75	5.45
Malignant: benign ratio ^f	2.3:1	4:1	1.6:1	2:1
Proportion of cancers with tumours <10 mm diameter (%)	22	Not known	40	31

^a The proportion of the eligible population that has been screened.

^b The percentage of women invited who are screened.

^c The percentage of screened women who are referred for further investigation.

^d The biopsy rate in women without breast cancer.

^e The rate of women diagnosed with breast cancer amongst those who are screened.

^f The number of benign biopsies: detected cancer prevalence (some tumours are detected by fine needle aspiration rather than biopsy).

Quelle: A. HACKSHAW: Eusoma review of mammography screening. *Annals of Oncology*14: 1193–1195, 2003.

Das Wiener Pilotprojekt lief von September 2006 bis Juni 2008 und wurde von der Stadt Wien gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse WGKK geplant, organisiert, begleitet und finanziert.¹⁵⁰

Projektziele

Übergeordnetes Ziel des Wiener Pilotprojekts war es, Strukturen zur Erprobung und Durchführung eines

qualitätsgesicherten, bevölkerungsbezogenen Mammographiescreenings nach den Europäischen Leitlinien zu entwickeln (Strukturqualität). Darüber hinaus wurden folgende Ziele verfolgt:

- Implementierung der „European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“ European Commission 2001, verblindete, unabhängige radiologische Zweit- und Drittbefundung, Aus- und Fortbildung aller Beteiligten in internati-

¹⁵⁰ Die Projektleitung lag für die WGKK bei Mag.^a Karin EGER, Leiterin der Abteilung für Gesundheitsprävention, für die Stadt Wien bei A.o. Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate WIMMER-PUCHINGER (Wiener Frauengesundheitsbeauftragte). Die wissenschaftliche Projektleitung oblag Univ.Prof. Dr. Thomas HELBICH, Universitätsklinik für Radiodiagnostik und Medizinuniversität Wien, einem wissenschaftlich international anerkannten Experten für Mammographie.

onalen Referenzzentren, implementierte technische Qualitätssicherung, medizinische Qualitätssicherung, interdisziplinäre Befundbesprechungen, regelmäßige Meetings aller Beteiligten

- Permanente Qualitätssicherung der einzelnen Glieder der multidisziplinären Screening-Kette und webbasierte Ergebnisdokumentation laut Vorgaben aller Prozesse in der Behandlungskette
- Steigerung der Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammographie in der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen durch niederschweligen Zugang und wirksame PR-Maßnahmen
- Fokus auf sozial benachteiligte Frauen, Migrantinnen und Frauen, die noch nie eine Mammographie durchführen ließen, bzw. deren letzte Mammographie schon einige Jahre zurückliegt
- Spezielle muttersprachliche Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund, bei denen eine suspekta oder positive Befundung erfolgt ist, psychoonkologische Begleitung
- Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema Brustkrebs und Brustkrebsfrüherkennung

Zielgruppe

Studien zu Folge nehmen vor allem Migrantinnen und sozial Benachteiligte Früherkennungsuntersuchungen in geringerem Ausmaß in Anspruch¹⁵¹. Aus diesem Grund wurden zur Auswahl der Pilotbezirke der Anteil der ausländischen Frauen in der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre und der Einkommensindex herangezogen. Den 15., 16. und 17. Wiener Gemeindebezirk kennzeichnet ein niedriges Einkommensniveau sowie ein hoher Anteil von Migrantinnen (16 bis 22 Prozent ausländische Staatsbürgerinnen in der angestrebten Altersgruppe).

Umsetzung

Bis Ende 2008 wurde die gesamte Zielgruppe – 26.153 Frauen – mittels persönlicher, mehrsprachiger Einladung (in Deutsch, Türkisch, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch und Englisch) zum Mammographie-Screening gebeten. Jede Frau erhielt einen Terminvorschlag, es war keine Zuweisung zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt notwendig.

¹⁵¹ BLANCHARD et al. (2004).

¹⁵² Als Projektmanagerinnen waren Mag.^a Andrea DÖRR (WGKK), Dr.ⁱⁿ Marie-Therés MLCZOCH und Mag.^a (FH) Sophie BÖHM (Wiener Programm für Frauengesundheit) bis 2/2009 tätig.

Die Mammographie wurde in zwei Praxen niedergelassener Radiologinnen und Radiologen sowie im Hanusch-Krankenhaus angeboten. Die weitere (invasive) Verdachtsabklärung fand in der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals und Hanusch-Krankenhauses statt. Der Biopsiefund wurde den Frauen unter Beiziehung einer professionell ausgebildeten Psychoonkologin mitgeteilt. War eine Operation erforderlich, so wurde diese in einer der beteiligten Krankenanstalten durchgeführt und im Prozess dokumentiert.

Allen Projektphasen lagen strengste Qualitätsstandards – medizinisch, technisch, ethisch – nach den EU-Guidelines zu Grunde.

Für die gesamte Dauer des Projekts wurde ein **Projektmanagement**¹⁵² implementiert, das in enger Zusammenarbeit mit der Projektleitung u. a. mit folgenden Aufgaben betraut wurde:

- Laufende Prozessevaluierung; wissenschaftliche Auswertung und Berichtslegung in Anlehnung an internationale Standards und Expertisen sowie die geltenden EU-Richtlinien für Brustkrebs-Screening
- Einladungsmanagement – Konzept und Erstellung einer Datenbank; Logistik der Zuteilung der Einladungen und Abstimmen mit Kapazitäten der Untersuchungsstellen sowie Koordination der Untersuchungstermine; Wartung der Datenbanken; laufende Dokumentation der Frequenzen
- Beratung, Erstellung und Wartung einer webbasierten Software zur Datenerfassung auf der Basis des Minimalen Datensets (MDS) und Formularwesen
- Qualitätssicherung: Implementierung und laufende Kontrolle der Umsetzung; Konzeption, Produktion und Installation von Auswertungsprogrammen: Konzeption und Erstellung der Auswertungsprogramme zum klinisch-medizinischen Output
- Organisation und Koordination der Installation der Auswertungsprogramme; Testung der Auswertungsprogramme; Bereitstellung kompatibler Datenformate für weitere Auswertungen; laufende Dokumentation von Ergebnissen; Konzeption

und Wartung eines Systems zur Datenplausibilisierung und Qualitätssicherung

- **Datenschutz:** Die entsprechend der Datenschutzauflagen erfolgte Datenerfassung, -übermittlung und -verarbeitung wurde von der Datenschutzkommission akzeptiert.

Ein zentrales Vorhaben stellte die laufende Kommunikation und Vernetzung der einzelnen Akteurinnen und Akteure dar: Neben der Steuerungsgruppe, die die relevanten Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger der Stadt Wien und der WGKK umfasste, wurde eine **Ethikgruppe**¹⁵³ eingerichtet, die alle Informationsmaterialien sowie den Einladungsbrief gemeinsam auf „Informed Consent“-Kriterien abstimmte.

Für den **medizinischen Erfahrungsaustausch** fanden regelmäßige Treffen der Projektleitung mit der Umsetzungsgruppe, bestehend aus Fachkräften der Radiologie, Pathologie, Chirurgie, Gynäkologie, Radiotechnik und Psychoonkologie statt. Die Ärztinnen und Ärzte der Radiologie und Pathologie vernetzten sich darüber hinaus bei den wöchentlichen Konsensuskonferenzen mittels Telefonkonferenz mit dem Radiologischen Drittbefunder bzw. mit der Pathologischen Zweitbefunderin. In den Krankenhäusern fanden zusätzlich interdisziplinäre sogenannte „Mamma-Boards“ statt. Das medizinische Fachpersonal aller beteiligten Abteilungen konferierte über fragliche Befunde bzw. das weitere Vorgehen bei einzelnen Patientinnen.

Einen Schwerpunkt nahm die **Informations- und Öffentlichkeitsarbeit** in dem Modellprojekt ein, um vor allem sozial benachteiligte Frauen zu erreichen. Dazu wurden mehrsprachige Informationsveranstaltungen im Bezirk, in Moscheen und Kulturzentren eingesetzt, Plakate in U-Bahnstationen ausgehängt sowie eine Homepage¹⁵⁴ eingerichtet. Eine kostenlose telefonische Hotline organisierte die Terminkoordination für die Screeningzentren und war Informationsdrehscheibe für die schriftlich eingeladenen Frauen. Insgesamt wurden 4.040 Wienerinnen in den Sprachen Deutsch,

Türkisch, Serbisch, Kroatisch und Bosnisch betreut. 43 Prozent der Anruferinnen gaben an, bereits regelmäßig eine Mammographie durchführen zu lassen, 38 Prozent der Anruferinnen wollten den Termin verschieben und 13 Prozent informierten sich über das Programm und das Thema Mammographie.

Technische Qualitätssicherung: Die teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen mussten die in Anlehnung an die EU-Richtlinien definierten Fördereungskriterien erfüllen und verpflichteten sich zur Einhaltung folgender Qualitätsstandards: Technische Prüfung und Wartung der eingesetzten Mammographiegeräte (Abnahme-, halbjährliche und tägliche Qualitätssicherung), halbjährliche Prüfungen der Geräte sowie laufende Qualitätskontrollen durch Expertinnen und Experten des niederländischen Referenzentrums Nijmegen¹⁵⁵.

Die **medizinische Qualitätssicherung** umfasste u. a. eine Mindestfallzahl und Schulungen (MD-Kurs, BM-Kurs, EM-Kurs¹⁵⁶, Histopathologie-Kurs, angeleitete Tätigkeiten). Im Jahr 2008 absolvierte das gesamte am Screening-Prozess beteiligte medizinische Fachpersonal alle entsprechend der EU-Guidelines erforderlichen Schulungen in den dafür lizenzierten Referenzzentren in Deutschland, Holland, England und Italien.

Zentral war die **gegenseitige Doppelbefundung** bei allen Aufnahmen, die Supervision der ersten 6.000 Screeningaufnahmen durch den internationalen Referenzbegutachter¹⁵⁷ sowie die **Drittbegutachtung** in Fällen einer Diskrepanz durch selbigen. Weiterführende Behandlungen erfolgten auf der Basis von Konsensus-Konferenzen (Zusatzaufnahmen, Ultraschall, Tastbefund). Es wurden prä- und postoperative Konferenzen unter Leitung von Oberärztinnen und -ärzten der Radiologie im Hanusch-Krankenhaus sowie im Wilhelminenspital etabliert. Weitere Punkte der Vereinbarung zur Qualitätssicherung beziehen sich auf **einheitliche, standardisierte und mehrsprachige Aufklärung** bzw. Information der Frauen im Rah-

¹⁵³ Den Vorsitz der Ethikgruppe führte Univ. Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Babara MAIER, Gynäkologin und habilitierte Medizinethikerin der Landes- klinik Salzburg. Ferner gehörten der Ethikgruppe Mitglieder der Arbeitsgruppe Psychoonkologie, Mitglieder von Europa Donna, der Wiener Krebshilfe sowie der Frauenselbsthilfe nach Brustkrebs, an.

¹⁵⁴ Siehe Projekthomepage <www.ich-schau-auf-mich.at>.

¹⁵⁵ Unter der Führung von Dr. Friedrich SEMTURS.

¹⁵⁶ Multidisziplinärer Kurs; Befunderkurs; Kurs zur Erstellung von Mammographieaufnahmen.

¹⁵⁷ Dr. Hans JUNKERMANN, Leiter der Sektion Senologische Diagnostik des Universitätsklinikums Heidelberg.

men des Screenings nach dem Rahmen des „informed consent“. Weiters auf die laufende, ordentliche und zeitgerechte Dokumentation entsprechend dem definierten Minimalen Datensatz (MDS) sowie Übermittlung der erfassten Daten gemäß den Vorgaben der Projektleitung unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bedingungen;

Die teilnehmenden Brustambulanzen erfüllten nachstehende Eigenschaften in Orientierung an den **EUSOMA-Kriterien und EU-Richtlinien**: Es muss sich um eine reguläre Brustambulanz handeln, die kurative Weiterbehandlung hat in einer Krankenanstalt mit einem onkologischen Zentrum oder Schwerpunkt zu erfolgen; nachzuweisen ist Qualifikation im Bereich der bildgebenden Verfahren inklusive Ultraschall- und Magnet-Resonanz-Diagnostik sowie im Bereich der konventionellen Stanzbiopsien; zudem ist für psychoonkologische Betreuung zu sorgen.

Qualitätssicherung Histopathologie: Die teilnehmenden Pathologinnen und Pathologen verpflichteten sich, die in Anlehnung an die EU-Richtlinien definierten Förderungskriterien einzuhalten, nämlich die kontinuierliche Fortbildung sowie die Zweitbefundung der ersten 100 pathologischen Befunde durch die Referenzpathologin¹⁵⁸.

Drittbefundung: Die Screeningbefundungen erfolgten voneinander unabhängig und verblindet durch

zwei nach den Anforderungen der EU-Leitlinien geschulte und erfahrene Radiologinnen und Radiologen. Die nach EU-Leitlinien vorgeschriebene Zweitbefundung wurde im Hanusch-Krankenhaus durch einen zweiten Befundarzt durchgeführt und im niedergelassenen Bereich befundeten sich die zwei beteiligten Radiologen gegenseitig doppelt. Die Befundungen wurden in Supervision durch Dr. Hans JUNKERMANN, Heidelberg, durchgeführt.

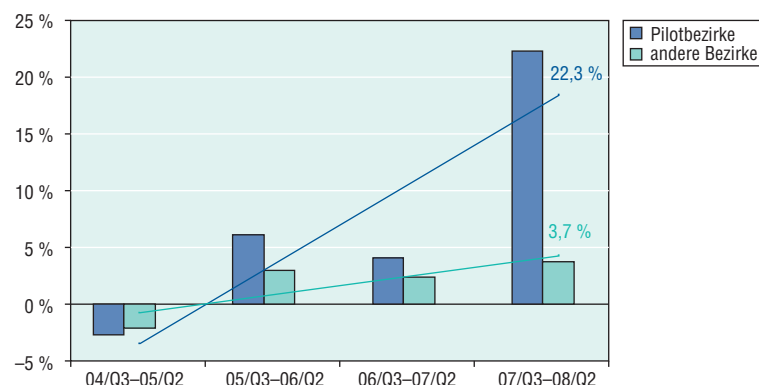
Psychoonkologische Betreuung: Um die Betreuungsqualität in der Screening-Kette sicherzustellen, wurden die Psychologinnen des Hanuschkrankenhauses und Wilhelminenspitals eingebunden.

Ergebnisse

Das Wiener Pilotprojekt hat viele Erfolge verbucht. Die größte Leistung war, dass trotz der bestehenden Parallelstrukturen in Wien 13 Prozent der eingeladenen Frauen (3.024 Teilnehmerinnen) eine Screening-Mammographie in Anspruch genommen haben.

In den drei Pilotbezirken konnte die Mammographierate seit dem Jahr 2004/2005 um 22,3 Prozent gesteigert werden, wohingegen die restlichen Bezirke nur eine Steigerung von 3,7 Prozent erreichten. Diese Zahlen machen deutlich, wie wichtig Information und der niederschwellige Zugang zu Gesundheitsleistungen ist.

Grafik 4.24: Steigerung der Mammographien prozentuell von 2004 bis 2008 in den Pilotbezirken 15., 16., 17. In der Altersgruppe 50–70 Jahre von den Anspruchsberechtigten der WGKK



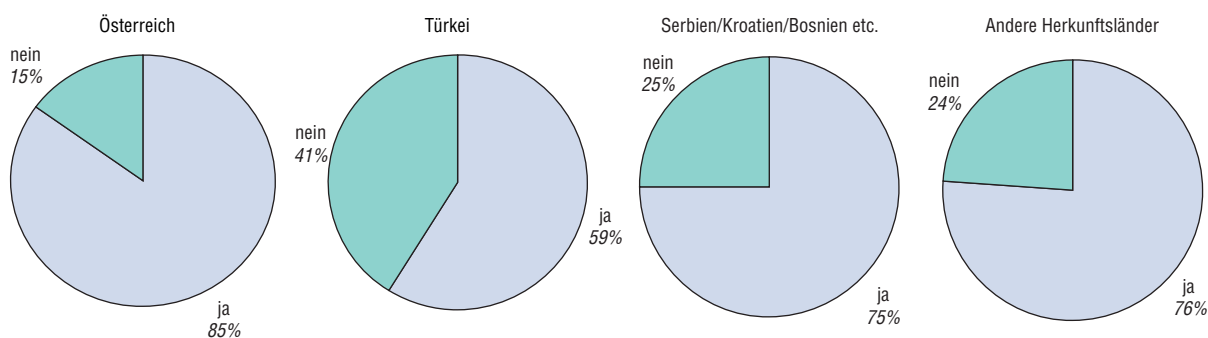
Quelle: Wiener Frauengesundheitsprogramm (2008): Jahresarbeitsbericht.

¹⁵⁸ Prim.^a Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika REINER-CONCIN.

Ein weiteres Projektziel war es Strukturen zu schaffen, um sozial schwache Schichten mit diesem Gesundheitsangebot zu erreichen. Durch den niederschweligen Zugang (schriftliche Einladung mit Terminvorschlag und Untersuchungseinheit, keine Zuweisung durch eine niedergelassene Arztpraxis erforderlich) konnten auch jene Frauen erreicht werden, die vorher

noch keine Mammographie in Anspruch genommen hatten. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit gelang es, rund 1.000 eingeladene Frauen mit Migrationshintergrund (35 Prozent) zu einer Mammographie zu motivieren. Bei 41 Prozent der Frauen mit dem Herkunftsland Türkei war es die erste Mammographie ihres Lebens.

Grafik 4.25: Antworten auf die Frage: „Sind bei Ihnen schon früher Mammographieaufnahmen angefertigt worden?“ aufgeteilt nach Herkunftsland, in Prozent



Quelle: Wiener Frauengesundheitsprogramm (2008): Jahresarbeitsbericht.

Die medizinischen Ergebnisse:

Insgesamt wurden 57 Frauen biopsiert. Das entspricht einem Anteil von 1,9 Prozent der Teilnehmerinnen. Bei 33 Prozent war der Biopsiebefund unauffällig. Mit 20 Frauen wurde ein Operationstermin vereinbart. 14 Frauen wurden zu einer Kontrollmammographie im nächsten halben Jahr eingeladen. 20 Frauen wurden aufgrund ihres Biopsiebefundes operiert. 3 Frauen ließen sich in projekt-externen Krankenhäusern operieren. Von den 17 Operationen, die in den Krankenanstalten durchgeführt wurden, die am Projekt teilnahmen, hatten 10 ein malignes und 7 ein benignes Ergebnis.

Eine weitere Verbesserung in der Strukturqualität wurde durch die Anschaffung von neuen Mammographiestationen erreicht. Besonders die Handhabung der Geräte nach internationalen Qualitätssicherungsstandards – halbjährliche externe Überprüfung der Geräte und tägliche interne Prüfung –

konnte eine deutliche Verbesserung der Bildqualität erzielt werden¹⁵⁹.

Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus den Gremien der Umsetzungs- Steuerungs- und Ethikgruppe wurde ein Handbuch zur qualitätsgesicherten Mammographieuntersuchung erarbeitet. Der Leitfaden zur integrierten Versorgung bei Brustkrebs enthält erstmalig die gesamte Behandlungskette, von der Früherkennung über die Behandlung, inklusive Nachsorge und palliative Versorgung. Dabei wurden sowohl „state of the Art“-Empfehlungen berücksichtigt als auch der Ärztin- bzw. Arzt-Patientinnen-Kommunikation und der psychosozialen Betreuung breiter Raum gegeben.¹⁶⁰

In Gang gesetzt wurde die Aktualisierung des Wiener Krebsregisters auf den laufenden Stand und die Sicherstellung einer nachhaltigen Dateneingabe, ein Vorhaben, das vom Bürgermeisterfonds der Stadt Wien unterstützt wird.

¹⁵⁹ Laut Dr. Hans JUNKERMANN, Leiter der Sektion Senologische Diagnostik des Universitätsklinikums Heidelberg.

¹⁶⁰ Wiener Programm für Frauengesundheit und WGKK (2010): Multidisziplinärer Leitfaden zur Früherkennung und Behandlung des Mammakarzinoms.

Resümee

- Steigerung der Mammographieuntersuchung um 22,3 Prozent in den drei Pilotbezirken. In den anderen Bezirken lag der Zuwachs nur bei 3,7 Prozent.
- Die Steigerung war bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund besonders ausgeprägt: 41 Prozent dieser Frauen waren vorher noch nie bei einer Mammographie.
- Etablierung der geforderten Qualitätskriterien in einer Behandlungskette von der Früherkennung bis zur Brustoperation
- 95-prozentige Zustimmung des Programms im Rahmen von zwei repräsentativen Befragungen
- (anonyme Fragebogen sowie Telefoninterviews) von je 400 Frauen
- Die Erfahrungen der Etablierung eines organisierten, qualitätsgesicherten Mammographie-

Programms liefern wertvolle Informationen für die Planung eines österreichweiten Programms.

Das Mammographie-Screeningprogramm „Ich schau auf mich“ wird 2010 von der Stadt Wien und der WGKK in den Wiener Bezirken 15., 16. und 17. fortgesetzt. Das Pilotprojekt hat wesentliche Eckpfeiler für eine erfolgreiche Implementierung in das bestehende Gesundheitssystem gelegt. Abgesehen von dem niederschweligen Einladungsmanagement wurden Prozesse und Strukturen geschaffen, die es weiterhin zu nützen gilt. Insgesamt hat das Wiener Modellprojekt bundesweit eine Vorbildfunktion eingenommen und wurde auch vom Gesundheitsminister sowie den Mitgliedern der österreichischen Bundesgesundheitskommission gewürdigt.¹⁶¹

¹⁶¹ Detaillierte Ergebnisse in: Wiener Programm für Frauengesundheit (2008): Jahresarbeitsbericht.

4.3.3 Weiblicher Brustkrebs

Inzidenz und Mortalität

Das Risiko für Frauen an Brustkrebs zu erkranken (**Inzidenz**) ging seit 1990 insgesamt etwas zurück (–9,7 Prozent). In den Jahren 1997 und 2004 waren jedoch sprunghafte Anstiege dieser nach wie vor häufigsten weiblichen Krebserkrankung zu verzeichnen. Von 2005 an ist die Inzidenz wieder gesunken, sodass 2007 die Inzidenz den zweitniedrigsten Wert seit 1990 auswies. Die Inzidenz für **Gesamtösterreich** ist seit 2001 rückläufig, bleibt jedoch seit 1991 mit Ausnahme der Jahre 1997, 2004 und 2005 über dem Niveau von Wien (*siehe Grafik 4.15*). Diese drei Jahrgänge zeigen die für Wien höchsten Inzidenzraten seit 1990. Der Rückgang der Inzidenz könnte auf eine Sensibilisierung der Frauen hinsichtlich des Themas Brustkrebs durch die Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitsstellen zurückzuführen sein, da schon Verdachtsfälle behandelt werden können.

2007 erkrankten **906 Wienerinnen** (d. h. jede 961. Frau¹³¹) an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Das ist ein Rückgang gegenüber 2004 von 17,1 Prozent. Die altersstandardisierte Inzidenzrate¹³² ist auf 61,7 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang gegenüber 2004 um 21,2 Prozent.

In der Zunahme von Brustkrebsdiagnosen bis 2004 dürfte sich vor allem auch das vermehrte **Mammographie-Screening** (etwa im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen) zur Brustkrebs-Früherkennung wi-

dergespiegelt haben („Screening-Effekt“).¹³³ Das heißt, es handelte sich bei dieser Zunahme der Diagnosen vermutlich nur um eine scheinbare Erhöhung der Erkrankungshäufigkeit aufgrund der Erhöhung der Auffindungsrate durch Screeningprogramme.

Die **Mortalität** ist in den letzten zehn Jahren (1998 bis 2008) in **Wien** um 28,2 Prozent, in **Gesamtösterreich** um 22,7 Prozent gesunken, doch ist die Brustkrebs-Sterblichkeit noch immer sehr hoch. Die altersstandardisierten Mortalitätsraten für Wien liegen über jenen für Gesamtösterreich. 2008 verstarben 324 **Wienerinnen** infolge einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse (1998 waren es 422 Frauen). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 18,1 Todesfällen pro 100.000.¹³⁴

Konkret bedeutet dies für **Wien**, dass im Vergleich zu 1997 im Jahr 2007 240 weniger Fälle von Brustkrebs diagnostiziert wurden und im Vergleich zu 1998 im Jahr 2008 98 Frauen weniger an Brustkrebs gestorben sind.¹³⁵

Die *folgenden zwei Grafiken* veranschaulichen die Entwicklung der Neuerkrankungen im Vergleich zu den Todesfällen in Wien und Österreich auf Basis von altersstandardisierten Raten. Diese zeigt sich besonders gut in der Darstellung der relativen Entwicklung unter Bezugnahme auf das Indexjahr 1990 (*siehe Grafik 4.16*).

¹³¹ 2007: 870.818 Wiener Frauen.

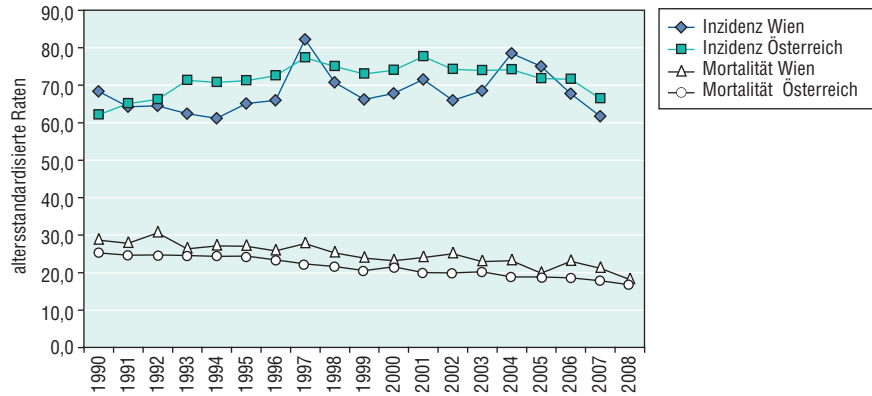
¹³² Auf 100.000 fiktive Bevölkerung (Welt-Standardbevölkerung der WHO).

¹³³ Siehe dazu auch Erläuterungen in Kap. Vorsorgeuntersuchungen S. 300 sowie in Kapitel Brustkrebs und Mammographie-Screening S. 124.

¹³⁴ Bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

¹³⁵ Diagnostizierte Fälle 1997: 1.146; 2007: 906. Sterbefälle 1998: 422; 2008: 324.

Grafik 4.15: Brustkrebs* : altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten**, Wien und Österreich seit 1990***



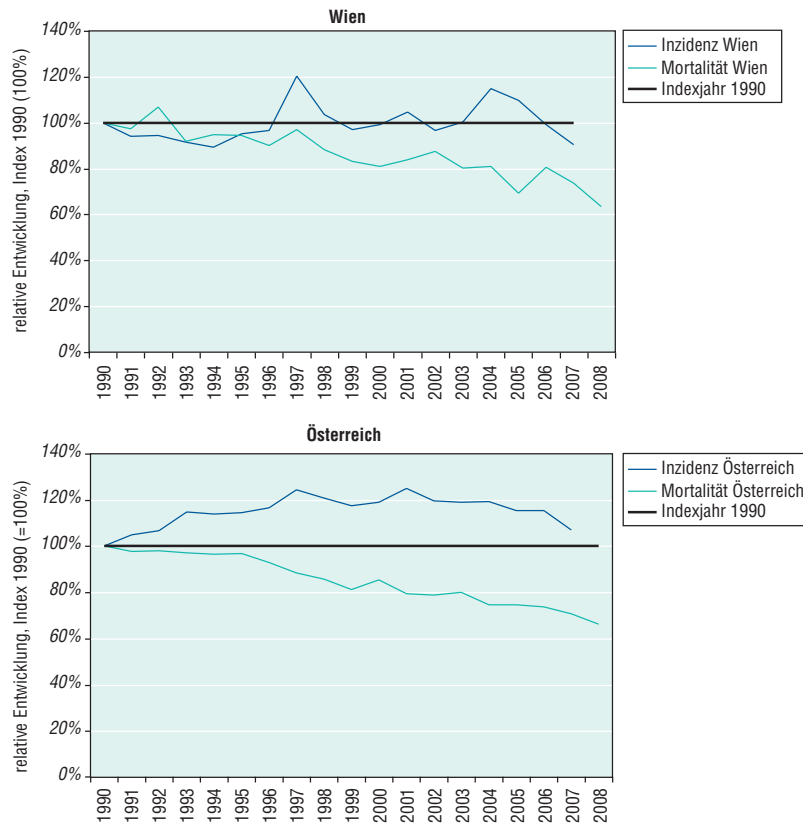
* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (<C50>), nur Frauen.

** Altersstandardisierte Raten: Gestorbene auf 100.000 Frauen gleichen Alters. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

*** Inzidenz Zeitraum bis 2007, Mortalität Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsstatistik).

Grafik 4.16: Brustkrebs* : relative Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz und Mortalität** in Wien und Österreich seit 1990***



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (<C50>), nur Frauen.

** Altersstandardisierte Raten (Gestorbene auf 100.000 Frauen gleichen Alters). Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

*** Inzidenz Zeitraum bis 2007, Mortalität Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Alter

Bei der Analyse nach Alter ist die relativ geringe Fallzahl in den einzelnen Alterskategorien zu berücksichtigen. Dies führt insbesondere in den jüngeren Altersgruppen zu gewissen Schwankungen in den jeweils betrachteten Jahren und kann die Tendenz unter Umständen verwischen. Auch variiert die Darstellung etwas zwischen der Betrachtung nach absoluten Fällen und jener nach Ausschaltung des Altersfaktors (altersspezifische Raten).

Die **absolute** Darstellung zeigt, dass die meisten Fälle an Brustkrebs in der Altersgruppe der 55- bis 64-jährigen Frauen diagnostiziert werden. Auffallend hoch ist die Anzahl der Fälle auch unter den 75- bis 84-jährigen Frauen. Die ersten Erkrankungsfälle an Brustkrebs treten bereits bei unter 25-Jährigen auf, steigen jedoch danach ziemlich rapide.

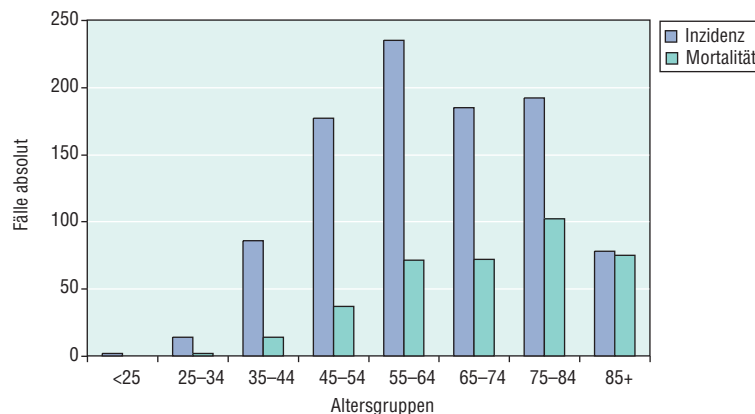
Auch die ersten Sterbefälle treten bereits bei unter 35-jährigen Frauen auf und steigen danach relativ konti-

nuierlich bis zur Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen (siehe folgende Grafik).

Die noch detailliertere Auswertung für **Gesamtösterreich** nach 5-Jahresgruppen zeigt aufgrund der größeren Fallzahlen ein etwas genaueres Bild, wenngleich auch hier die Grundtendenz die gleiche ist. Demnach liegt, nach einem kontinuierlichen Anstieg, der eindeutige Gipfel bei den Diagnosen der Ersterkrankungen in der Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen Frauen. Danach ist, ebenso wie in Wien, die grundsätzliche Tendenz eines kontinuierlichen Rückgangs zu beobachten, bei gleichzeitigem leichten Einbruch in der nachfolgenden Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen.¹³⁶ Auch bei der Mortalität ist die Grundtendenz eines kontinuierlichen Anstiegs bis zu den höchsten Altersgruppen (80 bis 84 Jahre) gleich wie in Wien.

Österreichweit sind die ersten **Erkrankungsfälle** in der Altersgruppe der 25- bis 29-jährigen Frauen, die ersten **Sterbefälle** in der Altersgruppe der 25- bis 35-jährigen Frauen registriert.

Grafik 4.17: Brustkrebsinzidenz und -mortalität*: Verteilung der Häufigkeit von Erkrankungs- und Sterbefällen (absolut) nach Altersgruppen, Wien **



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mamma) (<C50>).

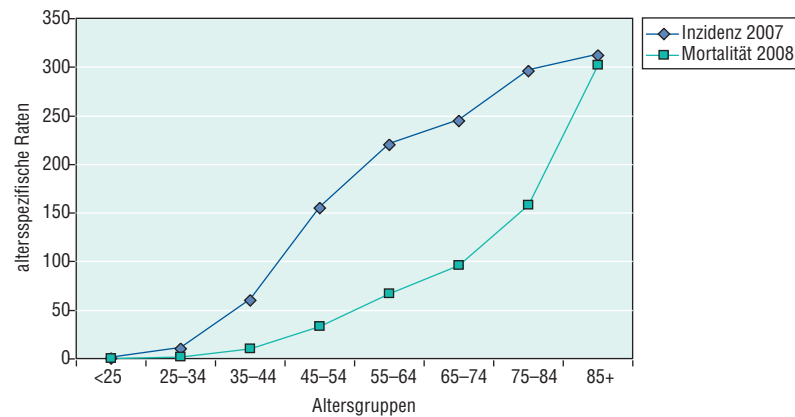
** Inzidenz Zeitraum bis 2007, Mortalität Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; Berechnungen

Die folgende Grafik spiegelt zum Vergleich die Darstellung der **altersspezifischen** Inzidenz- und Mortalitätsraten. Sie zeigt einen sprunghaften Anstieg der

Inzidenzraten bei den 35- bis 44-Jährigen bzw. eine auffällig steigende Mortalität ab dem 75. Lebensjahr (siehe Grafik 4.18).

¹³⁶ Statistik Austria (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Tabelle 3.2.7, S. 401.

Grafik 4.18: Brustkrebsinzidenz und -mortalität*: altersspezifische Raten** nach Altersgruppen, Wien

* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mamma) (<C50>).

** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen/Todesfälle pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung;

Interessant ist jedoch – insbesondere auch in Hinblick auf die Erwartungshaltung gegenüber den erhofften Erfolgen des Mammographie-Screenings¹³⁷ – die Analyse der **relativen Entwicklung der Brustkrebsmortalität** (basierend auf altersspezifischen Sterbeziffern) **nach Altersgruppen seit 1985**.

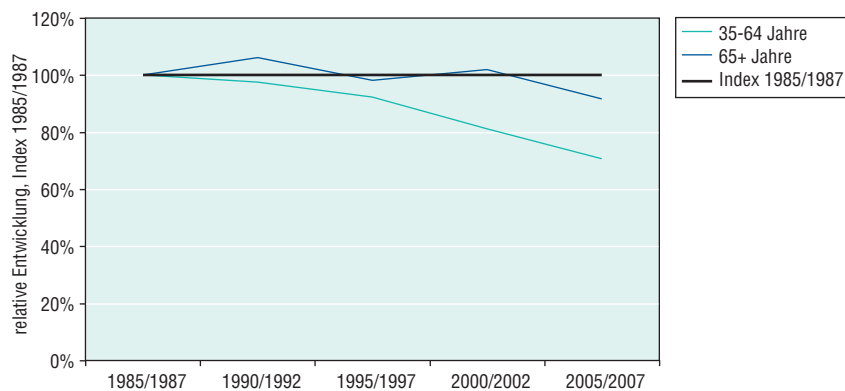
Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen in den jüngeren Altersgruppen kann die Interpretation in differenzierteren Altersgruppen nur sehr vorsichtig erfolgen. Die *folgende Grafik* bildet daher nur die beiden Großgruppen der unter 65-Jährigen einerseits sowie der 65-Jährigen und Älteren andererseits ab.

Daraus lässt sich klar ersehen, dass nur bei **jüngeren Frauen** (unter 65 Jahre) ein merklicher Rückgang der Brustkrebsmortalität in den letzten zwanzig Jahren erkennbar ist. Zwischen 1985 und 2007 beträgt der Rückgang in dieser Gruppe annähernd ein Drittel (29,3 Prozent). Bei **älteren Frauen** (65 Jahre und älter) ist die Entwicklung seit 1985 gleichbleibend hoch bzw. in den letzten Jahren sogar etwas gesunken (8,4 Prozent).

Die *folgende Grafik* veranschaulicht diese Entwicklungen sehr deutlich.

¹³⁷ Siehe Kapitel 4.3.3.1.

Grafik 4.19: Brustkrebsmortalität*: Relative Entwicklung nach Altersgruppen**, Wien 1985–2007***, Index 1985/1987



* Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mamma) (<C50>).

** Basierend auf altersstandardisierten Raten, Bezugsjahr 1985/1987 (=100 Prozent).

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

IV.

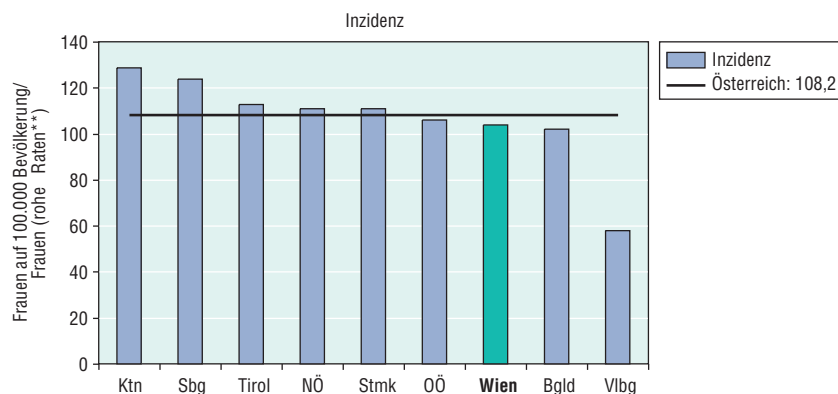
Unter Berücksichtigung der oben erwähnten **Einschränkungen** in der Interpretation der Ergebnisse aufgrund der **geringen Fallzahlen** lässt sich für die etwas detaillierter aufgeschlüsselten jüngeren Altersgruppen folgende Tendenz erkennen: Je jünger die Frauen, desto stärker die Rückgänge seit 1985. Der größte und auch nachhaltigste Rückgang bei den altersspezifischen Sterberaten ist seit 1990 bei jungen Frauen (unter 45 Jahre) zu beobachten. Etwas zeitverschoben, nämlich ab etwa 1995, ist auch ein Rückgang in der Sterblichkeit der 45- bis unter 55-jährigen Frauen zu erkennen. In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-jährigen Frauen ist die Entwicklung kontinuierlich, zeichnet sich auch hier seit 1995 ein Rückgang ab.

Bundesländer-Vergleich

Im **Bundesländer-Vergleich** zeigt sich bei der Brustkrebsinzidenz, dass **Wien** unter dem gesamtösterreichischen Schnitt liegt. Spitzenreiter ist Kärnten. Interessant ist die Stellung des Bundeslandes Vorarlberg, welches bei der Inzidenz durch eine auffallend niedrige Rate hervorsticht bzw. die mit Abstand geringste Inzidenz aller Bundesländer zeigt.

Unklar ist jedoch bei der **Brustkrebsinzidenz**, ob die Unterschiede zwischen den Bundesländern auf die unterschiedliche Handhabung der Mammographie-Praxis, auf Unterschiede in der Qualität des Krebsregisters oder eine tatsächlich höhere oder niedrigere Inzidenz zurückzuführen sind.

Grafik 4.20: Brustkrebsinzidenz* : Wien im Bundesländervergleich, 2007



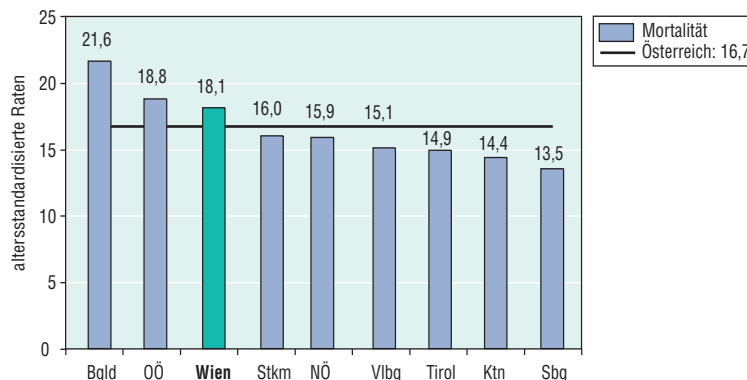
* Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (<C50>). Rohe Raten, bezogen auf weibliche Bevölkerung.
 ** Raten pro 100.000 Österreicherinnen und Österreicher gleichen Alters und Geschlecht.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008.¹³⁸

Obwohl Wien im Bundesländervergleich bei der **Brustkrebsinzidenz** unter dem Österreich-Durchschnitt an drittletzter Stelle liegt, ist die **Brustkrebsmortalität** deutlich darüber. Die Brustkrebsmortalität ist in Vorarlberg angesichts der niedrigen Inzi-

denz ebenso auffallend hoch, während hingegen Kärnten und Salzburg in Anbetracht der höchsten Inzidenzwerte Österreichs eine bemerkenswert niedrige Mortalität aufweisen.

Grafik 4.21: Brustkrebsmortalität* : Wien im Bundesländervergleich, 2008



* Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (<C50>). Altersstandardisierte Raten (Gestorbene auf 100.000 weibliche Bevölkerung gleichen Alters), bezogen auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.¹³⁹

Sonstiges

Mehr zu **Risikofaktoren**, europäischer Vergleich, **Mammographie-Screenings**, Präventionsmaßnah-

men und Behandlungsmethoden siehe im nachstehenden Kapitel 4.3.3.1 **Brustkrebs und Mammographie-Screening**.

¹³⁸ Jahrbuch S. 363, Tab. 3.2.3 Krebsinzidenz.

¹³⁹ Statistik Austria Webseite: Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Überblick/ <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html>.

4.3.4 Darmkrebs

Inzidenz und Mortalität

Inzidenz: Darmkrebs, vor allem im untersten Darmabschnitt, zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen der Wiener (und österreichischen) Bevölkerung. Die im Unterschied zu den Absolutzahlen deutlich höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate von Männern gegenüber Frauen zeigt nach dem sprunghaften Anstieg 1997 zwar wieder eine Abnahme, doch ist die Entwicklung weniger konstant als bei den Frauen. Bei den Frauen erstreckt sich die sinkende Tendenz relativ kontinuierlich bereits auf einen längeren Zeitraum.

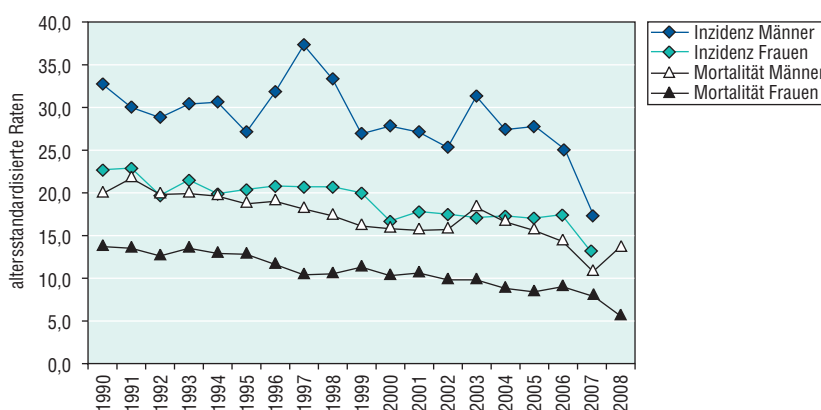
2007 erkrankten in Wien 468 Personen (256 Frauen und 212 Männer) an Dickdarmkrebs. Weitere 275 Personen (120 Frauen und 155 Männer) erkrankten an einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum and Anus. Dies entspricht insgesamt (Dickdarm, Rektum, Anus) einer altersstandardisierten Inzidenzrate – gemessen am Jahresdurchschnitt 2005/2007 – von insgesamt 29,1 (Frauen: 24,1; Männer: 36,6). Die

entsprechenden Werte nur für Dickdarmkrebs betragen jeweils 18,8 pro 100.000 Welt-Standardbevölkerung (Frauen: 15,9; Männer: 23,2).

Auch bei der **Mortalität** weisen Männer höhere Raten auf als Frauen. Dennoch ist bei beiden Geschlechtern (siehe unten stehende Grafik) seit 1990 insgesamt ein deutlicher Rückgang der Darmkrebssterblichkeit¹⁶² zu beobachten (1990 bis 2008: Männer –30 Prozent; Frauen –57 Prozent).

2008 wurden in Wien insgesamt 329 Todesfälle (davon 148 Frauen und 181 Männer) infolge eines Dickdarmkarzinoms gemeldet. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 14,0 bei den Männern bzw. 5,9 bei den Frauen pro 100.000 Welt-Standardbevölkerung der WHO. Berücksichtigt man auch die Todesfälle aufgrund einer bösartigen Neubildung im Bereich Rektum und Anus (71 Frauen, 69 Männer), erhöht sich die Anzahl der Todesfälle auf insgesamt 469.

Grafik 4.26: Darmkrebs*: Altersstandardisierte** Inzidenz- und Mortalitätsraten*** nach Geschlecht, Wien seit 1990



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>).

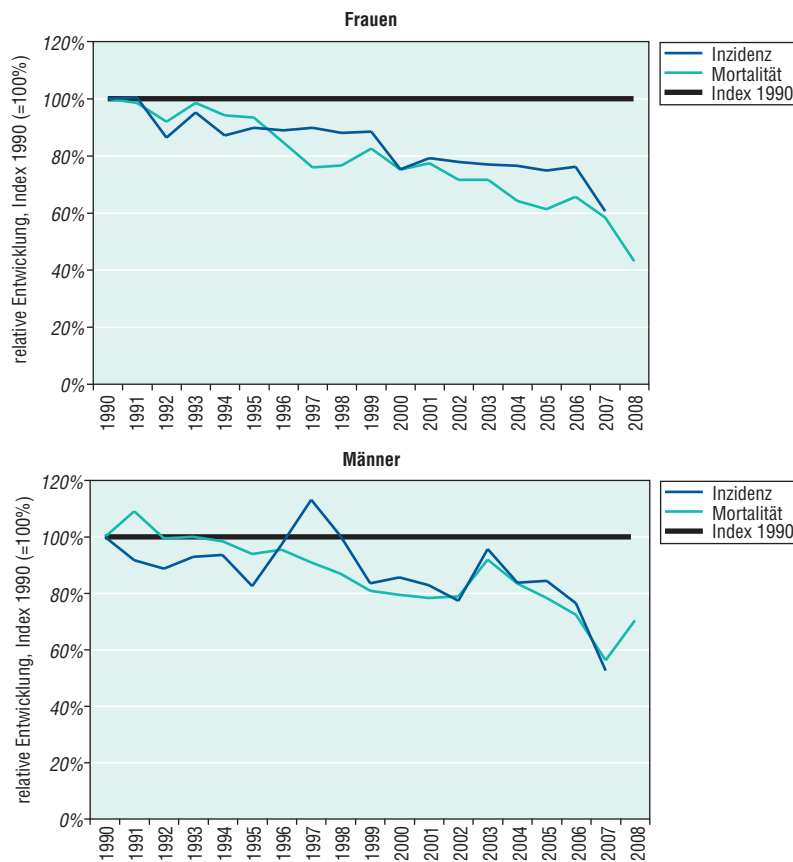
** Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

*** Inzidenz Zeitraum bis 2007, Mortalität Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsstatistik).

¹⁶² Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>).

Grafik 4.27: Darmkrebs*: Relative Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz und Mortalität** in Wien seit 1990*** (Indexjahr), nach Geschlecht



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18).

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

*** Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Alter

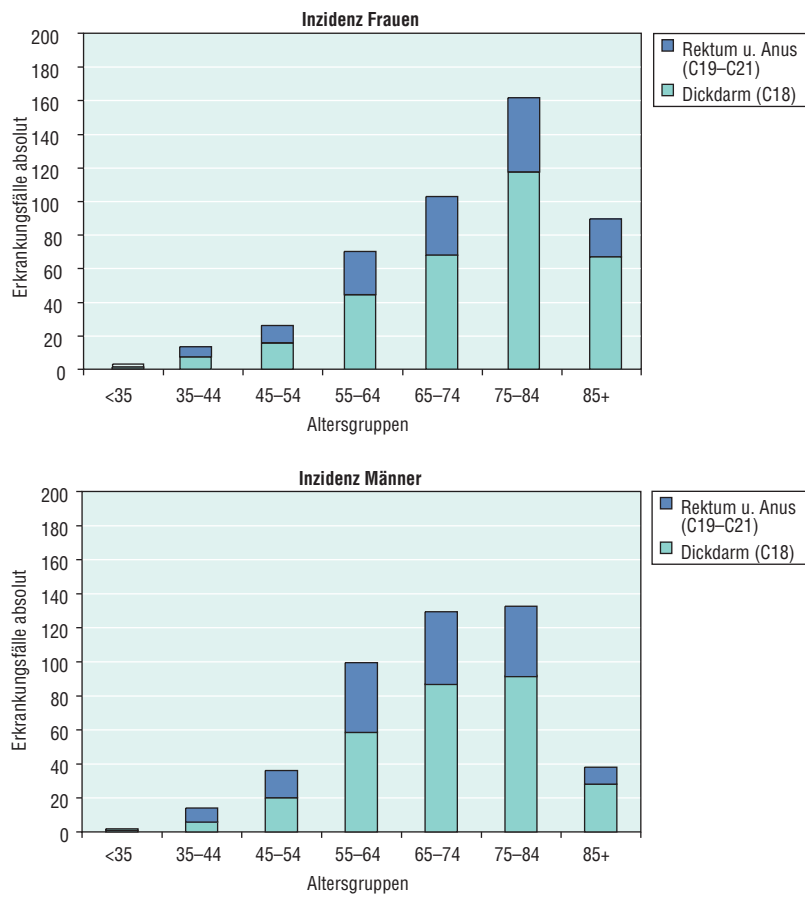
Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen zeigt auch beim Darmkrebs eine klare **Altersabhängigkeit**.

Inzidenz: Die ersten Erkrankungsfälle treten ab einem Alter von etwa 30 Jahren auf. In den Altersgruppen bis etwa 70 Jahren dominieren Männer, während bei Frauen der Häufigkeitsgipfel erst in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen liegt. Bei beiden Geschlechtern ist ein deutlicher Sprung ab der Altersgruppe der 55-

bis 65- Jährigen zu erkennen, jedoch ist dieser bei den **Männern** noch viel deutlicher ausgeprägt als bei Frauen. Auch der Anteil an bösartigen Neubildungen des Rektums und Anus ist bei Männern vergleichsweise höher.

Die *folgende Grafik* veranschaulicht die Verteilung der absoluten Erkrankungsfälle (sowohl bösartige Neubildungen des Dickdarms als auch des Rektums und Anus¹⁾ auf die einzelnen Altersgruppen.

Grafik 4.28: Darmkrebsinzidenz* : Verteilung der Häufigkeit von Erkrankungsfällen (absolut) nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007**



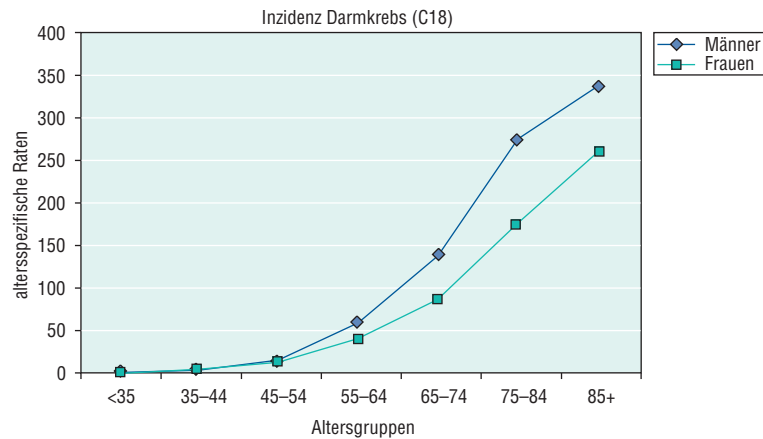
* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>) und des Rektums und Anus (<C19-C21>).
 ** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; eigene Berechnungen.

IV.

Die Darstellung nach **altersspezifischen Raten** zeigt ein deutliches Ansteigen der Darmkrebsinzidenz bei beiden Geschlechtern ab dem 55. Lebensjahr, wobei Männer häufiger erkranken (*siehe Grafik 4.29*).

Grafik 4.29: Darmkrebsinzidenz*: Altersspezifische Raten** nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007***



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>).

** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

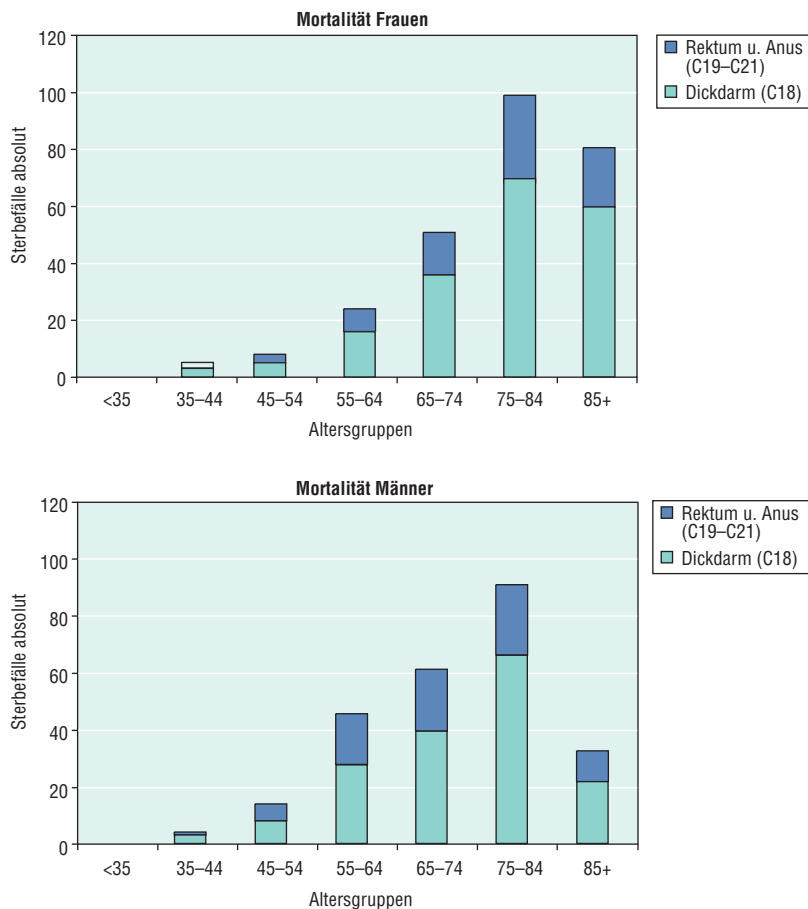
*** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; eigene Berechnungen.

Mortalität: Bei der Darmkrebsmortalität zeigt sich grundsätzlich ein ähnliches Bild wie bei der Darmkrebsinzidenz nach absoluten Zahlen. Während auch hier im Geschlechtervergleich in den jüngeren Altersgruppen mehr Männer an Darmkrebs sterben, zeigt sich im höheren Alter das klare Überwiegen der

Frauen. Dies dürfte zum Teil durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt sein, zum Teil aber auch in einem tatsächlich höheren Sterberisiko bei den hochbetagten Frauen begründet sein (*siehe Grafik 4.30*).

Grafik 4.30: Darmkrebsmortalität*: Verteilung der Häufigkeit von Sterbefällen nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007**



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>) und des Rektums und Anus' (<C19-C21>).

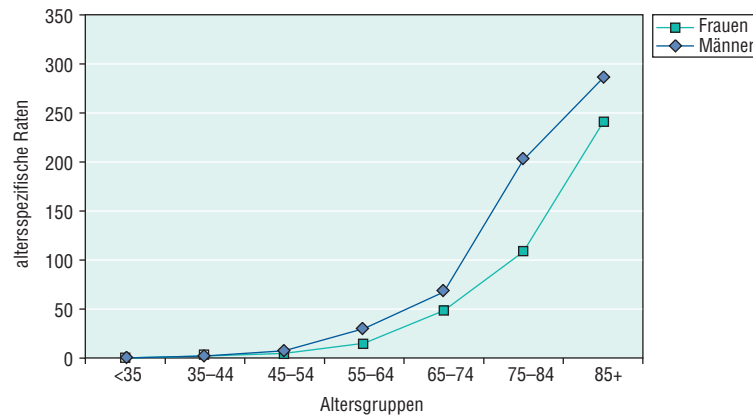
** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; eigene Berechnungen.

Ebenso wie bei der altersspezifischen Inzidenz zeigt auch die Darstellung der Mortalität nach altersspezifischen Raten einen grundsätzlich ähnlichen Verlauf. Augenfällig ist der beinahe parallele Verlauf beider Geschlechter bis zur Altersgruppe der 75- bis 84-Jäh-

rigen. Ab dem 75. Lebensjahr ist ein merkliches Überwiegen der Männer gegenüber den gleichaltrigen Frauen festzustellen (siehe Grafik 4.31). Die Hinzurechnung der bösartigen Neubildungen des Rektums und Anus' zeigt eine ähnliche Entwicklung.

Grafik 4.31: Darmkrebsmortalität*: Altersspezifische Raten** nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007***



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (C18).

** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebstodesfälle pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

*** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; eigene Berechnungen.

Bundesländer-Vergleich

Inzidenz

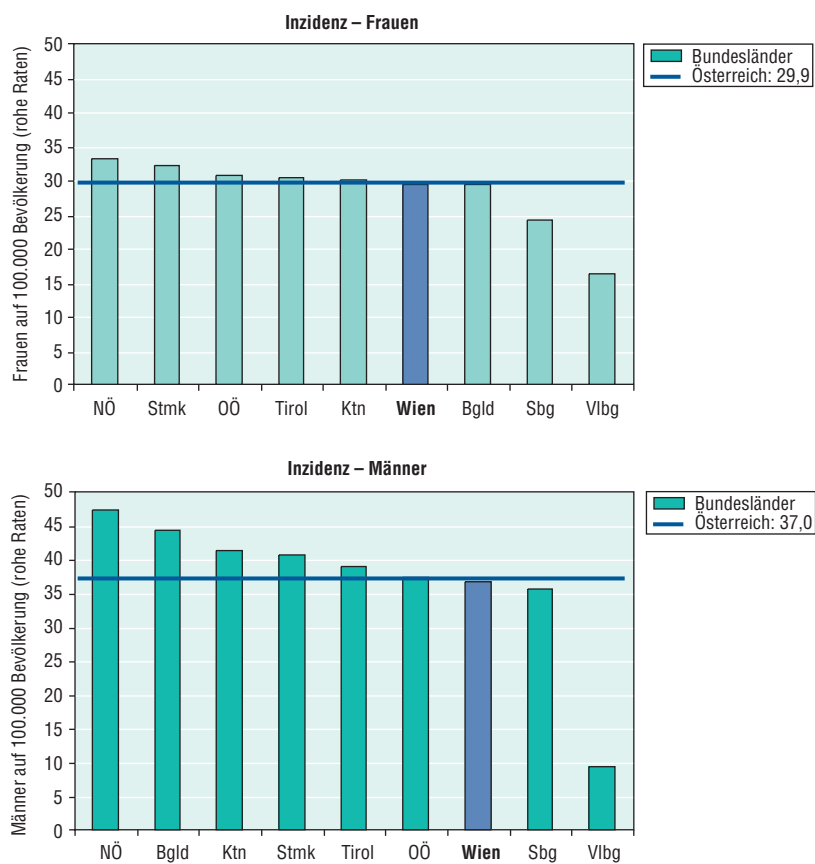
Ein Vergleich der Bundesländer in Hinblick auf Unterschiede in der Inzidenz ist zwar interessant, doch müssen bei der Interpretation des Ergebnisses folgende Einschränkungen mitberücksichtigt werden: Zum einen sind Unterschiede in der Führung des Krebsregisters in den einzelnen Bundesländern zu bedenken, zum anderen unterschiedliche Anteile bei der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bzw. Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten generell (unter anderem auch stark schichtspezifisch beeinflusst). Vor allem bei Darmkrebs ist die Möglichkeit von tatsächlich bestehenden Unterschieden naheliegend, da diese Lokalisation eng in Zusammenhang mit dem Lebensstil, allem voran der Ernährung, steht. Und dieser ist, wie sich immer wieder zeigt, in den westlichen Bun-

desländern weitaus gesünder als etwa in den östlichen. Eine bessere Annäherung an das tatsächliche Krankheitsvorkommen ist daher der Vergleich mit der Mortalität in den einzelnen Bundesländern.

Im Bundesländervergleich weisen Niederösterreich und die Steiermark bei **Frauen** die höchsten Inzidenzraten (rohe Raten) an Darmkrebs auf. Die Wienerinnen rangieren auf Platz sechs. Die Vorarlbergerinnen hingegen weisen nur etwa halb so hohe Raten auf wie die Wienerinnen.

Bei den **Männern** sind die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland an erster und zweiter Stelle. Wien liegt hier in der Mitte und somit fast am Österreich-Durchschnitt. Auch bei den Männern weist Vorarlberg österreichweit die niedrigsten rohen Inzidenzraten auf (siehe Grafik 4.32).

Grafik 4.32: Darmkrebsinzidenz*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2007 (rohe Raten**)



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>).

** Raten pro 100.000 Österreicherinnen und Österreicher gleichen Alters und Geschlechts.

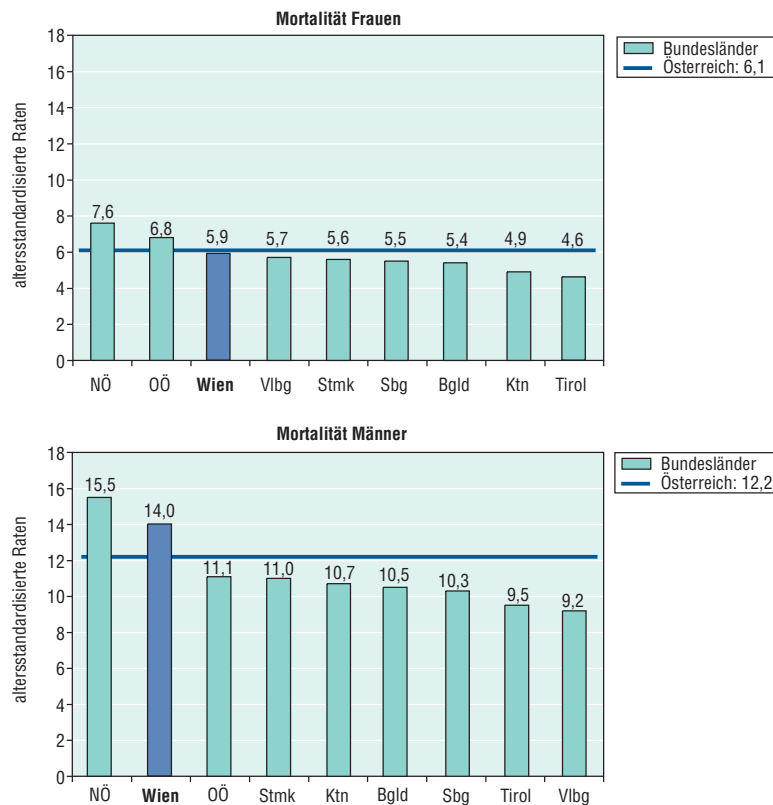
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Mortalität

Hinsichtlich der **Darmkrebsmortalitätsrate** (C18) der **Männer** rangiert **Wien** im Bundesländerver-

gleich hinter Niederösterreich an zweiter Stelle, mit größerem Abstand gefolgt von den anderen Bundesländern; bei den **Frauen** ist Wien hinter Niederösterreich und Oberösterreich an dritter Stelle gereiht.

Grafik 4.33: Darmkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2008 (ASR**)



* Bösartige Neubildungen des Dickdarms (<C18>).

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Sonstiges

Bei der Mortalität infolge von bösartigen Neubildungen des **Rektums und Anus** (C19-C21) führt bei den **Frauen** Wien, gefolgt von Niederösterreich; bei den **Männern** rangieren die Bundesländer Burgenland und Niederösterreich an der Spitze.

An der Reihenfolge der in *Grafik 4.33* abgebildeten ersten beiden Positionen (Niederösterreich und Wien) bei der **männlichen Bevölkerung** ändert sich auch unter Addition der beiden Lokalisationen (C18

und C19-C21) nichts. Bei der **weiblichen Bevölkerung** bleibt die niederösterreichische Mortalitätsrate im Bundesländervergleich an erster Stelle, diesmal allerdings gefolgt von Wien. Das Burgenland steht nun an dritter Stelle.

Zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Kolorektalkrebs, zur Inzidenz und Mortalität im europäischen Vergleich sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe auch die von der Stadt Wien veröffentlichten Spezialberichte zu chronischen Krankheiten¹⁶³ und zu Lebenserwartung und Mortalität¹⁶⁴.

¹⁶³ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 167–174.

¹⁶⁴ Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 142–144.

4.3.5 Lungenkrebs

Zusammenhang mit Rauchverhalten und Passivrauch

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge¹⁶⁵ sind diejenigen Lokalisationen, welche quantitativ den größten Anteil an jenen Krebserkrankungen und Krebstodesfällen ausmachen, die im hohen Ausmaß (etwa 90 Prozent) mit dem **Rauchverhalten** in Zusammenhang stehen. Zwar werden diese Krebserkrankungen nicht *ausschließlich* durch Rauchen verursacht, doch weisen Raucherinnen und Raucher im Vergleich zu Nichtraucherinnen und -rauchern ein 10- bis 20-fach erhöhtes Risiko auf. Der tatsächlichen Erkrankung geht ein viele Jahre lang dauernder Rauchkonsum voraus. Der Häufigkeitsgipfel der Lungenkrebskrankungen und -sterblichkeit tritt daher erst um das 50. bis 60. Lebensjahr auf. Ebenso weisen Personen, die längere Zeit Tabakrauch in geschlossenen Räumen (**Passivrauch**) ausgesetzt sind, ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko auf. Es wird geschätzt, dass rund zehn Prozent aller tabakbedingten Lungenkrebs-Todesfälle durch Passivrauch verursacht werden.

Dass Raucherinnen und Raucher eine erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen, ist in der Literatur bereits gut dokumentiert. Eine norwegische Studie¹⁶⁶ untersuchte z. B. den Einfluss von Rauchen auf die Dauer von chronischen Krankheiten vor dem Tod.

Die 23 Jahre dauernde follow-up-Studie belegt, dass Raucherinnen und Raucher im Durchschnitt neun Jahre früher als Nichtraucherinnen- und -raucher an einer chronischen Krankheit erkranken, im Durchschnitt fünf Jahre früher sterben, und im Durchschnitt vier Jahre länger krank sind bevor sie sterben.

Neben den Herz-Kreislaufkrankungen und chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane zählt Krebs zu den bedeutendsten chronischen Krankheiten, von denen RaucherInnen in deutlich höherem Ausmaß betroffen sind als NichtraucherInnen. Nicht nur der vielzitierte Lungenkrebs, sondern auch Krebserkrankungen im Bereich des Kehlkopfes, der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens, aber auch Blasenkrebs und andere Krebserkrankungen von Organen, die keinen direkten Kontakt zum Rauchen aufweisen (wie z. B. Bauchspeicheldrüse, Niere, Magen, hämatopoetisches Gewebe, Gebärmutterhals, etc.), stehen in engem Zusammenhang mit dem Rauchverhalten.

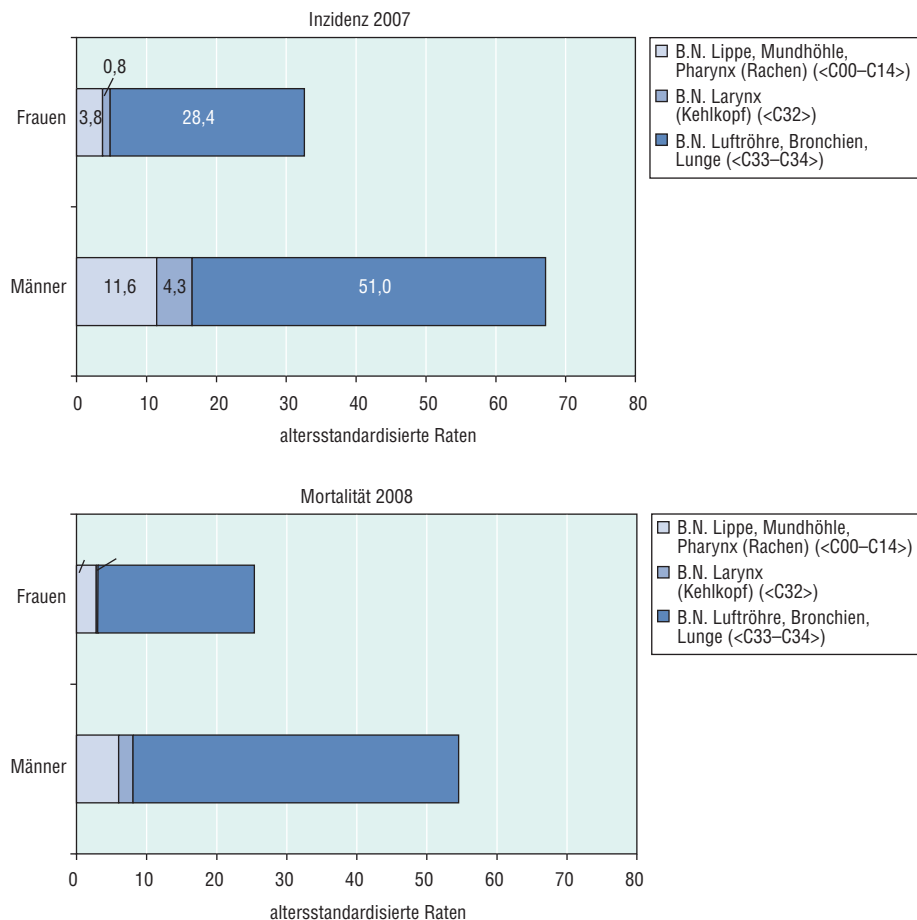
Innerhalb der Krebserkrankungen von Organen, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchvorgang stehen, nimmt freilich der Lungenkrebs den Hauptanteil ein. Bei den Männern ist jedoch auch der Anteil an Todesfällen infolge von Krebserkrankungen im Bereich von Lippe, Mundhöhle und Rachen (Zungenkrebs, etc.) nicht unwesentlich.¹⁶⁷

¹⁶⁵ ICD-10 Code : <C33–C34>.

¹⁶⁶ SANDVIK et al.; SANDVIK & MOWINCKEL (2001).

¹⁶⁷ Siehe auch Stadt Wien (2002), Gesundheitsbericht Wien 2002, S. 101–105.

Grafik 4.34: Krebserkrankungen und Krebstodesfälle*, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, ASR**, Wien



* Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

Inzidenz und Mortalität

2007 erkrankten in Wien 1.020 Personen (596 Männer und 424 Frauen) an einer bösartigen Neubildung der Lunge, Bronchien, und Luftröhre. Im Jahr 2008 starben in Wien 970 Personen (585 Männer und 385 Frauen) infolge einer dieser Krebslokalisationen. Betrachtet man die Organe, welche in direktem Bezug zum Rauchvorgang stehen, gesamt – also Lippe, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge¹⁶⁸ – so zeigt sich folgendes Bild:

- Wenngleich sich das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beinahe jährlich reduziert, weisen

Männer zur Zeit noch immer eine sowohl etwa zweieinhalb Mal so hohe Erkrankungsrate als auch Sterblichkeit auf als Frauen.

- Wenngleich noch immer sehr hoch, weisen die Erkrankungs- und Mortalitätsraten der Männer eine sinkende Tendenz auf, während die Raten der Frauen deutlich im Ansteigen begriffen sind.

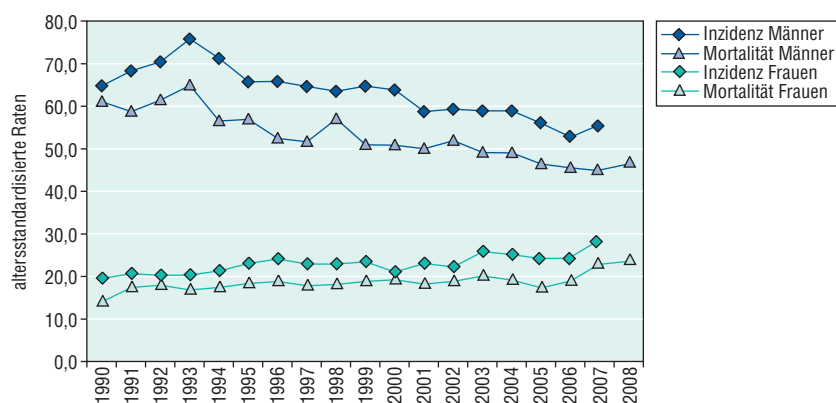
Die alarmierende Entwicklung bei den **Frauen** zeigt seit 1990 eine Zunahme der Lungenkrebsinzidenz in **Wien** um mehr als die Hälfte (55 Prozent), der Sterblichkeit um mehr als zwei Drittel (69 Prozent). Dies dürfte mit dem gestiegenen Raucheranteil in der

¹⁶⁸ Nach ICD-10 Code: <C00-C14>, <C32-C34>.

weiblichen Bevölkerung seit den frühen 1970er Jahren in Zusammenhang stehen. Der in den letzten Jahren insbesondere bei weiblichen Jugendlichen gestiegene Raucheranteil wird sich wahrscheinlich erst in späteren Jahren statistisch auswirken. Die Auswir-

kungen von Spätfolgen sowie die derzeit geringen Heilungschancen machen eine Prävention vor allem bei noch jungen Menschen deshalb doppelt wichtig. (siehe Grafik 4.35)

Grafik 4.35: Bösartige Neubildungen der Lunge*: Inzidenz- und Mortalitätsraten (ASR**), nach Geschlecht, Wien seit 1990



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33-C34).

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

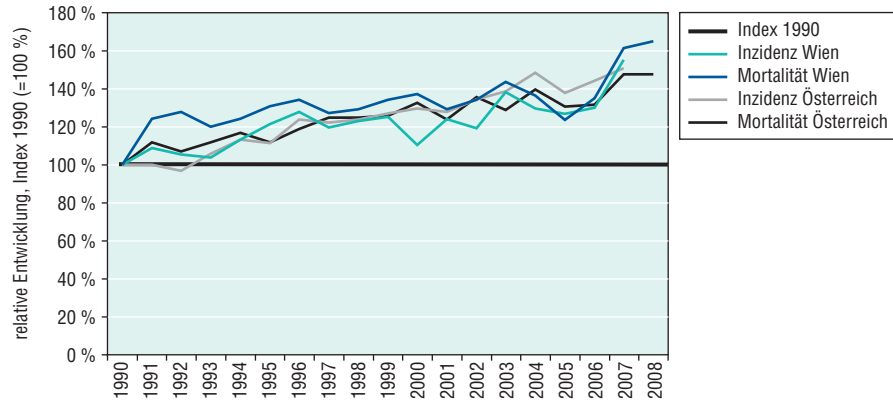
Noch deutlicher wird die unterschiedliche Entwicklung nach altersstandardisierten Raten bei Männern und Frauen in der Darstellung der Tendenz mit **Bezugsjahr 1990**.

Demnach ist sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich (einschließlich Wien) bei den Frauen eine starke Zunahme der **Lungenkrebsinzidenz** festzustellen:

Gesamtösterreich +72 Prozent, **Wien** +88 Prozent. In Wien hat sich somit die Lungenkrebsinzidenz in den letzten 20 Jahren bei den Frauen **fast verdoppelt**.

In der **Lungenkrebsmortalität** ist bei **Wiener Frauen** seit 1987 eine Zunahme um 46 Prozent, bei **österreichischen Frauen** insgesamt eine Zunahme um 44 Prozent festzustellen.

Grafik 4.36: Lungenkrebs* bei Frauen: relative Entwicklung der altersstandardisierten** Inzidenz und Mortalität*** in Wien und Österreich seit 1990 (Indexjahr)



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (<C33–C34>).
 ** Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.
 *** Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

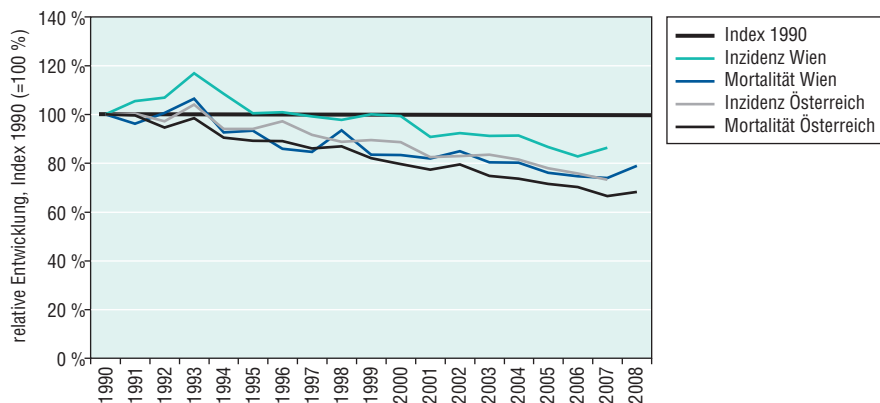
Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

Im Vergleich dazu ist bei **Männern** hingegen ein deutlicher Rückgang sowohl in der Lungenkrebsinzidenz als auch in der Mortalität zu verzeichnen. Die Rückgänge in der Inzidenz betragen in Wien 14 Pro-

zent bzw. in Österreich 27 Prozent. Die Mortalität ist wienweit um 21 Prozent und österreichweit um 32 Prozent gesunken.



Grafik 4.37: Lungenkrebs* bei Männern: relative Entwicklung der altersstandardisierten** Inzidenz und Mortalität*** in Wien und Österreich seit 1990 (Indexjahr)



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (<C33–C34>).
 ** Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.
 *** Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

Alter

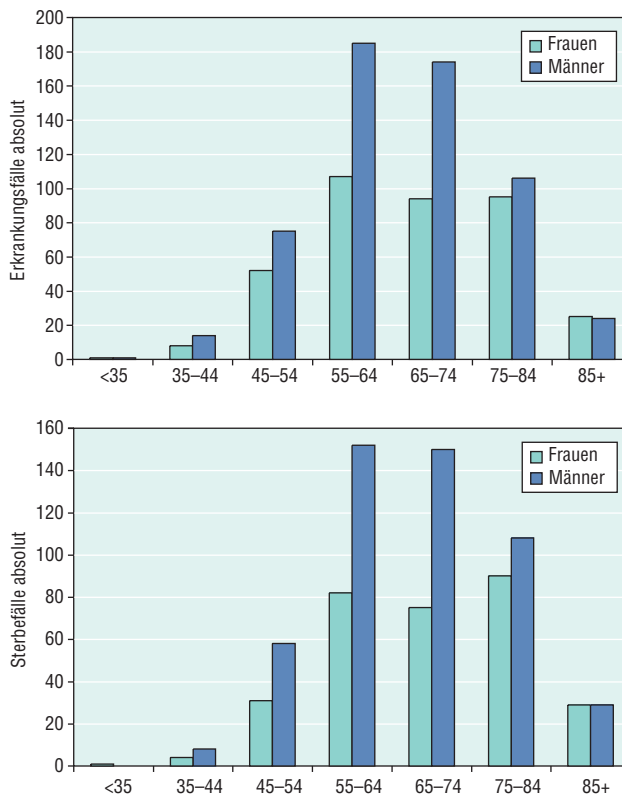
Ein merklicher Anstieg der Lungenkrebsinzidenz und -mortalität ist erst im fortgeschritteneren Alter, das heißt ab etwa dem 45. Lebensjahr, festzustellen. Der Gipfel – gemessen an den absoluten Erkrankungsfällen – sowohl bei den Diagnosen von Ersterkrankungen als auch bei der Sterblichkeit liegt bei Männern zwischen dem 55. und 64. Lebensjahr. Bei Frauen ist die Inzidenz in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am höchsten, während sich die erhöhte Mortalität in einer flacheren Kurve bis zur Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen hinzieht.

Auffallend ist bei Betrachtung der **absoluten** Verteilung der vergleichsweise hohe **Frauenanteil** in den

jüngeren Altersgruppen. Trotz insgesamt höherer Fallzahl bei den Männern ist bei den unter 65-Jährigen bereits mehr als die Hälfte der Fälle (38 Prozent der Erkrankungs- bzw. 35 Prozent der Sterbefälle) weiblich (siehe Grafik 4.38).

Zu berücksichtigen ist jedoch die – zumindest in Hinblick auf eine statistische Auswertung –, insgesamt relativ geringe Fallzahl in den untersten Altersgruppen, was zu extremen Schwankungen in der Darstellung für Wien führt. So etwa wurden in Wien 2008 in der Altersgruppe der unter 45-jährigen Frauen nur fünf Fälle von Lungenkrebstoten registriert, während die entsprechende Vergleichszahl 1995 mit 12 Fällen überdurchschnittlich hoch war.

Grafik 4.38: Lungenkrebsinzidenz und -mortalität*: Verteilung der Häufigkeit von Erkrankungs- und Sterbefällen (absolut) nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007**



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (<C33–C34>).

** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

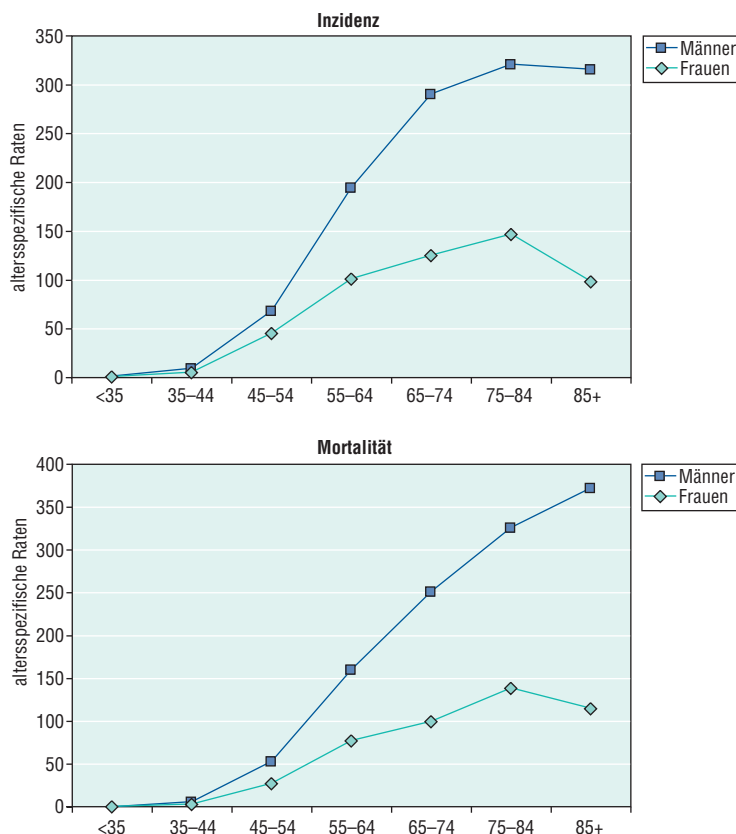
Die folgende Grafik zeigt die Darstellung des Geschehens nach Ausschaltung des Altersfaktors (alters-

spezifische Raten). Sowohl die Höchstwerte der Erkrankungsrate als auch die der Sterblichkeit schlagen

sich nun bei Frauen in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen nieder. Bei Männern gilt dies zwar für die In-

zidenzrate ebenso, bei der Mortalitätsrate ist der Gipfel jedoch in der ältesten Altersgruppe angesiedelt.

Grafik 4.39: Lungenkrebsinzidenz und -mortalität*: Altersspezifische Raten** nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2005/2007***



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (<C33-C34>).

** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen/Sterbefälle pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.

*** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009, und Todesursachenstatistik.

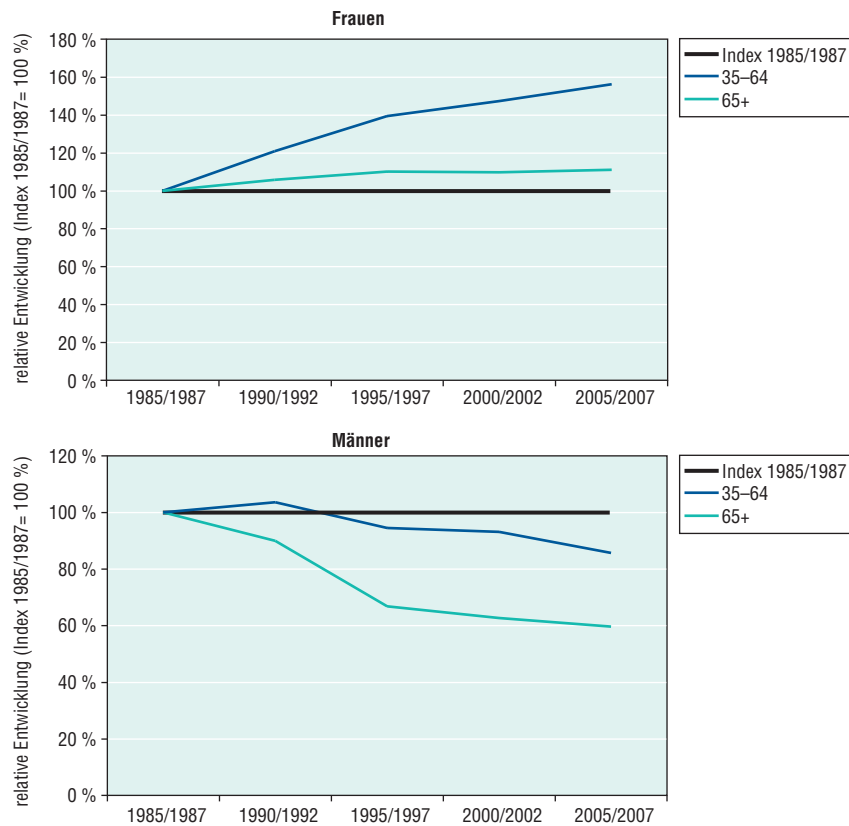
Besonders aufschlussreich ist die Betrachtung der **nach Alter differenzierten Lungenkrebsentwicklung in den letzten zwei Jahrzehnten**. Die folgende Darstellung zeigt die Lungenkrebssterblichkeit für jüngere (35 bis 64 Jahre) und ältere (65 Jahre und älter) Menschen in Wien, basierend auf altersspezifischen Sterbeziffern, unter jeweiligem Bezug auf die Jahresdurchschnittswerte aus 1985/1987.

Besonders augenfällig ist dabei der rasante Anstieg in der Gruppe der **jüngeren Frauen**, die seit 1985/1987 eine Zunahme der Lungenkrebssterblichkeit um mehr als die Hälfte (56 Prozent) verzeichnen. Die Entwicklung bei den Frauen der Altersgruppe 65 Jah-

re und älter ist hingegen relativ konstant, wenngleich die Sterblichkeit in den letzten zehn Jahren etwas höher als noch 1985/1987 und 1990/1992 ist.

Gleichzeitig ist in der **männlichen Bevölkerung** ein erfreulicher und kontinuierlicher Rückgang der Lungenkrebssterblichkeit zu erkennen, wobei der Rückgang unter älteren Männern stärker ausgeprägt ist als in der jüngeren Altersgruppe. Bei über 65-jährigen Männern beträgt der seit 1985/1987 kontinuierliche Rückgang inzwischen 40 Prozent. Bei unter 65-jährigen Männern ist erst seit etwa Mitte der 1990er Jahre eine Abnahme der Sterblichkeit erkennbar. Im Vergleich zu 1985 beträgt der Rückgang 14 Prozent.

Grafik 4.40: Lungenkrebsmortalität*: Relative Entwicklung nach Altersgruppen** und Geschlecht, Wien 1985–2007. Indexjahr 1985/1987*** (unterschiedliche Skalierungen)



* Bösartige Neubildungen der Lunge, Bronchien, Luftröhre und des Kehlkopfes (<C32–C34>).
 ** Basierend auf altersstandardisierten Raten, Bezugsjahr 1985/1987 (=100 Prozent).
 *** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

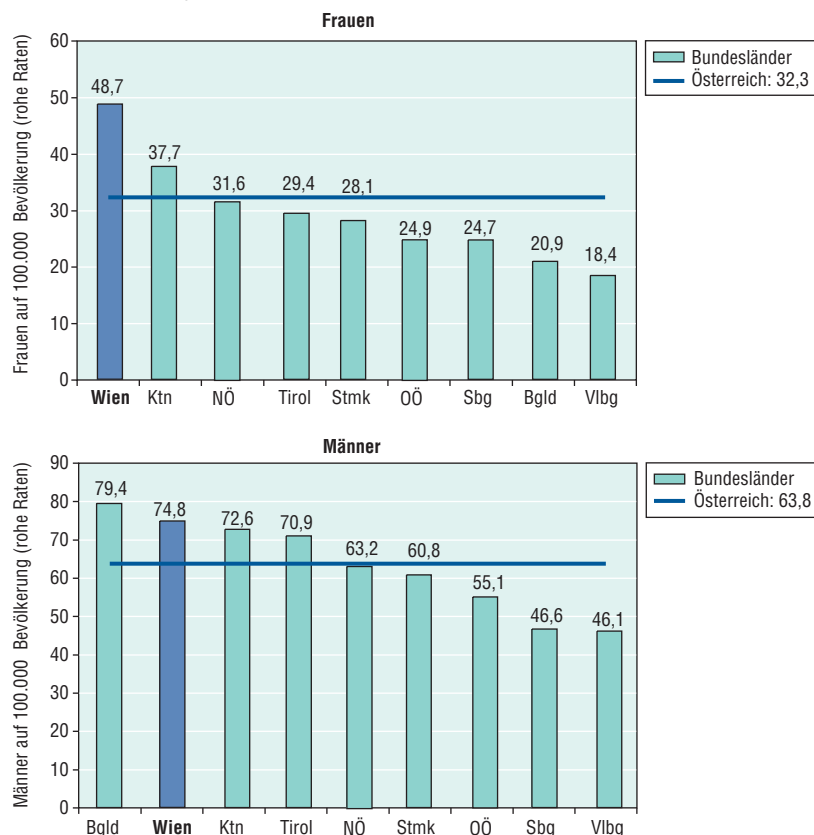
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Stand 27.08.2009, Todesursachenstatistik.

Bundesländer-Vergleich

Inzidenz: Wiener Frauen weisen von allen Bundesländern mit Abstand die höchste Inzidenzrate auf (rohe Raten). Der Unterschied zu den übrigen Bundesländern ist sehr groß. Vorarlberg zeigt die niedrigste Inzidenzrate.

Bei **Männern** hat Wien nach dem Burgenland die zweithöchsten Inzidenzwerte. Vorarlberg zeigt gefolgt von Salzburg die niedrigste Inzidenzrate.

Grafik 4.41: Lungenkrebsinzidenz*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2007 (rohe Raten**), unterschiedliche Skalierung



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (<C33–C34>).
 ** Raten pro 100.000 Österreicherinnen und Österreicher gleichen Alters und Geschlechts.

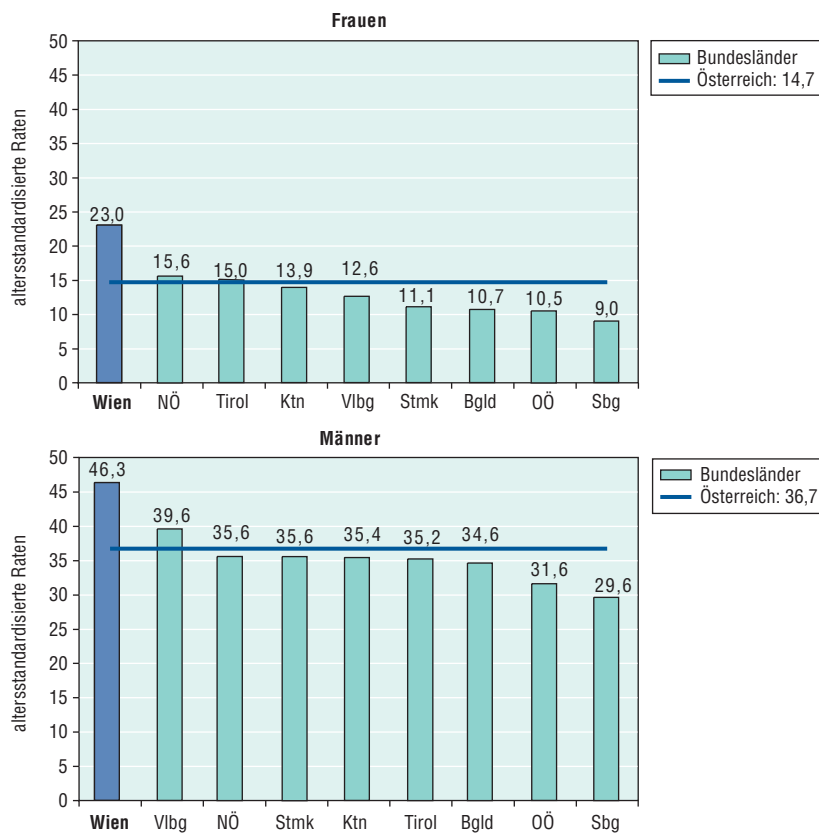
Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Krebsregister), Stand: 27.08.2009.

Mortalität: Auch in der Lungenkrebsmortalität ist die höchste Raucherinnen- und Raucherquote Wiens¹⁶⁹ ersichtlich. Bei Frauen wie Männern liegt Wien 2008 mit deutlichem Abstand vor den übrigen Bundeslän-

dern. Auffallend ist die niedrige Inzidenz für beide Geschlechter in Vorarlberg. Die Lungenkrebsmortalität der männlichen Bevölkerung in Vorarlberg ist im Bundesländervergleich am zweithöchsten.

¹⁶⁹ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999; Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien; STATISTIK AUSTRIA (2002), Rauchgewohnheiten; STATISTIK AUSTRIA (2002), Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Siehe dazu auch Kapitel 5.2 – Raucherinnen- und Raucherprävalenz.

Grafik 4.42: Lungenkrebsmortalität*: Wien im Bundesländervergleich, nach Geschlecht, 2008 (ASR**)



* Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (<C33–C34>).

** Altersstandardisierte Raten (auf 100.000 gleichen Alters und Geschlechts), basierend auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Stand 27.08.2009, Todesursachenstatistik.

4.3.6 Prostatakrebs

Während die Mortalität von Prostatakrebs sowohl österreichweit als auch in Wien seit Ende der 1990er Jahre eine leicht sinkende Tendenz aufweist, nehmen seit 1993/94 die diagnostizierten Erkrankungen drastisch zu. Dieser rasante Anstieg ist zu einem großen Teil die Folge vermehrter Prostata-Vorsorgeuntersuchungen mit Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut und daraus resultierender häufigerer Früherkennung.

Inzidenz und Mortalität

Inzidenz: Bösartige Neubildungen der Prostata bilden 2007 mit 24 Prozent aller Krebslokalisationen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Der starke Anstieg von Prostatakrebsdiagnosen seit 1993 wurde in **Wien** zwar in einzelnen Jahren mit einem leichten Rückgang unterbrochen, doch bleibt die Diagnosehäufigkeit nach wie vor auf etwa gleichbleibend hohem Niveau. Vor allem im Fall der Prostatakrebsentwicklung zeigt sich der deutliche Effekt einer vermehrten Untersuchungsaktivität¹⁷⁰, nämlich die nur scheinbare Erhöhung der Erkrankungshäufigkeit durch eine Erhöhung der Auffindungsrate aufgrund vermehrter Untersuchungen.

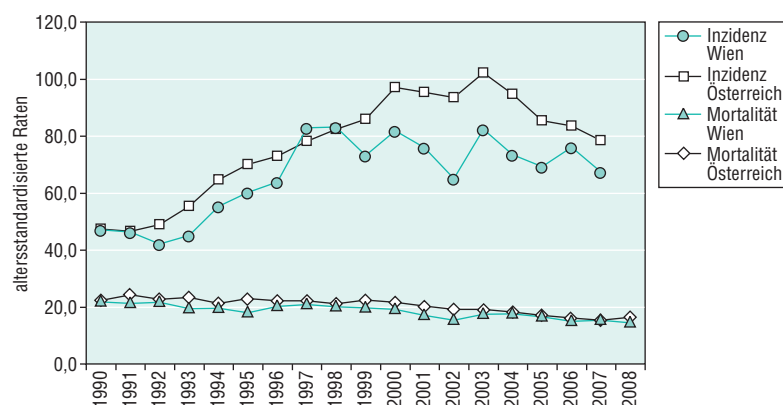
Österreichweit verlief der Anstieg zwischen 1992/1993 und 2000 ziemlich konstant und pendelte sich, trotz sinkender Tendenz, dann auf hohem Niveau ein. Die Erkrankungsraten der letzten Jahre liegen dabei in Wien deutlich unter dem Durchschnitt für Gesamtösterreich.

2007 wurden 821 Wiener mit Prostatakrebs erstdiagnostiziert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 67,4 bezogen auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Im Gegensatz zur Entwicklung der Inzidenz ist der Verlauf der **Mortalität** innerhalb der letzten zwanzig Jahre relativ konstant, wenngleich seit 1999/2000 eine leicht sinkende Tendenz zu beobachten ist. Im Jahr 2008 verstarben 195 Wiener infolge einer Prostatakrebskrankung. Dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 14,4.

Die *folgenden Grafiken* veranschaulichen die Entwicklung der Neuerkrankungen im Vergleich zu den Todesfällen in Wien und Österreich auf der Basis von altersstandardisierten Raten. Im Vergleich zu Wien verlief die Entwicklung in Gesamtösterreich etwas konstanter (vermutlich aufgrund der höheren Fallzahlen); in beiden Fällen ist jedoch die gleiche Tendenz zu beobachten.

Grafik 4.43: Prostatakrebs*: altersstandardisierte** Inzidenz- und Mortalitätsraten***, Wien und Österreich seit 1990



* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).

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

*** Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

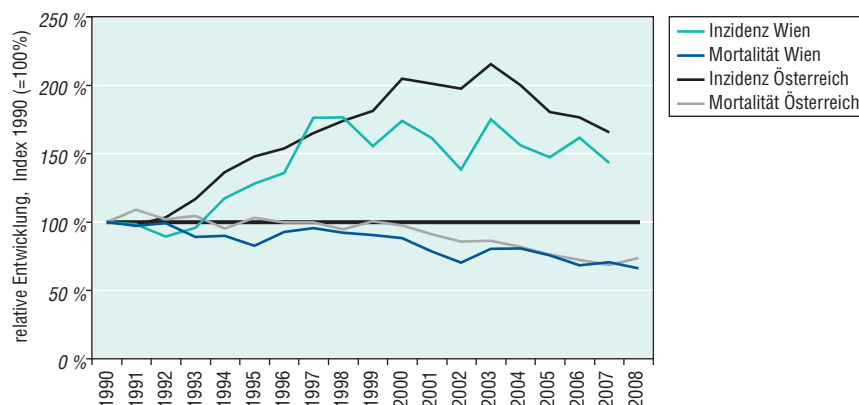
Quelle: STATISTIK AUSTRIA.

¹⁷⁰ Für Prostatakrebs gibt es kein Screening in dem Sinn, da dies für diese Lokalisation als ungeeignet gilt.

Im Vergleich zum **Bezugsjahr 1990** hat die altersstandardisierte **Mortalität** in Wien insgesamt um 34 Prozent, in Österreich um 26 Prozent abgenommen. Bei der **Inzidenz** ist hingegen seit 1990 in Wien eine

Zunahme um 43 Prozent bzw. in Gesamtösterreich von 65 Prozent – bei etwa gleich niedriger Ausgangsbasis wie Wien festzustellen (*siehe folgende Grafik*).

Grafik 4.44: Prostatakrebs*: relative Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz und Mortalität** in Wien und Österreich seit 1990*** (Indexjahr)



* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).

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

*** Inzidenz: Zeitraum bis 2007, Mortalität: Zeitraum bis 2008.

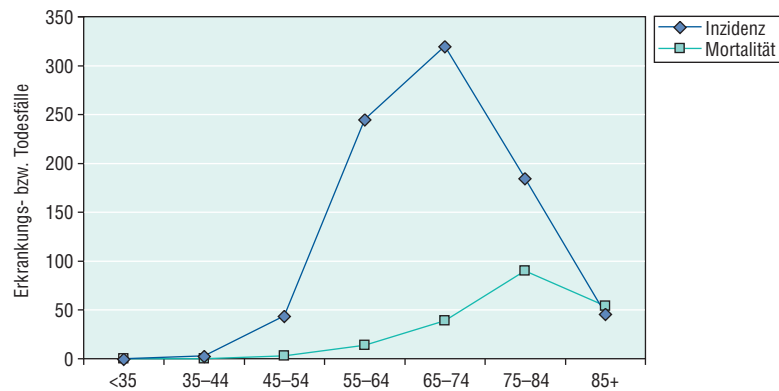
Quelle: STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Alter

Zur Altersstruktur der Neuerkrankten lässt sich ganz eindeutig sagen, dass es sich bei dieser Lokalisation um eine Erkrankung älterer Männer handelt. Bei den Erstdiagnosen ist ein sprunghafter Anstieg ab der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen zu registrieren. Vermehrte Todesfälle aufgrund von Prostatakrebs (Haupttodesursache) sind ab der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen erkennbar. Die meisten Todesfälle treten in der Altersgruppe der 75- bis 84-jährigen Männer auf.

Auch das Verhältnis zwischen Diagnosehäufigkeit und Sterbehäufigkeit verschiebt sich mit zunehmendem Alter. Während bei Männern unter 75 Jahren zwar die meisten Fälle von Prostatakrebs diagnostiziert werden, sterben vergleichsweise wenige an dieser Krebserkrankung. Erst ab etwa 75 Jahren verschiebt sich dann das Verhältnis. Die *folgende Grafik* veranschaulicht dies sehr deutlich.

Grafik 4.45: Prostatakrebsinzidenz und -mortalität*: Verteilung der Häufigkeit von Erkrankungs- und Sterbefällen (absolut) nach Altersgruppen, Wien 2005/2007**



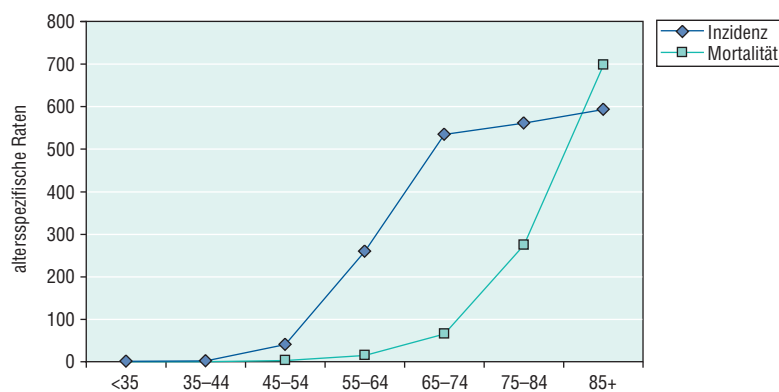
* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).
 ** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand: 27.08.2009).

Interessanter als die Darstellung nach absoluten Fällen ist die Darstellung des Geschehens nach altersspezifischen Raten. Hier zeigt sich das Missverhältnis zwischen Diagnose- und Sterbehäufigkeit noch deutlicher. Wie man sieht, steigt die Sterblichkeit ab dem 55. Lebensjahr langsam an und steigt dann ab 75 rasant an.

Wie bereits weiter oben ausgeführt, sei auch hier nochmals erwähnt, dass Prostatakrebs ab einem gewissen Alter zwar eine häufige Diagnose darstellt, dass jedoch nur ein geringer Teil der Diagnostizierten an dieser Erkrankung tatsächlich stirbt. Dennoch bleibt die Tatsache bestehen, dass Prostatakrebs für die männliche Bevölkerung eine der häufigsten Krebstodesursachen darstellt (siehe Grafik 4.46).

Grafik 4.46: Prostatakrebsinzidenz und -mortalität*: altersspezifische Raten** nach Altersgruppen, Wien 2005/2007***



* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).
 ** Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen und Todesfälle pro 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.
 *** Jahresdurchschnittswerte, um regionale Schwankungen z. B. in der Meldedisziplin auszugleichen.

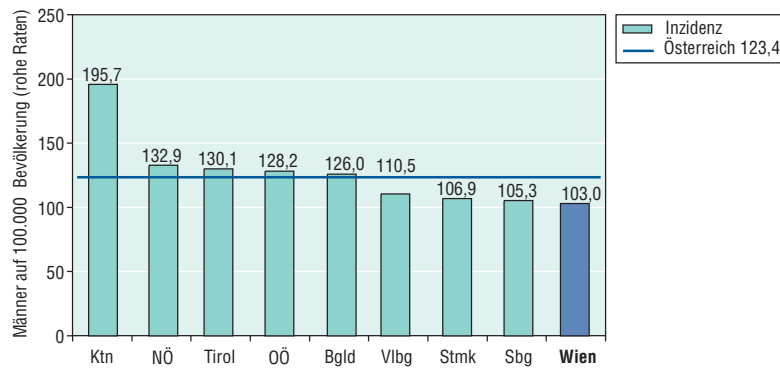
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand: 27.08.2009).

Bundesländer-Vergleich

Im Bundesländer-Vergleich zeigt Wien bei der **Prostatakrebsinzidenz** den niedrigsten Wert. Interessant

sind die Werte für die Bundesländer Steiermark und Salzburg: Trotz niedriger Inzidenz ist die Mortalität vergleichsweise hoch. Das Bundesland Kärnten weist mit Abstand die höchste Inzidenz auf.

Grafik 4.47: Prostatakrebsinzidenz* : Wien im Bundesländervergleich, 2007 (rohe Raten**)



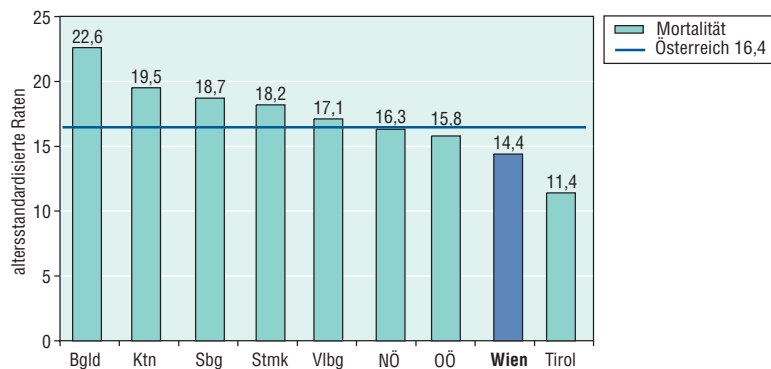
* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).
 ** Raten pro 100.000 Österreicher gleichen Alters.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008.

Bei der **Prostatakrebsmortalität** weist Wien den zweitniedrigsten Wert von allen Bundesländern auf. Die niedrigste Mortalität findet sich in Tirol, während

das Land Burgenland, gefolgt von Kärnten durch die höchste Mortalität an Prostatakrebs hervorsteicht. Beide Länder liegen weit über dem Österreich-Durchschnitt.

Grafik 4.48: Prostatakrebsmortalität* : Wien im Bundesländervergleich, 2008 (ASR**)



* Bösartige Neubildungen der Prostata (<C61>).
 ** Altersstandardisierte Raten pro 100.000. Standardisierung basiert auf Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Sonstiges

Zu den stationären Aufenthalten aufgrund von Prostatakrebs, zur Inzidenz im Europäischen Vergleich

sowie zu Präventionsmaßnahmen siehe insbesondere der von der Stadt Wien publizierte Spezialbericht zu chronischen Krankheiten¹⁷¹ sowie der Bericht zu Lebenserwartung und Mortalität in Wien¹⁷².

¹⁷¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten, S. 152–158.

¹⁷² Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität, S. 140–142.

4.3 Krebs (bösartige Neubildungen)

Zusammenfassung

Neuerkrankungen (Inzidenz): 2007¹¹⁵ erkrankten in Wien insgesamt fast 6.800 Menschen (je 50 Prozent Frauen und Männer) an Krebs (das ist jede 256. Wienerin und jeder 235. Wiener).

Die **häufigsten Krebserkrankungen (Inzidenz)** sind bei **Wiener Frauen** Brustkrebs (27 Prozent aller Lokalisationen), gefolgt von bösartigen Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane (23 Prozent), vor allem im unteren Darmabschnitt, sowie an dritter Stelle bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (13 Prozent).

Bei **Wiener Männern** führen Krebserkrankungen der Genitalorgane (vor allem Prostatakrebs) mit 26 Prozent aller Lokalisationen, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (23 Prozent). Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs) stellen auch bei Männern die dritthäufigste (19 Prozent) Krebslokalisation dar.

Wenngleich kein durchgehender **Trend** erkennbar ist, so sank die Krebsinzidenz in den letzten 20 Jahren leicht. Seit 1990 ist in Wien bei beiden Geschlechtern die Inzidenzrate um 15 Prozent gesunken. Im **Bundesländervergleich** bleibt die Erkrankungsrate der männlichen Wiener unter dem Österreichdurchschnitt, bei den Wienerinnen liegt die Rate etwas über jener Gesamtösterreichs.

Bei den **Wiener Frauen** ist der Rückgang der Krebsinzidenz vor allem auf die Abnahmen bei bösartigen Neubildungen des Magens, des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers und des Kolorektums zurückzuführen. Allerdings ist seit 1987 auch ein deutlicher Anstieg der Lungenkrebsrate in der weiblichen Bevölkerung festzustellen, was vor allem auf das veränderte Rauchverhalten der Frauen zurückzuführen ist.

Summary: Cancer (Malignant Neoplasms)

New cancer cases (incidence): In 2007¹²³, nearly 6,800 people in Vienna (divided equally between women and men) were diagnosed with cancer (this equals one in 256 women and one in 235 men).

The **most frequent types of cancer (incidence) among Viennese women** are cancer of the mammary gland (27 percent of all cancer sites), followed by malignant neoplasms of the digestive organs, in particular cancer of the lower intestine (23 percent), and malignant neoplasms of the respiratory organs (13 percent).

Among **Viennese men**, cancer of the male genital organs (in particular cancer of the prostate) is the most frequent type at 26 percent of cancer sites, followed by malignant neoplasms of the digestive organs at 23 percent. Malignant neoplasms of the respiratory organs (mainly lung cancer) are the third most frequent type of cancer among men as well (19 percent).

While it is hard to make out a clear **trend**, cancer incidence has decreased slightly over the last 20 years. Since 1990, incidence rates for both women and men have decreased by 15 percent in Vienna. Compared to the other federal provinces, the incidence rate of men in Vienna remains below the Austrian average, while female cancer incidence is slightly above the Austrian average.

In **Viennese women**, the reduction is mainly due to a decrease in malignant neoplasms of the stomach, cervix, uterus and colorectum. However, a marked increase in lung cancer rates has been observed in the female population since 1987, which can mainly be attributed to the changes in smoking behaviour among women.

¹¹⁵ Stand August 2009./As at August 2009.

Die wechselnde Entwicklung der Krebserkrankungsrate bei **Wiener Männern** ist auf den starken Anstieg von Prostatakrebs, zum andern auf den gleichzeitigen Rückgang von Magen-, Lungen- und Darmkrebs zurückzuführen. Der starke Anstieg von Prostatakrebs, vor allem seit Anfang der 1990er Jahre, wird unter anderem mit den vermehrten Vorsorgeuntersuchungen („Screening-Effekt“) sowie verbesserten Diagnosemöglichkeiten erklärt.

Sterblichkeit (Mortalität): 2008 wurden in Wien mehr als 4.200 Todesfälle infolge einer bösartigen Neubildung gemeldet, davon entfielen 49 Prozent auf Personen weiblichen und 51 Prozent auf Personen männlichen Geschlechts.

Für beide Geschlechter stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (vor allem Darmkrebs) mit jeweils etwa einem Drittel aller Lokalisationen die **häufigste Todesursache** dar. Der starke Anstieg an Lungenkarzinomen als Folge des zunehmenden Raucheranteils in der weiblichen Bevölkerung schlägt sich nun auch folgenscher in den Mortalitätsraten nieder. So sind erstmalig bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs) nicht nur bei den Männern (27 Prozent) sondern auch bei den Frauen (18,5 Prozent) die zweithäufigste Krebstodesursache. Brustkrebs steht somit bei den Frauen mit 16 Prozent an dritter Stelle. Bei den Männern rangieren hier hingegen bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane, v. a. Prostatakrebs (9 Prozent).

Der Bedarf an geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Präventionsmaßnahmen sowie differenzierten unterstützenden Maßnahmen zur erfolgreichen Rauchentwöhnung ist evident. Sowohl Darmkrebs als auch Lungenkrebs stehen in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil der Betroffenen (Ernährungsverhalten, Rauchen). Die Bemühungen zu einer wirksamen **Primärprävention** müssen daher fortgesetzt bzw. intensiviert werden.

*The fluctuations in the development of the **male** cancer incidence rate are due to a marked increase in cancer of the prostate and a simultaneous decrease in stomach, lung and intestinal cancer. The dramatic increase in prostate cancer since the early 1990s can be attributed in part to the growing number of checkups (“screening effect”) and improved diagnostic methods.*

Mortality: In 2008, more than 4,200 deaths caused by malignant neoplasms were reported in Vienna; 49 percent women and 51 percent men.

*Malignant neoplasms of the digestive organs (intestinal cancer in particular) are by far the **most frequent cancer-related cause of death** for both women and men, at approximately one third of all cancer sites for both. The strong increase in bronchial carcinoma resulting from the rising smoking rates among women is now also dramatically reflected in the mortality statistics. For the first time, malignant neoplasms of the respiratory organs (mainly lung cancer) are the second most frequent cancer-related cause of death not only in men (27 percent) but also in women (18.5 percent). Breast cancer at 16 percent is the third most frequent cause of death in women, while for men it is malignant neoplasms of the male genital organs, especially cancer of the prostate (9 percent).*

*The urgent need for prevention measures tailored to sex, age group and social background, and for targeted measures to help people successfully give up smoking is evident. Both intestinal and lung cancer are closely linked to lifestyle (dietary habits, smoking). Therefore it is important to continue and reinforce effective **primary prevention measures**.*

4.4 Sonstige Erkrankungen

4.4.1 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Zusammenfassung

Unter dieser Krankheitsgruppe werden insbesondere Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Adipositas und sonstige Überernährung, Mangelernährung, Krankheiten der Schilddrüse und Stoffwechselstörungen subsumiert. All diese Krankheiten sind in der Bevölkerung weit verbreitet, das wahre Ausmaß kann nur aufgrund von Gesundheitsbefragungen und der Diagnosestatistiken der Krankenanstalten geschätzt werden.

Der **Diabetikerinnen- und Diabetiker-Anteil** (über 15-Jährige) beträgt fast acht Prozent, also rund 110.000 diabeteskranke Wienerinnen und Wiener. Es ist von einer beträchtlichen zusätzlichen Dunkelziffer (nicht diagnostizierte Fälle) auszugehen. Der Diabetikerinnen- und Diabetiker-Anteil steigt deutlich mit dem Alter; Frauen sind davon mehr betroffen als Männer.

Noch höher ist der Anteil von **Adipositas** (Body-Mass-Index BMI >30 kg/m²) in Wien: 13 Prozent der Wienerinnen und 12 Prozent der Wiener über 15 Jahren sind als stark übergewichtig (adipös) zu bezeichnen. Zusätzlich sind 30 Prozent der Bevölkerung Wiens übergewichtig mit einem BMI zwischen 25 und 30 kg/m², das sind 30,8 Prozent der Frauen und 38,1 Prozent der Männer. Somit ist fast die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig.

Während Diabetes stark mit dem zunehmenden Lebensalter korreliert, betreffen Übergewicht und Fettleibigkeit insbesondere jüngere Altersgruppen. Darüber hinaus zeigt sich innerhalb Österreichs ein deutliches Ost-West-Gefälle.

Summary: Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases

Major diseases included in this group are diabetes mellitus, obesity and other hyperalimentation, malnutrition, disorders of the thyroid gland, and metabolic disorders. These diseases all have a very high prevalence; however, the actual figures can only be estimated on the basis of health surveys and the diagnosis statistics of hospitals.

The share of diabetics in Vienna (over 15-year-olds) is nearly eight percent, which would correspond to approximately 110,000 diabetics. However, it is likely that there is a significant number of unrecorded cases where diabetes has not yet been diagnosed. The share of diabetics rises significantly with age, and more women than men are affected.

Obesity (Body Mass Index BMI >30kg/m²) is even more widespread: 13 percent of Vienna's female population and 12 percent of the male population above age 15 are obese. An additional 30 percent of the population is overweight (BMI 25-30kg/m²) – 30.8 percent of all women and 38.1 percent of all men. Overall, nearly half the population of Vienna are overweight or obese.

While there is a strong correlation between diabetes mellitus and age, overweight and obesity also have a strong prevalence in the younger age groups. There is also a marked difference between Eastern and Western Austria.

Unter der Sammelkategorie der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (<E00–E90>) werden folgende Krankheiten subsummiert:

- Krankheiten der Schilddrüse <E00–E07>
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) <E10–E14>
- Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation

und der inneren Sekretion des Pankreas <E15–E16>

- Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen <E20–E35>
- Mangelernährung <E40–E46> und sonstige alimentäre Mangelzustände <E50–E64>

- Adipositas und sonstige Überernährung <E65–E68>
- Stoffwechselstörungen <E70–E90>

Verbreitung und sozioökonomische Bedeutung

Die Verbreitung dieser Krankheitsgruppe kann nur aufgrund von Gesundheitsbefragungen und, in eingeschränktem Ausmaß, von den Diagnosestatistiken der Krankenanstalten geschätzt werden. Auch internationale Schätzungen wie etwa für Diabetes oder Adipositas können zur Abschätzung des Ausmaßes der Verbreitung in Österreich oder in Wien herangezogen werden.

Nach Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys (Befragungszeitraum 1999 bis 2001) leiden, eigenen Angaben zufolge, 3,4 Prozent der Wiener und 4 Prozent der Wienerinnen ab 16 Jahren an chronischen Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Dabei ist jedoch ein starker Alterseffekt zu beobachten: Während der Anteil der Betroffenen bei den unter 45-Jährigen bei nur knapp einem Prozent liegt, steigt er bei den 45- bis 59-Jährigen auf 4,7 Prozent, bei den 60- bis 74-Jährigen auf 8,4 Prozent, und bei den ab 75-Jährigen auf 10 Prozent.¹⁷³

In rund 18.000 Fällen wurden im Jahr 2007 bei stationären Aufenthalten in Wiener Akutkrankenanstalten als Hauptdiagnose endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (<E00–E90>) angeführt. In fast 60 Prozent der Fälle waren die Betroffenen Frauen. Die Hälfte der Diagnosen dieser Krankheitsgruppe entfiel auf Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus).¹⁷⁴

Im Jahr 2008 starben in Wien 849 Menschen (480 Frauen, 369 Männer)¹⁷⁵ an einer Ernährungs- und

Stoffwechselkrankheit, davon war in mehr als 70 Prozent Diabetes mellitus die Todesursache.¹⁷⁶

4.4.2 Diabetes mellitus

Die häufigste endokrine Störung ist Diabetes. Es wird dabei unterschieden in Diabetes vom Typ I (Jugenddiabetes bzw. juveniler oder infantiler Diabetes, primär insulinabhängig) sowie in Diabetes vom Typ II (Diabetes mellitus, auch „Altersdiabetes“). Eine ausführliche Darstellung zum Thema Diabetes, insbesondere auch in der Bedeutung dieser Krankheit für Frauen, findet sich im Wiener Frauengesundheitsbericht sowie im Bericht Chronische Krankheiten in Wien.¹⁷⁷

Da es in Österreich kein **Diabetes-Register** gibt, kann die Verbreitung von Diabetes nur anhand von internationalen Richtwerten und Gesundheitsbefragungen geschätzt werden. International ist eine Zunahme der Erkrankungen an Diabetes mellitus, vor allem der Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker, zu beobachten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Zahl der Diabetes-Kranken weiter steigen wird. Laut Schätzungen des IDF (Internationale Diabetes Föderation) für das Jahr 2010 leiden weltweit 285 Millionen an Diabetes, 2030 sollen es sogar insgesamt 435 Millionen Diabetikerinnen und Diabetiker geben.¹⁷⁸ Schätzungen für Österreich gehen von ca. 600.000 Betroffenen aus, davon sind etwa 120.000 Fälle nicht diagnostiziert.¹⁷⁹

Als **Hauptursache** für Diabetes (Typ II) gelten Art der Ernährung und Übergewicht, häufig gepaart mit Bewegungsmangel. Gleichzeitig führen frühere Entdeckung durch Screening sowie eine bessere medizinische Versorgung zur Erhöhung der Lebenserwartung von Diabetikerinnen und Diabetikern und damit zu einer Erhöhung der Verbreitung (Prävalenz) von Diabetes in der Gesellschaft.

¹⁷³ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, einschließlich Tabellenband (intern).

¹⁷⁴ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik. Siehe auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

¹⁷⁵ Österreich: 4.398 Todesfälle, davon 1.870 Männer und 2.528 Frauen.

¹⁷⁶ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik. Vgl. auch Kap. 3.2 – Sterblichkeit und Todesursachen.

¹⁷⁷ Stadt Wien (2006), Wiener Frauengesundheitsbericht, S. 168–178; Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien, S. 270–280.

¹⁷⁸ <http://www.idf.org/webdata/docs/PR_IDFDiabetesAtlas191009_DE.pdf>; abgerufen am 20.10.2010.

¹⁷⁹ <www.oedg.org>; abgerufen am 20.10.2010.

Verbreitung

In der **Gesundheitsbefragung** 2006/2007 geben österreichweit 5,9 Prozent der Befragten (Frauen 6,4 Prozent, Männer 5,4 Prozent) bzw. rund 400.000 Menschen an, jemals an Diabetes gelitten zu haben.¹⁸⁰ In **Wien** ist der Anteil von Diabeteskranken mit 7,7 Prozent noch deutlich höher.¹⁸¹ Auf die über 15-jährige Wiener Gesamtbevölkerung bezogen, entspricht dies rund **110.000 diabeteskranken Wienerinnen und Wienern**. Dennoch ist aufgrund der Dunkelziffer (nicht diagnostiziert) davon auszugehen, dass dies noch immer als Unterschätzung der tatsächlichen Verbreitung von Diabetes zu werten ist. Im Vergleich zur Befragung von 1999 stellt dieses Ergebnis (trotz unterschiedlicher Fragestellung) jedoch eine erhebliche Zunahme dar.¹⁸²

Laut der im Jahr 2008 von IFES im Auftrag der Stadt Wien, Magistratsabteilung 18 durchgeführten Befragung Wiener Lebensqualitätsstudien berichten 5 Prozent der Wienerinnen und Wiener, an der Zuckerkrankheit zu leiden (Frauen 4 Prozent; Männer 6 Prozent).¹⁸³

Gesundheits- und sozioökonomische Bedeutung

Bei **stationären Aufenthalten** in Wiener Akutkrankenanstalten entfiel mehr als die Hälfte (54 Prozent)

der Diagnosen zu endokrinen Störungen auf Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit, <E10–E14>), wobei Männer und Frauen in annähernd gleicher Weise betroffen sind.^{184 185}

Diabetes stellt jedoch sehr häufig nicht die Hauptdiagnose sondern eine Nebendiagnose bei stationären Aufenthalten dar. Unter Auswertung aller Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) der Wiener Fonds-Krankenanstalten¹⁸⁶ zeigt sich daher ein deutlich anderes Bild: Der Anteil der Diabetes-**Nebendiagnosen** beträgt mindestens das Dreieinhalbfache der Hauptdiagnosen. Allein in Wiener Fonds-Krankenanstalten wird pro Jahr rund 40.000 Mal Diabetes als Haupt- und Nebendiagnose gestellt. In der Mehrzahl der Fälle (etwa 70 Prozent) stellt Diabetes Typ II („Altersdiabetes“ <E11>) die Ursache dar, in rund 9 Prozent der Fälle betrifft die Diagnose Diabetes Typ I („Jugenddiabetes“ <E10>). Der Rest entfällt auf andere Diabetesarten. Sowohl beim „Alters-“ als auch beim „Jugenddiabetes“ ist die Entwicklung seit 2003 relativ konstant.^{187 188}

Die *folgende Grafik* zeigt überdies die starke Zunahme von Spitalsaufenthalten aufgrund von Diabetes mit steigendem **Lebensalter**. Auffallend ist der höhere Männeranteil in den jüngeren Altersgruppen gegenüber dem höheren Frauenanteil in der Gruppe der über 65-Jährigen.

¹⁸⁰ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62–63.

¹⁸¹ Auf Bundesländerebene sind noch keine detaillierteren Auswertungen nach Geschlecht, Alter usw. verfügbar.

¹⁸² Laut Ergebnis des Mikrozensus 1999 berichten etwas über 2 Prozent der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung, dass sie zum Erhebungszeitpunkt an Zuckerkrankheit leiden (Männer 2,0 Prozent, Frauen 2,3 Prozent). Vgl. Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999, S. 106–107. Die Vergleichswerte für Österreich betragen 2,1 Prozent (Männer 2,0 Prozent, Frauen 2,1 Prozent). Vgl. STATISTIK AUSTRIA (2002), Gesundheitszustand, S. 110–111.

¹⁸³ Werte für in Österreich Geborene. Personen, die im ehemaligen Jugoslawien oder in der Türkei geboren sind, weisen niedrigere Werte auf.

¹⁸⁴ Entlassungsfälle in Wiener Akutkrankenanstalten mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus 2007: insgesamt 8.738 Fälle, davon Frauen 4.267 Fälle (48,8 Prozent), Männer 4471 Fälle (51,2 Prozent). Siehe auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

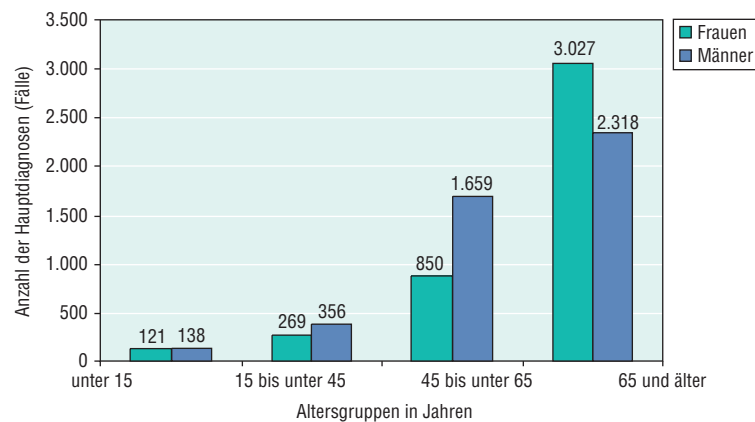
¹⁸⁵ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungen 2007 in Wiener Akutkrankenanstalten.

¹⁸⁶ Wien verfügt über insgesamt 26 Fonds-Krankenanstalten und zwei Unfallkrankenhäuser. Alle Fonds-Krankenanstalten sind definitionsgemäß gemeinnützige Krankenanstalten (also ohne Privatanstalten).

¹⁸⁷ Im Gegensatz etwa zur Entwicklung des „Altersdiabetes“ in Gesamtösterreich, der zwischen 2002 und 2005 eine Zunahme der Diagnosen um 20 Prozent verzeichnet.

¹⁸⁸ DIAG (BMGFJ), abgerufen Februar 2011.

Grafik 4.49: Diabetes mellitus (<E10–E14>) als Hauptdiagnose in Wiener Akutkrankenanstalten 2007, nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008; eigene Darstellung.

Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL¹⁸⁹): Im Jahr 2008 gingen in Österreich 135 potenzielle Lebensjahre pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (<70 Jahre) aufgrund vorzeitiger Sterblichkeit aufgrund von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten verloren, davon entfielen 44 auf Diabetes mellitus. Bemerkenswert ist dabei der geschlechtsspezifische Unterschied: Der entsprechende Wert ist bei Männern jeweils doppelt bis dreifach höher als bei Frauen.^{190 191}

Zwischen 2000 und 2008 ist in der gesamten Krankheitsgruppe eine Steigerung um mehr als das Zweieinhalbfache zu verzeichnen (2000: 65 vs. 2008: 135).¹⁹²

Mortalität

Im Jahr 2008 starben in Wien 641 Menschen (372 Frauen und 269 Männer) mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus.¹⁹³ Im **Bundesländervergleich** liegt Wien bei der Diabetes-Mortalität im Mittelfeld. Ein auffallender „Ausreißer“ ist das Burgenland mit einer fast doppelt so hohen Sterberate an Diabetes wie Wien bzw. einer fast dreimal so hohen Rate wie Salzburg (siehe Grafik 4.50). Eine mögliche Erklärung dafür könnte unter Umständen der hohe Pendlerinnen- und Pendleranteil im Burgenland sein und die mit diesem Lebensstil oft einhergehenden Ernährungsbedingungen und Stressfaktoren.

¹⁸⁹ PYLL: Potential Years of Life Lost.

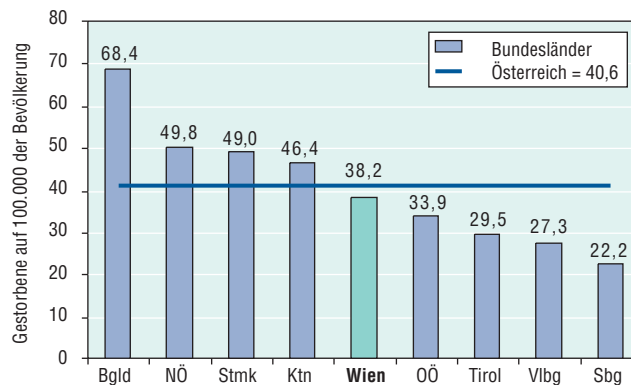
¹⁹⁰ Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Männer 176, Frauen 94 Jahre (PYLL) pro 100.000 unter 70-Jährige des jeweiligen Geschlechts.

¹⁹¹ Diabetes mellitus: Männer 64, Frauen 24 Jahre (PYLL) pro 100.000 unter 70-Jährige des jeweiligen Geschlechts.

¹⁹² OECD Health Data (2010).

¹⁹³ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik.

Grafik 4.50: Todesursache Diabetes mellitus (<E10–E14>) im Bundesländervergleich, 2008

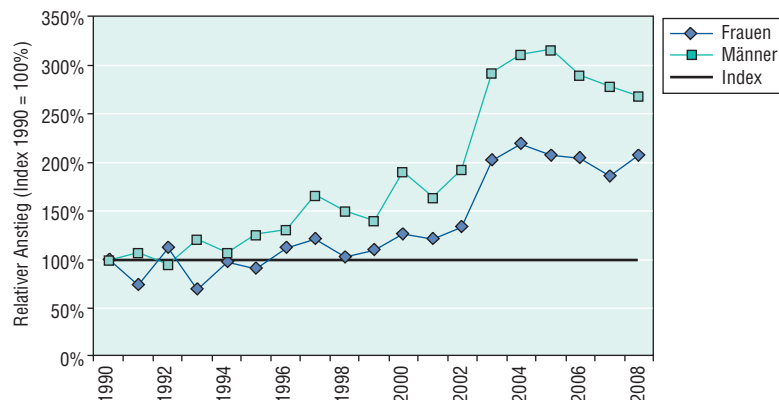


Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008; eigene Darstellung.

Im **zeitlichen Vergleich** zeigt sich der sprunghafte Anstieg von Diabetes-Todesfällen (Haupttodesursache) ab dem Jahr 2003. Dies betrifft beide Geschlechter gleich-

ermaßen, wenngleich die Sterberate unter Männern deutlich höher ist.¹⁹⁴ Die Werte haben seit 2005 wieder eine sinkende Tendenz (siehe Grafik 4.51).

Grafik 4.51: Todesursache Diabetes mellitus (<E10–E14>) im zeitlichen Verlauf, Wien 1990–2008 (relativer Anstieg in Prozent; Index: 1990)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008; eigene Darstellung.

¹⁹⁴ 2008: 20,5 vs. 13,9 Gestorbene mit Diabetes mellitus als Haupttodesursache pro 100.000 Bevölkerung. STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von adipösen im Vergleich zu normalgewichtigen Personen auch als Chance zu sehen, da diese Kontakte mit

medizinischen Einrichtungen zum Anlass genommen werden können, um eine adäquate, multidimensionale Adipositas-therapie zu initiieren.

Tabelle 4.10: Wahrscheinlichkeit eines Besuches beim Arzt / bei der Ärztin für Allgemeinmedizin in den letzten 12 Monaten nach BMI-Kategorie (Referenzgruppe: Normalgewichtige) bei Wienerinnen und Wienern, kontrolliert nach Alter. Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodelles, dargestellt als Odds Ratio (OR) mit 95 Prozent Konfidenzintervall (95 Prozent KI)

	Männer (N=689)		Frauen (N=774)	
	OR	95 Prozent KI	OR	95 Prozent KI
Untergewicht	4,12	0,92–18,36	0,90	0,49–1,65
Normalgewicht	1		1	
Übergewicht	1,51	1,16–1,95	1,02	0,77–1,36
Adipositas	2,21	1,46–3,34	2,33	1,43–3,78

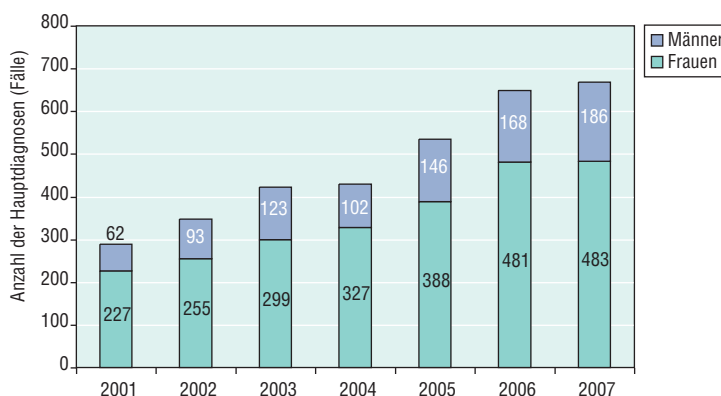
Quelle: STATISTIK AUSTRIA; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Berechnungen.

4.4.3.1 Stationäre Aufenthalte

Bei **stationären Aufenthalten** in Wiener Akutkrankeanstalten wird Adipositas (<E66>) zunehmend häufiger als Hauptdiagnose angeführt (siehe Grafik 4.52). Der Anstieg könnte möglicherweise auf ein größeres Problembewusstsein hinsichtlich Übergewicht zurückzuführen sein als auf einen tatsächlichen Anstieg von Fettleibigen. Dieser Bewußtseinswandel drückt sich in der Folge auch im Diagnoseverhalten

aus. Frauen scheinen dabei in der Statistik deutlich häufiger auf als Männer (Anteil der weiblichen Diagnosefälle 72 Prozent), was jedoch vermutlich eher auf soziologische Faktoren (*labelling* etc.) und das Diagnoseverhalten der Ärztinnen- und Ärzteschaft rückschließen läßt als unbedingt auf einen derart höheren Frauenanteil bei den Fettleibigen. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass Übergewicht nach wie vor unterdiagnostiziert ist (vor allem in der männlichen Bevölkerung).

Grafik 4.52: Adipositas (<E66>) als Hauptdiagnose in Wiener Akutkrankeanstalten, 2001–2007, nach Geschlecht

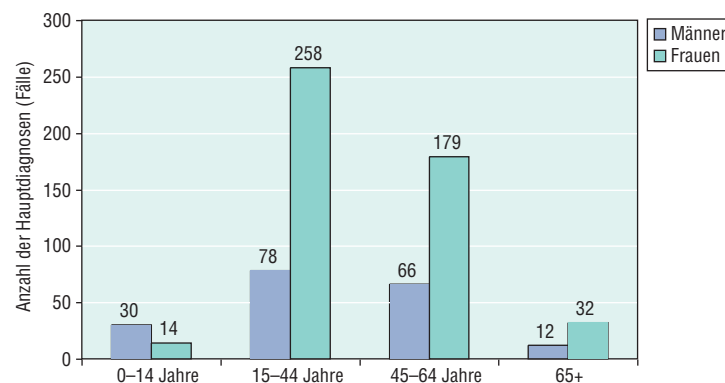


Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Die **Altersverteilung** zeigt, dass – entgegen den Ergebnissen der oben angeführten Gesundheitsbefragung – vor allem jüngere Altersgruppen von diesem Problem betroffen sind, zumindest anhand der Spitalsstatistiken. Demnach wird die Hauptdiagno-

se Adipositas am häufigsten bei 15- bis 44-jährigen Patientinnen und Patienten gestellt, gefolgt von den 45- bis 64-Jährigen. Auch hier zeigt sich der auffallend größere Frauenanteil bei den Diagnosen.

Grafik 4.53: Adipositas (<E66>) als Hauptdiagnose in Wiener Akutkrankenanstalten 2007, nach Geschlecht und Alter



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Vor allem bei Krankheiten wie Adipositas reflektieren die genannten Hauptdiagnosen jedoch nur einen Bruchteil des Geschehens. Allein in Wiener Fondskrankenanstalten betrug etwa im Jahr 2007 der Anteil der **Nebendiagnosen** das 15-fache der Hauptdiagnosen.²⁰⁴ Hinzu kommt in diesem Fall noch ein beachtlicher Teil aus Privatkrankenanstalten, von denen jedoch keine zusammengefasste Statistik vorliegt. Auf jeden Fall wird mit der Miteinbeziehung der Nebendiagnosen das Ausmaß der Verbreitung von Fettleibigkeit in Wien schon deutlicher. Bei den Nebendiagnosen ist übrigens das Geschlechterverhältnis etwas weniger krass ausgeprägt als bei den Hauptdiagnosen (60 zu 40).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass fast 4-mal so viele Frauen als Männer wegen eines Magenbandes (Gastric banding, MEL2948) und mehr als 8-mal so viele Frauen als Männer wegen einer Fettschürze (MEL2891) operiert werden.^{205 206}

Insgesamt ist jedoch in der bereits in vielen europäischen Ländern beobachtbaren Zunahme von stark Übergewichtigen eine eindeutige **gesundheitpolitische Herausforderung** zu erkennen, die eine klare und sektorübergreifende Strategie erfordert.

²⁰⁴ DIAG (BMGF), abgerufen Februar 2010.

²⁰⁵ DIAG (BMGF), abgerufen August 2010.

²⁰⁶ RAFETSEDER, Stadt Wien, MA 24.

4.4.3.2 Aktivitäten der Wiener Gesundheitsförderung im Jahr 2009 zu Adipositas

Mag.^a Kristina HAMETNER

Wiener Gesundheitsförderung WiG, Geschäftsführung, Referentin für Strategie und Koordination

Hotline für Essstörungen 0800 20 11 20

Die Hotline für Essstörungen wurde vom Wiener Programm für Frauengesundheit 1998 aufgebaut und 2009 von der Wiener Gesundheitsförderung übernommen.

Die Hotline für Essstörungen ist eine niederschwellige, anonyme und kostenlose Telefonberatungsstelle, die werktags von Montag bis Donnerstag, zwischen 12 und 17 Uhr, erreicht werden kann. Sie bietet Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit Essstörungen professionelle Beratung, Information und Hilfe. Über die E-Mail-Beratung unter <hilfe@essstoerungshotline.at> können sich auch jene Personen beraten lassen, die Hemmungen haben anzurufen. Die Beratungsstelle stößt aber auch an ihre Grenzen: So ist die Hotline kein Ersatz für Psychotherapie, medizinische Begleitung oder längerfristige persönliche Beratung. Obwohl Anruferinnen und Anrufer auch über einen längeren Zeitraum telefonisch begleitet werden können, geschieht dies immer mit dem primären Ziel, die Betroffenen soweit zu stärken, dass sie den Mut und die Kraft aufbringen, persönlich eine Beratungsstelle, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychologin oder einen Psychologen aufzusuchen.

Im Jahr 2009 haben 1.069 Anruferinnen und Anrufer sowie 369 E-Mail-Schreiberinnen und E-Mail-Schreiber das niederschwellige, kostenlose und anonyme Service der Hotline für Essstörungen genutzt. Die Mehrzahl der Anfragen bezog sich auf Anorexie und Bulimie, 13 Prozent der E-Mails und 12 Prozent der telefonischen Anfragen gingen von Betroffenen und Angehörigen zum Thema Esssucht ein.

„Nach Herzenslust – leichter leben“ – Interdisziplinäres und interkulturelles Adipositasprogramm für Frauen und Mädchen

Das Projekt „Nach Herzenslust – leichter leben“ des Frauengesundheitszentrums FEM Süd war ein interdisziplinäres und interkulturelles Interventionsprojekt zur Gesundheitsförderung für von Adipositas betroffe-

ne Frauen und Mädchen, das ursprünglich vom Wiener Programm für Frauengesundheit, in Folge von der Wiener Gesundheitsförderung unterstützt wurde.

Eine Fokussierung erfolgte im Hinblick auf sozial benachteiligte Zielgruppen mit hohem Risikopotenzial für adipositas-assoziierte Erkrankungen. Ziel für die Teilnehmerinnen war vorrangig eine Lebensstiländerung und ein verbessertes Wohlbefinden sowie in weiterer Folge eine langfristige Gewichtsreduktion und -stabilisierung durch ein gesünderes Ess- und gesteigertes Bewegungsverhalten. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sollten dadurch verringert werden. Weitere Aufmerksamkeit galt den psychodynamischen Ursachen von Adipositas.

In Anlehnung an die Qualitätskriterien für Adipositasprogramme wurde ein maßgeschneidertes „Gruppenprogramm“ für Frauen der Zielgruppe, welches die Bereiche Ernährung, Bewegung sowie psychologische Aspekte des Lebensstils umfasst, und ein Bewegungsprogramm, mit dem Kraft und Ausdauer trainiert werden können, entwickelt. Weiters wurden fallweise Einzelberatung, Kochworkshops sowie E-Mail- und Internetberatung über die eigens erstellte Projektwebsite angeboten. Die Erfahrungswerte des Projektes wurden über Multiplikatorinnen-Schulungen weitergeben. Das Projekt wurde durch eine interdisziplinäre sowie multiprofessionelle Strategiegruppe begleitet.

In der Projektlaufzeit wurden drei Durchgänge mit jeweils vier parallel laufenden zielgruppenspezifischen Gruppenprogrammen in der Dauer von jeweils 9 Monaten durchgeführt: Eine deutschsprachige, eine türkischsprachige, eine bosnisch/serbisch/kroatischsprachige Gruppe und eine Mädchengruppe. Um Frauen mit Betreuungspflichten die Teilnahme zu ermöglichen, wurde auch Kinderbetreuung angeboten. Im Zeitraum Jänner 2008 bis Dezember 2009 wurden insgesamt 194 Frauen und Mädchen betreut.

Essstörungsprävention in Schulen

Zielgruppen: Jugendliche der 9. Schulstufe, Lehrerinnen und Lehrer sowie Erziehungsberechtigte.

Im Rahmen der Maßnahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit zum Thema Essstörungen wurden als wichtige präventive Maßnahmen auch Schulworkshops etabliert und über viele Jahre bis zur strukturellen Veränderung und Übernahme der Agenden von der Wiener Gesundheitsförderung durchgeführt.

Immer mehr junge Menschen leiden unter Essstörungen. Magersucht, Bulimie und Esssucht sind jedoch keine Ernährungsprobleme, sondern schwerwiegende seelische Erkrankungen. Da Essstörungen häufig erstmals in der Pubertät auftreten, bietet die Hotline für Essstörungen ein umfassendes Präventionsprogramm an, das die gesamte Schulpartnerschaft (Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer, Erziehungsberechtigte) erreicht.

Ziele der einstündigen Workshops für Schülerinnen und Schüler durch die Beraterinnen der Hotline für Essstörungen sind, Informationen zum Thema Essstörungen weiterzugeben sowie die Reflexion gängiger Schönheitsideale anzuregen. Da Lehrkräfte sowie Schulärztinnen und Schulärzte durch ihre tägliche Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einen wesentlichen Beitrag zu Prävention und Früherkennung von Essstörungen leisten, wurde für diese Zielgruppe ein zweistündiger Workshop entwickelt. Die Workshops sollen dem Schulpersonal die Erkennung von Essstörungen sowie den richtigen Umgang mit den Betroffenen erleichtern.

Auch für Erziehungsberechtigte bieten die Expertinnen und Experten der Wiener Gesundheitsförderung Informationsabende zum Thema Essstörungen an, an denen Erziehungsberechtigte wichtige Informationen zur Früherkennung von Essstörungen bei ihren Kindern sowie zum richtigen familieninternen Umgang mit den Betroffenen erhalten.

Im Jahr 2009 konnten über die Schulworkshops 1.757 Schülerinnen und Schüler in 92 Klassen erreicht werden. Für Lehrkräfte, Schulärztinnen und Schulärzte

fanden drei Workshops mit insgesamt 37 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, für Erziehungsberechtigte zwei Workshops mit insgesamt 23 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt.

XXL Sommercamp 2009

Im Jahr 2009 veranstaltete die Volkshilfe Donaustadt, unterstützt von der Wiener Gesundheitsförderung, erstmals ein Sommercamp speziell für übergewichtige Jugendliche. Unter dem Titel „Summer XXL 2009“ sollten die jungen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Spaß an der Bewegung und an gesunder Ernährung finden. Auf dem Tagesprogramm standen sportliche Aktivitäten und Abenteuerwanderungen ebenso wie ernährungsbewusstes Zubereiten der eigenen Mahlzeiten. Gleichzeitig sollten Jugendliche im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten mit Gleichaltrigen, die unter dem selben Problem leiden, Kontakte knüpfen können.

Damit die Begeisterung der Kinder nicht schnell wieder „verpufft“, war vorgesehen, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch nach den fünf Camptagen von den Betreuerinnen und Betreuern begleiten zu lassen. Ziel dieses Projekts war es, eine nachhaltige Veränderung der individuellen Lebensweisen der Jugendlichen zu erreichen.

Die große Begeisterung, mit der sich die Jugendlichen an den Aktivitäten beteiligten, war sichtlich auf die hohe Motivation und Einfühlsamkeit der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer der Volkshilfe zurückzuführen. Es wurde deutlich, dass das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Jugendlichen sehr direkt von ihrem Umfeld geprägt wird und es hat sich im Verlauf der Woche dementsprechend verändert. Die Küche stand den Jugendlichen durchgehend offen, es wurde zwischen den Mahlzeiten aber ausschließlich auf Obst und Wasser zugegriffen. Die weitere Betreuung der Jugendlichen während des Jahres wurde konsequent umgesetzt.

4.4.3 Adipositas

Dr. Thomas DORNER, MPH

Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Anita RIEDER

Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien

Definition

Adipositas ist definiert als übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Sie wird heute als chronische Gesundheitsstörung verstanden bzw. ist in der „International Classification of Diseases“ als Krankheit definiert. Übergewicht ist eine über den Normwert hinausgehende Erhöhung des Körpergewichts. Zur Ermittlung und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bzw. der Körperzusammensetzung stehen anthropometrische¹⁹⁵ Methoden wie die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI), des Bauchumfangs und der Waist-to-Hip-Ratio (WHR) sowie apparative Methoden zur Verfügung. In der klinischen Praxis kommen hauptsächlich anthropometrische Methoden zum Einsatz, da apparative Methoden zwar genauer, aber aufwändiger und teurer sind. Die international verwendete Klassifikation von Übergewicht und Adipositas der WHO definiert Übergewicht geschlechtsunabhängig als $BMI \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ und Adipositas als $BMI \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. Zur Quantifizierung von Adipositas trägt jedoch nicht nur die Berechnung des BMI bei, auch der Bauchumfang spielt in der Klassifizierung der Adipositas eine immer größere Rolle. Liegt der Bauchumfang bei Männern über 102 cm und bei Frauen über 88 cm, spricht man von abdomineller Adipositas. Alle anthropometrischen Messungen erlauben eine Abschätzung des Körperfettgehalts und des Risikos für Begleit- und Folgeerkrankungen. Bauchumfang und WHR geben darüber hinaus Auskunft über die Fettverteilung. Sie ermöglichen eine Abschätzung der viszeralen Fettmasse, von der ein höheres Risiko für Komorbiditäten ausgeht als von der peripheren Fettmasse.

Auswirkungen auf die Gesundheit

Die Auswirkungen durch Adipositas auf den Gesundheitszustand reichen von Beeinträchtigungen des subjektiven Wohlbefindens und der Lebensqualität bis hin zu schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen. Es gibt kaum ein Organ oder Organsystem, das nicht durch Übergewicht und Adipositas negativ beeinträchtigt ist. So hat Adipositas Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, das Risiko für Krebserkrankungen, auf Haut, Knochen und Muskeln, auf das endokrinologische und metabolische System¹⁹⁶, auf das Risiko für neuropsychiatrische und psychosoziale Gesundheitsbeeinträchtigungen, auf den Magen-Darmtrakt, auf das Nerven- und Sinnessystem, den Urogenitaltrakt und die Atmungsorgane.¹⁹⁷ Übergewicht ist auch der Hauptrisikofaktor für die Entstehung des Schwangerschaftsdiabetes. In Österreich sind in etwa 10 Prozent der Schwangeren (ca. 7.600 Frauen jährlich) von Schwangerschaftsdiabetes betroffen.¹⁹⁸

Adipositas erhöht das Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen. Am stärksten ist das Risiko erhöht für Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit) und deren Vorstufe, die Insulinresistenz, weiters Gallenblaserkrankungen, Atemnot und Schlafapnoesyndrom¹⁹⁹. Adipöse Personen haben ein über 3-fach erhöhtes Risiko, diese Krankheiten zu entwickeln. Ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko haben adipöse Personen für die Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen, von Gelenkerkrankungen wie Osteoarthritis, sowie von erhöhten Harnsäurewerten (Hyperurikämie) und Gicht. Auch für andere Erkrankungen ist das Risiko durch Adipositas erhöht. Ein bis zu 2-fach erhöhtes

¹⁹⁵ Anthropometrie: Messung des menschlichen Körpers zwischen anatomischen und nach biochemischen Daten festgelegten Punkten.

¹⁹⁶ System der Hormone und des Stoffwechsels.

¹⁹⁷ Deutsche Adipositasgesellschaft (2003).

¹⁹⁸ Altern mit Zukunft (Hrsg.): Erster österreichischer Adipositasbericht (2006).

¹⁹⁹ Atemstillstände (Apnoen) während des Schlafs.

relatives Risiko haben adipöse Personen für Krebserkrankungen (Brustkrebs bei postmenopausalen Frauen, Endometriumkarzinom²⁰⁰, Dickdarmkrebs), für Störungen der Fortpflanzungshormone, das polyzystische Ovarialsyndrom, für Rückenschmerzen, für Anästhesie-Komplikationen sowie für fetale Defekte bei Müttern mit Adipositas.²⁰¹

Könnte Übergewicht und Adipositas als Risikofaktor verhindert werden, ließen sich Schätzungen zufolge 47 Prozent aller Fälle von Herzinfarkt, 68 Prozent aller Fälle von Schlaganfall, 66 Prozent aller Diabetes mellitus Typ II Fälle und 23 Prozent aller Dickdarmkrebsfälle verhindern.

Adipositas erhöht aber auch die Sterblichkeit und verkürzt die Lebenserwartung, vor allem bei jüngeren Menschen. Ein extrem adipöser junger Mensch (20 bis 30 Jahre, BMI > 45 kg/m²) verliert vermutlich 13 (Mann) bzw. 8 (Frau) Lebensjahre als Folge der Adipositas. Übergewichtige 40-Jährige verlieren 3 Lebensjahre, adipöse Gleichaltrige 6 bis 7 Jahre. Adipositas verkürzt allerdings nicht nur die Lebenserwartung, sondern vor allem die gesunde Lebenserwartung. Weltweit gehen 30 Millionen gesunde Lebensjahre²⁰² durch einen BMI > 21 kg/m² verloren, 2,5 Millionen Menschen sterben jährlich frühzeitig, wobei das Gesundheitsrisiko mit steigendem BMI zunimmt, ab einem BMI von 30 kg/m² besonders steil. 58 Prozent dieser DALYs durch einen hohen BMI gehen aufgrund von Diabetes mellitus verloren, 8 bis 42 Prozent aufgrund verschiedener Krebserkrankungen und 38 Prozent aufgrund von Hypertonie (WHO, 2002; Adipositasbericht, 2006). Im Europäischen Gesundheitsbericht der WHO wird geschätzt, dass in Österreich 9,6 Prozent aller Todesfälle durch einen hohen BMI verursacht werden und 6,7 Prozent aller DALYs durch einen erhöhten BMI verloren gehen.

Epidemiologie

Bei Erwachsenen sind in Österreich je nach verfügbarer epidemiologischer Datenquelle 20 bis 64 Prozent der Männer und 20 bis 40 Prozent der Frauen übergewichtig (BMI 25,0 bis 29,9 kg/m²) bzw. 3 bis 23 Prozent der Männer und 2 bis 24 Prozent der Frauen adipös (BMI ≥ 30 kg/m²). Männer sind häufiger übergewichtiger als Frauen, bei der Prävalenz der Adipositas bestehen nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern.²⁰³

Gemäß der rezentesten Gesundheitsbefragung in **Österreich** haben basierend auf selbstberichteten Daten für Körpergröße und Körpergewicht 55 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen einen BMI über 25 kg/m² und 12 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen einen BMI über 30 kg/m². Bezüglich der Prävalenz von Adipositas gibt es hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern mit der höchsten Prävalenz in den Bundesländern Burgenland (17,5 Prozent), Niederösterreich (14,6 Prozent) und Oberösterreich (14,2 Prozent), gefolgt von Wien (13,1 Prozent), Vorarlberg (12,9 Prozent) und Steiermark (10,0 Prozent) und der niedrigsten Prävalenz in den Bundesländern Salzburg (9,5 Prozent), Kärnten (8,8 Prozent) und Tirol (8,6 Prozent). Mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas bis zu einem Altersgipfel bei den 60- bis 74-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind 73 Prozent der Männer und 63 Prozent der Frauen von Übergewicht oder Adipositas betroffen.

In Wien zeigt sich der Altersgipfel der Adipositas im gesamtösterreichischen Vergleich bereits in jüngeren Lebensjahren, in der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind in Wien je 19 Prozent der Männer und Frauen von Adipositas betroffen. Prävalenzzahlen für Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Altersgruppen sind für Österreich und für Wien in den *Tabellen 4.6 und 4.7* dargestellt.

²⁰⁰ Krebserkrankung der Gebärmutter Schleimhaut.

²⁰¹ WHO (2002).

²⁰² DALYs: Disability Adjusted Life Years.

²⁰³ Altern mit Zukunft (Hrsg.): Erster österreichischer Adipositasbericht (2006).

Tabelle 4.6: Anteil der übergewichtigen und adipösen Frauen in Österreich und Wien nach Altersgruppen

	15–29	30–44	45–59	60–74	75+	gesamt
Österreich						
BMI \geq 30	4,7	9,4	16,5	19,7	17,8	12,7
BMI 25–29,9	12,7	23,4	33,3	43,6	39,4	28,6
Wien						
BMI \geq 30	4,4	11,4	18,8	15,5	18,2	13,3
BMI 25–29,9	15,3	25,6	36,9	41,3	43,0	30,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Berechnungen.

Tabelle 4.7: Anteil der übergewichtigen und adipösen Männer in Österreich und Wien nach Altersgruppen

	15–29	30–44	45–59	60–74	75+	gesamt
Österreich						
BMI \geq 30	4,4	10,8	17,2	19,0	12,8	12,0
BMI 25–29,9	20,6	44,0	52,2	53,5	51,6	42,5
Wien						
BMI \geq 30	4,8	12,8	19,4	13,5	15,1	12,8
BMI 25–29,9	18,8	37,5	46,1	55,0	48,8	38,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Berechnungen.

In einem multivariaten Regressionsmodell mit Daten von Wienerinnen und Wienern aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde simultan nach verschiedenen sozio-demographischen Merkmalen kontrolliert. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 4.8* dargestellt. In diesem Modell zeigt sich, dass das Risiko von Adipositas (BMI \geq 30 kg/m²) sehr stark vom Alter abhängt. So haben Männer und Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahren eine mehr als 6-mal so hohe Wahrscheinlichkeit an Adipositas zu leiden als Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren. Es zeigt sich ebenso ein starker Zusammenhang mit der sozio-ökonomischen Schicht. Männer

und Frauen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung Grundschule oder Lehre angeben, haben eine etwa 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit an Adipositas zu leiden als Personen mit einer weiteren Ausbildung nach der Matura. Wiener Männer, die in Lebensgemeinschaften leben, haben eine 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu leiden als Männer, die allein leben. Bei Frauen gibt es diesbezüglich keinen Unterschied. Das Geburtsland hat keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu leiden bei simultaner Kontrolle nach anderen soziodemographischen Merkmalen wie Alter und Bildung.

Tabelle 4.8: Einfluss von sozio-demographischen Variablen auf das Risiko von Adipositas bei Wienerinnen und Wienern. Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodelles, dargestellt als Odds Ratio (OR) mit 95 Prozent-Konfidenzintervall (95 Prozent KI)

	Männer (N=689)		Frauen (N=774)	
	OR	95 Prozent KI	OR	95 Prozent KI
Alter (Ref.: 15–29 Jahre)				
30–44	1,24	0,55–2,82	3,72	1,75–7,89
45–59	6,40	3,12–13,13	6,28	3,05–12,92
60–74	5,88	1,88–18,37	2,54	0,98–6,59
75+	5,11	2,03–12,90	6,13	3,04–12,37
Bildung (Ref.: Universität / Hochschule)				
Fachschule / Matura	1,38	0,48–3,98	2,08	0,97–4,46
Grundschule / Lehre	3,00	1,12–8,06	2,93	1,38–6,22
Geburtsland nicht Österreich	1,22	0,68–2,20	0,72	0,42–1,26
In Lebensgemeinschaft lebend	3,17	1,78–5,66	1,61	0,97–2,67

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Berechnungen.

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

In *Tabelle 4.9* ist die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme in Abhängigkeit der BMI-Kategorie bei Wienerinnen und Wienern (kontrolliert nach Alter) dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass adipöse Frauen eine um mehr als 60 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit eines Spitalsaufenthaltes haben im Vergleich zu gleichaltrigen normalgewichtigen Frauen. Übergewichtige und adipöse Personen sind im Vergleich zu Normalgewichtigen auch wesentlich häufiger bei der Ärztin bzw. beim Arzt für Allgemein-

medizin, wie *Tabelle 4.10* zeigt. So haben übergewichtige Männer eine um 50 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, innerhalb des Jahres vor der Befragung in allgemeinmedizinischer Behandlung gewesen zu sein. Bei adipösen Männern und Frauen stieg die Wahrscheinlichkeit sogar bei beiden Geschlechtern um mehr als das Doppelte im Vergleich zu Normalgewichtigen an. Untergewichtige Männer zeigten im Vergleich zu den Normalgewichtigen ebenfalls eine deutlich höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (bei allerdings geringer Fallzahl). Dies ist vermutlich auf Komorbiditäten zurückzuführen.

Tabelle 4.9: Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme in den letzten 12 Monaten nach BMI-Kategorie (Referenzgruppe: Normalgewichtige) bei Wienerinnen und Wienern, kontrolliert nach Alter. Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodelles, dargestellt als Odds Ratio (OR) mit 95 Prozent Konfidenzintervall (95 Prozent KI)

	Männer (N=689)		Frauen (N=774)	
	OR	95 Prozent KI	OR	95 Prozent KI
Untergewicht	5,22	1,78–15,27	0,24	0,07–0,90
Normalgewicht	1		1	
Übergewicht	0,76	0,53–1,08	1,22	0,91–1,63
Adipositas	1,13	0,71–1,78	1,64	1,14–2,34

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Berechnungen.

Die häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch adipöse Frauen und Männer im Vergleich zu den Normalgewichtigen zeigt einerseits, dass häufig Folgekrankheiten durch Adipositas entstanden sind

und behandlungsbedürftig sind, oder durch Adipositas entstandene Komplikationen zu einem medizinischen Mehraufwand geführt haben bzw. Adipositas selbst einen Krankheitswert erlangt hat. Andererseits ist die

4.4.4 Psychische und Verhaltensstörungen

Zusammenfassung

Verbreitung: Laut aktueller Gesundheitsbefragung geben fast 11 Prozent der über 15-jährigen Wiener Bevölkerung (d. h. rund 154.000 Wienerinnen und Wiener) an, jemals an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten zu haben. Innerhalb Österreichs weist Wien damit den höchsten Anteil Betroffener auf. Einer anderen Befragung zufolge berichten 14 Prozent der Wienerinnen und Wiener von Schlafstörungen, 7 Prozent von einer Erkrankung des Nervensystems und starker Nervosität, und 5 Prozent von Angstzuständen und Panikattacken.

Bei den **stationären Aufenthalten** aufgrund einer psychischen Störung dominieren vor allem die affektiven Störungen, und hier insbesondere die **Depression**. Während bei den affektiven Störungen Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind, dominieren bei den Männern **alkoholbedingte Störungen**, welche ebenfalls einen bedeutenden Anteil bei den Spitalsaufnahmen einnehmen. Die drittgrößte Gruppe bildet die vor allem ältere Menschen betreffende **Demenz**.

Summary: Mental and Behavioural Disorders

Prevalence: Recent health survey results show that nearly 11 percent of the Viennese population above age 15 (approximately 154,000 persons) report having suffered from chronic anxiety disorders or depression at some time in their life. This is the highest percentage in Austria. In another survey, 14 percent of the Viennese population reported sleeping disorders, 7 percent diseases of the nervous system and severe nervousness, and 5 percent reported anxiety and panic attacks.

The majority of **hospitalisations** for mental disorders are due to affective disorders, especially **depression**. While affective disorders are approximately twice as common in women as in men, men are most frequently affected by **alcohol-related disorders**, which account for a significant share of hospitalisations. The third-largest group is **dementia**, which is particularly common in elderly people.

Verbreitung und Bedeutung

Psychische und Verhaltensstörungen (<F00–F99>) sind, vor allem aufgrund der damit verbundenen Folgen, von gesellschaftlich großer Bedeutung. Zu den wichtigsten Untergruppen zählen die Demenz, alkohol- oder drogenverursachte Störungen, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, sowie affektive Störungen (v. a. Depression).

In der aktuellen **österreichweiten Gesundheitsbefragung** geben 8,9 Prozent (Frauen 10,9 Prozent, Männer 6,7 Prozent) der Befragten über 15 Jahre an, jemals an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten zu haben. Konkret bedeutet dies 300.000 Betroffene weiblichen und 180.000 Betroffene männlichen Ge-

schlechts. Für **Wien** beträgt der entsprechende Anteil 10,8 Prozent bzw. 154.000 Betroffene psychischer und Verhaltensstörungen. Innerhalb Österreichs weist Wien den höchsten Anteil Betroffener auf, gefolgt von Salzburg (10,3 Prozent). Die niedrigsten Anteile finden sich hingegen in Vorarlberg und Kärnten.²⁰⁷ In der zuletzt im Jahr 2008 durchgeführten Befragung „Wiener Lebensqualitätsstudien“ berichten 12 Prozent der Befragten von Schlafstörungen, 5 Prozent von einer Erkrankung des Nervensystems und starker Nervosität, 3 Prozent von Angstzuständen und Panikattacken.²⁰⁸

Bei **stationären Aufenthalten** in den Wiener Akutkrankenanstalten wurde im Jahr 2007 in rund 25.000 Fällen die Hauptdiagnose einer psychischen oder Verhaltensstörung gestellt. Wobei jeweils die Hälfte

²⁰⁷ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62–63.

²⁰⁸ IFES (2009), Wiener Lebensqualitätsstudien: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien 2008.

der Fälle Frauen (49,5 Prozent) und Männer (50,5 Prozent) betrifft.²⁰⁹

Affektive Störungen als Hauptdiagnose stellen mit 19 Prozent (4.809 Fälle) einen bedeutenden Anteil dieser Gruppe, wobei Frauen mehr als doppelt so häufig betroffen sind (3.180 vs. 1.629 Fälle). Bei den Männern dominieren hingegen alkoholbedingte Störungen (siehe unten).²¹⁰ Unter affektive Störungen (<F30–F39>) fallen insbesondere die depressive Episode (<F32>) sowie die rezidivierende depressive Störung (<F33>). Diese werden gemeinhin als „**Depression**“ bezeichnet und bilden mit etwa 80 Prozent (Haupt- und Nebendiagnosen) den Hauptanteil.

Die vor allem ältere Menschen betreffende **Demenz** bildet mit 11 Prozent der Diagnosefälle im Vergleich zu rund 13 Prozent der diagnostizierten **alkoholbedingten Störungen** einen vergleichsweise geringen Anteil. Auch der Anteil an psychischen und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen („Drogen“) ist mit knapp fünf Prozent im Vergleich zur Ursache der Droge Alkohol als gering zu bezeichnen.²¹¹

Von den im Jahr 2007 in Wiener Akut-Krankenanstalten 3.207 eingelieferten Fällen mit der Hauptdiagnose **psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol** (<F10>) entfielen 74 Prozent auf Männer²¹². Sechs Männer sind noch während des Aufenthalts in der Krankenanstalt verstorben. Bei den unter 15-Jährigen überwiegt die Spitalsaufnahme von Mädchen: 12 Buben und 17 Mädchen wurden 2007 aufgrund von schwerem Alkoholmissbrauch in ein Wiener Spital eingeliefert²¹³. Insgesamt betrifft die Hälfte aller Fälle jüngere Patientinnen und Patienten (unter 45 Jahre). Nur acht Prozent der Diagnosen betreffen ältere Menschen (65 Jahre und älter).

Die *folgende Tabelle* gibt eine Übersicht über die von den Wiener Fonds-Krankenanstalten gemeldeten Haupt- und Nebendiagnosen zu den wichtigsten Untergruppen dieser Krankheitskategorie. Auffallend ist der insbesondere bei den Nebendiagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen deutlich höhere Frauenanteil, ebenso wie der höhere Frauenanteil bei den Demenzen (Alterseffekt). Wie bereits erwähnt, fällt hingegen in der Gruppe der alkoholbedingten Störungen das deutliche Überwiegen der Männer (Anteil über 70 Prozent) auf.

²⁰⁹ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik. Vgl. auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

²¹⁰ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik.

²¹¹ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik.

²¹² Hauptdiagnose alkoholbedingte Störung (<F10>): Männer 2.404 Fälle; Frauen 903 Fälle.

²¹³ Da es sich bei der Spitalsstatistik um eine fallbezogene Statistik handelt, sind Mehrfachaufnahmen möglich.

Tabelle 4.11: Stationäre Aufenthalte in Wiener Fonds-Krankenanstalten mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) als Haupt- oder Neben-/Zusatzdiagnosen, 2004–2007

ICD-10 Code	Haupt-/Nebendiagnose	Diagnosefälle			
		2004	2005	2006	2007
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen				
	Hauptdiagnose	21.543	24.706	24.306	25.305
	Männer	10.429	11.919	11.781	12.786
	Frauen	11.114	12.787	12.525	12.519
	Neben-/Zusatzdiagnose	30.239	32.167	32.927	50.154
	Männer	12.989	13.315	13.569	21.324
	Frauen	17.250	18.852	19.358	28.830
darunter:					
F30–F39	Affektive Störungen				
	Hauptdiagnose	3.836	4.099	4.413	4.809
	Männer	1.169	1.302	1.265	1.629
	Frauen	2.667	2.797	3.148	3.180
	Neben-/Zusatzdiagnose	961	1.243	1.063	15.473
	Männer	331	412	353	4.211
	Frauen	630	831	710	11.262
F00–F03	Demenz (Alzheimer, vaskuläre Demenz, andere u.n.n.bez. Demenzen)				
	Hauptdiagnose	2.243	2.545	2.429	2.832
	Männer	669	707	662	806
	Frauen	1.574	1.838	1.767	2.026
	Neben-/Zusatzdiagnose	252	232	287	7.017
	Männer	71	75	78	2.119
	Frauen	181	157	209	4.898
F10–F19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen				
	Hauptdiagnose	4.352	4.425	4.372	4.494
	Männer	3.143	3.141	3.091	3.166
	Frauen	1.209	1.284	1.281	1.328
	Neben-/Zusatzdiagnose	3.859	4.092	4.251	15.476
	Männer	2.480	2.668	2.677	10.477
	Frauen	1.379	1.424	1.574	4.999
darunter:					
F10	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol				
	Hauptdiagnose	3.018	3.274	3.327	3.207
	Männer	2.278	2.444	2.448	2.363
	Frauen	740	830	879	844
	Neben-/Zusatzdiagnose	1.810	1.885	1.773	5.534
	Männer	1.191	1.258	1.162	4.129
	Frauen	619	627	611	1.405

Quelle: DIAG Extranet, BMG.

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Im Jahr 2008 starben in Wien 118 Männer und 71 Frauen aufgrund von Suizid oder Selbstbeschädigung.²¹⁴ Nicht eingerechnet sind hier die diese Zahlen übersteigenden Suizidversuche: Laut Mitteilungen der Magistratsabteilung 70 (Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst)

wurden im Jahr 2008 in Wien 287 Suizidversuche offiziell registriert (Frauen 159, Männer 128 Versuche). Diese Angaben beruhen jedoch bei weitem nicht auf Vollständigkeit und eine Aussage über die vermutlich sehr hohe Dunkelziffer kann nicht getroffen werden.

²¹⁴ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik.

Es wird geschätzt, dass in Österreich 242 **potenzielle Lebensjahre** pro 100.000 unter 70-Jährige durch Selbstverletzungen verloren gehen. Für Männer liegt der entsprechende Wert mit 374 Jahren dabei deutlich (mehr als das Dreifache) höher als für Frauen (108 Jahre).²¹⁵

Einen Einblick in die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von psychischen Störungen geben etwa auch die auf Gesundheitsgründen basierenden vorzeitigen Pen-

sionen (**Invaliditätspensionen**). Im Jahr 2009 wurde österreichweit 9.144 Personen (4.608 Männer, 4.536 Frauen) eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Krankheit gewährt. Dies entspricht einem Anteil von 30 Prozent dieser Pensionen.²¹⁶

Eine ausführlichere Darstellung zum Thema psychische Gesundheit findet sich in bereits früher publizierten Berichten der Stadt Wien.²¹⁷

²¹⁵ Werte für 2008. OECD Health Data (2010).

²¹⁶ Vgl. Kap. 4.6 – Krankenstände und Invaliditätspensionen.

²¹⁷ Stadt Wien (2005), Gesundheitsbericht Wien, S. 199–240; Stadt Wien (2004), Psychische Gesundheit in Wien; Stadt Wien (2006), Wiener Frauengesundheitsbericht, S. 179–188; Stadt Wien (2006), Wiener Psychiatriebericht.

4.4.5 Krankheiten des Atmungssystems

Zusammenfassung

Verbreitung: Laut aktueller Gesundheitsbefragung haben in Wien rund 67.000 Menschen (4,7 Prozent der Befragten) jemals an chronischer Bronchitis oder Emphysem gelitten; mehr als 75.000 Wienerinnen und Wiener leiden oder litten jemals an allergischem Asthma (5,3 Prozent) und rund 34.000 Wienerinnen und Wiener an einer anderen Form von Asthma (2,4 Prozent).

Laut **Diagnosestatistik** der Wiener Akutkrankenanstalten 2007 entfällt mehr als ein Fünftel der Hauptdiagnosen dieser Krankheitsgruppe auf **chronisch obstruktive Lungenkrankheiten (COPD) und Bronchiektasien**, welche bekanntlich vor allem mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.

Summary: Diseases of the Respiratory System

Prevalence: Recent health survey results show that nearly 67,000 people in Vienna (some 4.7 percent of the respondents) have suffered from chronic bronchitis or emphysema at some time in their life. Over 75,000 people in Vienna have or have had allergic asthma (5.3 percent) and some 34,000 people (2.4 percent) have had some other form of asthma.

The **diagnosis statistics** of Vienna's acute care hospitals show that more than 20 percent of primary diagnoses in this group of diseases are for **chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) or bronchiectasis**, which are known to be closely linked to smoking.

IV.

Krankheiten des Atmungssystems (<J00–J99>) beinhalten neben akuten Infektionen der oberen und unteren Atemwege sowie der Lungenentzündung vor allem auch chronische Krankheiten wie etwa Lungenkrankheiten und Bronchiektasien sowie Asthma. Diese sind zu einem großen Teil durch aktives und passives Rauchen sowie andere Umwelteinflüsse verursacht und betreffen häufig auch Kinder.

Verbreitung

Laut aktueller österreichweiter **Gesundheitsbefragung** haben in Wien rund 67.000 Menschen jemals an chronischer Bronchitis oder Emphysem gelitten (4,7 Prozent der Befragten; Österreich: 5,5 Prozent); mehr als 75.000 Menschen leiden oder litten jemals an allergischem Asthma (5,3 Prozent der Befragten; Österreich: 4,3 Prozent) und rund 34.000 Menschen

an einer anderen Form von Asthma (2,4 Prozent der Befragten; Österreich: 2,8 Prozent). Mit Ausnahme der allergischen Form von Asthma ist eine deutliche Altersabhängigkeit erkennbar, wobei vor allem ab etwa dem 60. Lebensjahr eine starke Zunahme festzustellen ist²¹⁸.

Die in der Vergangenheit in Wien durchgeführten Befragungen weisen geringere Zahlen aus, doch ist zu bedenken, dass es sich hierbei nur um Personen in Privathaushalten handelt und die Anstaltsbevölkerung ausgeschlossen war.²¹⁹ Demnach berichteten in der Befragung „Wiener Lebensqualitätsstudien“ 8 Prozent der Befragten von Atemwegserkrankungen und in der Befragung „Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey“ 4,4 Prozent der Befragten von chronischen Krankheiten der Atmungsorgane.^{220 221}

²¹⁸ Mehrfachantworten möglich. STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62–63.

²¹⁹ Näheres zu Stichprobengröße und Zielgruppe siehe Abschnitt 1 – Datenquellen und Aussagekraft.

²²⁰ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, mit Tabellenband (intern).

²²¹ IFES (2009), Wiener Lebensqualitätsstudien: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien 2008.

Gesundheits- und sozioökonomische Bedeutung

Stationäre Aufenthalte: Bei Entlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten wurde im Jahr 2007 in fast 33.000 Fällen als Hauptdiagnose eine Erkrankung des Atmungssystems gestellt. Mehr als ein Fünftel (22 Prozent) der Diagnosen betrafen **chronisch obstruktive Lungenkrankheiten (COPD) und Bronchiektasien** (<J40–J44, J47>)²²², welche bekanntlich vor allem mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.²²³

Asthma (Asthma bronchiale und akutes schweres Asthma bronchiale, <J45–J46>) wird jährlich in mehr als 1.000 Fällen als Hauptdiagnose registriert.

Invaliditätspensionen: 947 Personen (722 Männer, 225 Frauen) erhielten im Jahr 2009 eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit der Atmungsorgane. Dies entspricht einem Anteil von 3,1 Prozent dieser Pensionen.²²⁴

Mortalität

Deutlich wird das Ausmaß dieser Krankheitsgruppe auch in der Mortalitätsstatistik. 754 Menschen (414 Frauen, 340 Männer) starben 2008 in Wien an einer Krankheit der Atmungsorgane, davon entfiel der Großteil (Frauen 71 Prozent, Männer 77 Prozent) auf chronische Krankheiten der unteren Atemwege. Betroffen sind vor allem ältere Menschen.²²⁵

²²² 2007: 7.649 Hauptdiagnosen in den Wiener Akutkrankenanstalten.

²²³ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik. Vgl. auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

²²⁴ Vgl. Kap. 4.6 – Krankenstände und Invaliditätspensionen.

²²⁵ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik. Vgl. auch Kap. 3.2 – Sterblichkeit und Todesursachen.

4.4.6.1 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen aus sozialer und gesundheitspolitischer Perspektive

Univ.Prof. D.I. Dr. Harald VOGELSANG²⁴³

Univ.Prof. Dr. Walter REINISCH

Medizinische Universität Wien, Klinische Abt. Gastroenterologie & Hepatologie, AKH Wien

In Fortführung der bereits eingangs in diesem Kapitel ausführlich dargestellten Verbreitung der beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, soll in diesem Beitrag insbesondere näher auf die Folgen dieser Krankheit für die Betroffenen selbst sowie für das Gesundheitssystem eingegangen werden.

Inzidenz, Prävalenz

Epidemiologische Daten zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) liegen für Österreich nicht vor. Extrapolationen aus anderen europäischen Ländern legen aber folgende Situation nahe: Während für die Colitis ulcerosa in den letzten Jahren eine stabile Inzidenz beschrieben wurde (10 bis 15 Neuerkrankungen/100.000 Standardbevölkerung der WHO), steigt die Inzidenz des Morbus Crohn deutlich an und hat sich inzwischen an das Vorkommen der Colitis angeglichen. Auf Österreich übertragen sollte die Inzidenz für CED somit zwischen 20 bis 25 Neuerkrankungen pro 100.000 betragen. Die Erkrankung betrifft überdies vor allem **junge Menschen** und kann bereits im Kindesalter erfolgen, zumeist aber im Alter zwischen 20 und 40 Jahre (*siehe oben*).

Nach Angaben des ÖBIG²⁴⁴ hat in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen CED in stationärer Betreuung um mehr als 50 Prozent zugenommen. Im Jahr 2006 mussten österreichweit 7.987 Patientinnen und Patienten (ohne Mehrfachaufnahmen)²⁴⁵ stationär aufgrund einer CED behandelt werden. Die entsprechende Zahl der Patientinnen und Patienten für Wien beträgt 1.905.²⁴⁶ In den Wiener Akutspitälern wurden

2005 knapp 1.800 stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa registriert²⁴⁷; als Nebendiagnose schienen diese beiden Krankheiten fast ebenso häufig auf.²⁴⁸ Ein weiteres Ansteigen der CED in Wien und Gesamtösterreich bis 2010 wird prognostiziert.²⁴⁹

Ausgehend von dem Erfahrungswert, dass rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten mit CED im Laufe eines Jahres stationärer Betreuung bedürfen, würden auch die Zahlen des ÖBIG auf eine **Prävalenz von circa 80.000 Patientinnen und Patienten mit CED in Österreich (davon ca. 20.000 im Raum Wien)** schließen lassen. Dies entspräche circa einem Prozent der Bevölkerung, und wäre somit mit der rheumatoiden Arthritis vergleichbar. Im Kontrast dazu werden chronisch entzündliche Darmerkrankungen oft fälschlich als seltene Erkrankungen gewertet.

Krankheitsbild und die sozialen Folgen

Etwa 90 Prozent der Patientinnen und Patienten leiden phasenweise oder auch oft lebenslang an Durchfall bis hin zur Inkontinenz, 85 Prozent an Bauchschmerzen. Ebenfalls häufig sind Blutbeimengungen im Stuhl und Fistelbildungen (eitrige Verbindungsgänge vom Darm zu anderen Organen wie Haut (v. a. im Intimbereich), Darm, Blase, Scheide, Muskulatur, etc.). Nicht selten müssen die Patientinnen und Patienten ihren Aktionsradius nach der unmittelbaren Verfügbarkeit einer Toilette orientieren und durch Tragen von Windeln den imperativen Dringlichkeiten vorbeugen.

Die infolge dieser Krankheit eintretende Beeinträchtigung der körperlichen Aktivität und Berufsfähigkeit

²⁴³ Leiter der Arbeitsgruppe Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED) im AKH.

²⁴⁴ GÖG/ÖBIG: Gesundheit Österreich Ges.m.b.H., Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

²⁴⁵ Anzahl der Fälle inklusive Mehrfachaufnahmen: 12.283.

²⁴⁶ Ohne Mehrfachaufnahmen. Anzahl der Fälle inklusive Mehrfachaufnahmen: 3.254.

²⁴⁷ STATISTIK AUSTRIA (2007), Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2006.

²⁴⁸ DIAG Extranet (BMGF), GÖG/ÖBIG.

²⁴⁹ GÖG/ÖBIG.

bedingen häufig **sozialen Rückzug, Angststörungen und Depression**. Abhängig von der Krankheitsaktivität ist dies in bis zu 70 Prozent der Fälle zu beobachten. Die **Lebensqualität** von Patientinnen und Patienten mit CED liegt unter jener mit Diabetes mellitus oder rheumatoider Arthritis.

Schul- und Studienabbruch können ebenfalls die Folge sein; 30 bis 40 Prozent der Patientinnen und Patienten **verlieren** aufgrund der Erkrankung ihre **Beschäftigung**. Die Inanspruchnahme von **Sozialhilfe** – bei Frauen doppelt so hoch gegenüber Männern – stellt eine weitere Konsequenz dar. Konfliktsituationen in zwischenmenschlichen Bereichen führen zum **Verlust sexueller Beziehungen und von Freundschaften**.

Überdies: 15 Jahre nach Diagnose müssen sich 34 Prozent der Betroffenen einer **Operation** am Darm, 14 Prozent zwei Operationen, und 22 Prozent drei oder mehr Operationen unterziehen. Auch das **Risiko für ein Dickdarmkarzinom** ist bei CED gegenüber der Normalbevölkerung auf das bis zu Zehnfache erhöht.

Informationsnotstand in Bevölkerung und Ärzteschaft

Eine im Frühjahr 2006 von IMAS-International²⁵⁰ durchgeführte repräsentative Umfrage zeigte einen alarmierenden Informationsnotstand der österreichischen Bevölkerung über 16 Jahre in Hinblick auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Die Begriffe Morbus Crohn und Colitis sind nur 7 bzw. 3 Prozent der Bevölkerung als Erkrankungen des Verdauungstraktes bekannt. Mehr Bewusstsein und Kenntnis über CED im familiären und beruflichen Bereich würden zu einem verbesserten Verständnis für Betroffene und zu einem neuen Selbstbewusstsein und einer besseren gesellschaftlichen Stellung derselben führen.

Mangelndes Wissen sowie Verharmlosung der Symptomatik durch Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten bewirken eine häufig **verzögerte Diagnosestellung, inadäquate medizinische Versorgung** und nicht selten die Anwendung nebenwirkungsreicher Medikamente trotz Ineffizienz über Monate bis Jahre (z. B. Steroide). Laut aktueller Umfrage beträgt die Verzögerung vom Erstsymptom bis zur Diagnose CED in Österreich 3,1 Jahre. Die Diagnosestellung Morbus Crohn erfolgt in 30 Prozent der Fälle erst fünf Jahre nach Auftreten der Symptome, trotz chronischer Beschwerden.

Medizinische Versorgung in CED-Ambulanzen

Den **bis zu 80.000 Patientinnen und Patienten** in Österreich stehen **wenig spezialisiertes Fachpersonal**, vor allem in so genannten **CED-Ambulanzen**, zur Verfügung. Bei Fehlen genauer Kriterien zur Definition einer Spezialambulanz für CED kann eine detaillierte Angabe der Anzahl dieser Einrichtungen in Österreich nicht gegeben werden. Es ist anzunehmen, dass nur 15 bis 20 Prozent der Patientinnen und Patienten durch CED-Spezialistinnen und -spezialisten versorgt werden können. In den Spezialambulanzen kommen auch jene gastroenterologischen Patientinnen und Patienten zur Abklärung, die aufgrund ihrer chronischen intestinalen Symptomatik differentialdiagnostisch gegenüber CED abzugrenzen sind. Dazu zählen unter anderem Nahrungsmittelintoleranzen und -allergien, Reizdarm oder die Zöliakie²⁵¹, also in Summe Erkrankungen, die bis zu 30 Prozent der Bevölkerung betreffen. CED-Ambulanzen kommen somit eine weitaus breitere Versorgung zu.

Spezialambulanz für CED im AKH

Die **Spezialambulanz für CED** an der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie **im AKH**, der größten dieser Einrichtungen in Österreich, wurde auf Eigenantrieb der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgebaut.

²⁵⁰ IMAS Marktforschungsinstitut (IMAS International – Austrian Market Research Institute), Wien.

²⁵¹ Zöliakie: In jedem Lebensalter auftretende Erkrankung der Dünndarmschleimhaut aufgrund einer Überempfindlichkeit gegen Gluten, das in vielen Getreidesorten (Weizen, Roggen, Gerste u. a.) vorkommende Klebereiweiß. Es handelt sich hierbei um eine chronische Erkrankung mit Blähungen, Durchfällen, Gewichtsabnahme und Blutarmut, die eine lebenslange und strikt glutenfreie Ernährung erfordert.

Am Beispiel der Spezialambulanz für CED des AKH Wien werden ca. **3.500 bis 4.000** Patientinnen und Patienten jährlich behandelt.

Das **klinische Aufgabengebiet** der CED-Spezialambulanz umfasst insbesondere die Abklärung unklarer Fälle, Behandlung schwieriger, komplikationsreicher Verläufe und auch die Indikationsstellung für eine eventuell erforderliche Operation, weshalb in 14-tägigen Abständen eine Konsiliarkonferenz von Radiologen, Chirurgen und Gastroenterologen stattfindet. Zudem werden auch Ausschlussdiagnosen von funktionellen Gastrointestinal-Erkrankungen (Intoleranzen, Reizdarm) betrieben, die eine Häufigkeit von bis zu 25 Prozent in der Bevölkerung aufweisen.

Weiters wird bereits im Vorfeld Ersthilfe bei Anfragen von Patientinnen und Patienten geleistet, Einschulungen von Patientinnen und Patienten vor Biologika-Therapie durchgeführt bzw. Kontakt mit dem niedergelassenen Bereich aufgenommen – wo häufig weitere Therapien erfolgen. Screening- und Kontrolluntersuchungen von CED-Patientinnen und -Patienten vor und unter Biologika-Therapien zur Erfassung von immunologischen oder onkologischen Hauterkrankungen sind ebenfalls Teil des Untersuchungsprogramms.

Insbesondere ist diese Spezialambulanz auch als tertiäres Zentrum tätig, indem es Hilfestellung bei der Abklärung und Therapie von Patientinnen und Patienten aus dem AKH selbst (andere Abteilungen), anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Internisten bietet. Aus diesem Anlass wurde über die Arbeitsgruppe CED der ÖGGH²⁵² ein österreichweites Informationsdatensystem (IBDIS²⁵³) initiiert, das zum kooperativen Studium verschiedenster wissenschaftlicher Fragestellungen und durch Erstellung von Definitionen und Normen auch zur Qualitätssicherung und -verbesserung dienen soll. Dies ist nun auch im AKH routinemäßig über Server verfügbar.

Überdies fand gemeinsam mit der Selbsthilfegruppe ÖMCCV²⁵⁴ am 8.10.2010 ein CED-Ärztin/Arzt-Patientinnen/Patienten-Tag unter reger Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen

statt. In diesem Sinne wird auch eine gemeinsame Studie mit dem niedergelassenen Bereich (ÖGAM²⁵⁵) betrieben, wo durch die Schaffung eines „IBDIS-CED-Checks“ eine frühere Diagnose dieser Patientinnen und Patienten ermöglicht werden soll. Dieser Check und ein Konsensuspapier zur Früherkennung und zum Management der CED sind von der Homepage der ÖGAM abrufbar. 2010 nahmen 4.127 Patientinnen und Patienten an dieser Studie teil.

Wesentlich neben der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist natürlich die wissenschaftliche Forschung, wobei derzeit insbesondere das Risiko von CED-Patienten für Thromboembolien, die Differentialdiagnose von infektiösen Diarrhoen und CED mittels FACS-Analysen, die Bedeutung verschiedener Genpolymorphismen bei Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn und deren Familienmitgliedern, Ursachen und Frühdiagnostik von Osteoporose bei CED und verschiedenste neue Therapiestrategien (neuere humanisierte Antikörper bei Morbus Crohn und bei Colitis ulcerosa, Adalimumab bei Colitis ulcerosa) bearbeitet werden. Weiters wird insbesondere die Sicherheit der Anwendung bei Anti-TNF-Therapie in den Vordergrund gestellt, wobei an großen Registern teilgenommen wird und klinische Evaluierungen der Voruntersuchung auf latente Tuberkulose und auch deren Kontrollen unter Biologika-Therapie betrieben werden.

Kosten für das Gesundheitssystem

Das junge Alter bei Erkrankungsbeginn einer CED, der chronisch progressive unheilbare Verlauf und die daraus resultierende hohe Frequenz von ambulanten Spitalskontakten, die hohe Anzahl von Tagen im stationären Bereich, die hohe Frequenz von Operationen, sowie die Notwendigkeit einer oft lebenslangen, kontinuierlichen medikamentösen Therapie, sowie Kuraufenthalte führen zu **hohen direkten Kosten im Gesundheitssystem**.

CED bedeuten aber auch **hohe indirekte Krankheitskosten** durch Verlust an Arbeitstagen, vermehrten sozialen Beihilfsleistungen, Schul- und Studienabbruch,

²⁵² Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie.

²⁵³ Inflammatory Bowel Disease Information System <www.ibdis.net>.

²⁵⁴ Österreichische Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung.

²⁵⁵ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin <www.oegam.at>.

Verlust des Arbeitsplatzes oder Arbeitsunfähigkeit. **Gesundheitsökonomische Daten** zu CED sind aus Österreich nicht verfügbar. Internationale Studien²⁵⁶ legen aber nahe, dass die indirekten Kosten die direkten deutlich übertreffen. Für Deutschland wurden durchschnittliche direkte Kosten, berechnet für einen Erkrankungszeitraum von vier Wochen, von 506 Euro und indirekte Kosten von 918 Euro publiziert. Dies würde in Summe pro Patientin bzw. pro Patient jährlich Kosten von 17.089 Euro bedeuten.

Durch adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten ließen sich vor allem die indirekten Kosten deutlich senken.

Vorgeschlagene Maßnahmen zur Verbesserung

Vordringliche Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation sowie zur Versorgung und Vermeidung der Invalidität dieser meist jungen Patientinnen und Patienten sollten daher sein:

- Bewusstseinsförderung und Wissensvermittlung durch Öffentlichkeitsarbeit (TV Spots, Plakate, etc.).
- Surveillance-Kompetenz bei der Praktikerin bzw. beim Praktiker/(CED-Check).
- Diagnostische Kompetenz bei der Fachärztin bzw. beim Facharzt/für Innere Medizin und Chirurgie.
- Therapeutische Kompetenz durch die CED-Spezialistin bzw. den CED-Spezialisten.
- Förderung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Schwerpunkt CED.
- Einbindung von nicht-ärztlichem, medizinischem Personal in die Versorgung von CED, v. a. Umsetzung der in West- und Nordeuropa etablierten Position der CED-Pflegefachkraft in Österreich.
- Schaffung von spezialisierten gastroenterologischen bzw. CED-Abteilungen in größeren Spitälern mit einem speziell auf diese jungen Patientinnen und Patienten gerichteten Versorgungsauftrag auf hohem Niveau.

²⁵⁶ STARK et al. (2006); ZISMAN & COHEN (2007).

4.4.6 Krankheiten des Verdauungssystems

Zusammenfassung

Die am weitest verbreiteten Krankheiten dieser Gruppe sind die Krankheiten des **Darmes**. Hierbei sind vor allem die vorwiegend junge Menschen betreffenden **chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)** Morbus Crohn und Colitis ulcerosa rasant im Steigen begriffen. 2007 betrug die Anzahl der stationär behandelten CED-Fälle (Haupt- und Nebendiagnosen) rund 3.600 Fälle. Die Zunahme von CED ist jedoch nicht nur aus Public Health-Perspektive von Interesse, sondern bedeutet auch viel persönliches Leid sowie soziale und psychische Folgen für die Betroffenen. Hinzu kommt die mangelnde und oft inadäquate medizinische Versorgung sowie die hohen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitssystem.

Erwähnenswert sind auch Krankheiten des **Magens** sowie **alkoholbedingte Krankheiten**, wie etwa die alkoholische Leberkrankheit und Leberzirrhose. Letztere betreffen überwiegend Männer und mittlere Altersgruppen.

In der Todesursachenstatistik ist übrigens die chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose als bedeutendste Einzelursache in dieser Gruppe für etwa die Hälfte aller Sterbefälle verantwortlich.

Summary: Diseases of the Digestive System

*The most common diseases in this category are diseases of the **intestines**. A dramatic increase can be observed especially for Crohn's disease and ulcerative colitis - **chronic inflammatory bowel diseases (IBD)** that have a particularly high prevalence in young people. In 2007, some 3,600 IBD cases (both primary and secondary diagnosis) required hospitalisation. The increase in IBD is not only significant from a public health perspective; they also cause great physical, emotional, mental and social suffering for patients. The situation is also aggravated by inadequate medical care and the already high and increasing direct and indirect costs for the public health system.*

*Other significant diseases are diseases of the **stomach** and **alcohol-related diseases**, such as alcoholic liver disease and cirrhosis of liver. The latter two occur mainly in men and the middle age groups.*

Chronic liver diseases and cirrhosis of liver are the most frequent cause of death in this category, accounting for nearly half of all deaths caused by diseases of the digestive system.

Zu den wichtigsten Krankheiten des Verdauungssystems (<K00–K93>) zählen insbesondere Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Dyspepsie (Reizmagen), Krankheiten der Appendix (Blinddarm), Hernien, Darmerkrankungen (darunter Crohn-Krankheit und Colitis ulcerosa, sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Divertikulose des Darmes, Krankheiten des Anus und Rektums), die alkoholische Leberkrankheit und andere Krankheiten der Leber, Cholelithiasis (Gallenkolik) und andere Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege, sowie Krankheiten des Pankreas (Bauchspeicheldrüse).

Verbreitung

Anhand von **Gesundheitsbefragungen** lässt sich die weite Verbreitung von Krankheiten des Verdauungssystems erahnen.

Fast 110.000 Wienerinnen und Wiener (7,6 Prozent der Befragten) geben in der 2006/2007 durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung an, jemals an einem Magen- oder Darmgeschwür gelitten zu haben.²²⁶ Die Auswertung der 2008 durchgeführten Befragung „Wiener Lebensqualitätsstudien“

zeigt, dass 8 Prozent der Befragten an einer Magen- und Darmerkrankung leiden.²²⁷ Laut Ergebnissen des 2000/2001 durchgeführten Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys berichten 3,6 Prozent der Männer und 2,9 Prozent der Frauen, an chronischen Krankheiten der Verdauungsorgane zu leiden.^{228 229}

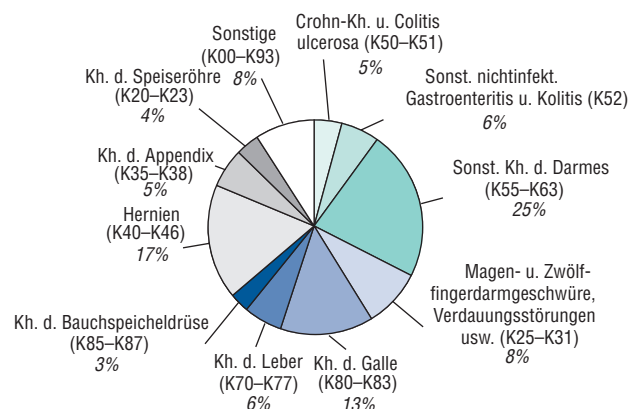
Gesundheits- und sozioökonomische Bedeutung

Stationäre Aufenthalte: Im Jahr 2007 wurden in den Wiener Akutkrankenanstalten insgesamt fast 45.000 Aufnahmen mit der Hauptdiagnose einer Krankheit des Verdauungssystems registriert. Die Verteilung zwischen Frauen und Männern ist dabei annähernd gleich. Unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen kommt man jedoch auf mehr als doppelt so viele Diagnosefälle²³⁰. Innerhalb der letzten Jahre ist bei

Krankheiten des Verdauungssystems eine leichte Zunahme zu verzeichnen.²³¹

Darmkrankheiten (vor allem chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Divertikulose, Darmentzündung, Darmverschluss, Krankheiten des Anus und Rektums sowie andere Krankheiten des Darmes) und **Krankheiten des Magens** (Magengeschwüre, Magenschleimhautentzündung, Verdauungsstörungen und andere Krankheiten des Magens und des Zwölffingerdarms) bilden mit Abstand den größten Anteil in dieser Krankheitsgruppe. Besonders häufig sind Diagnosen aufgrund von Krankheiten der **Galle und Leber**. Ein bedeutender Anteil der Diagnosen entfällt auch auf **Hernien** (Leistenbrüche und andere abdominale Brüche). Die folgende Grafik veranschaulicht die Verteilung auch optisch. Detailliertere Angaben befinden sich in *Tabelle 4.12*.

Grafik 4.54: Stationäre Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten 2007 mit der Hauptdiagnose Krankheiten des Verdauungssystems (<K00–K93>)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2009), Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2008, Spitalstatistik; eigene Berechnungen.

²²⁶ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 62–63.

²²⁷ IFES (2009), Wiener Lebensqualitätsstudien: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien 2008.

²²⁸ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Tabellenband.

²²⁹ Zur Beschreibung der einzelnen Befragungen (Auswahl und Stichprobengröße) sowie Einschränkungen der Aussagekraft siehe Abschnitt 1 – Datenquellen und Aussagekraft.

²³⁰ Neben- und Zusatzdiagnosen in den Wiener Akutkrankenanstalten 2007 rund 52.500 Diagnosefälle.

²³¹ STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsstatistische Jahrbücher.

Tabelle 4.12: Stationäre Aufenthalte 2007 in Wiener Akutkrankenanstalten, Hauptdiagnose Krankheiten des Verdauungssystems (<K00–K93>)

ICD-10	Hauptdiagnose	Diagnosefälle		
		insgesamt	Frauen	Männer
K00–K08	Kh. d. Zähne u. d. Zahnhalteapparates	1.341	788	553
K09–K14	andere Kh. d. Mundhöhle, d. Speicheldrüsen u. d. Kiefer	856	427	429
K20–K23	Kh. d. Ösophagus (Speiseröhre)	1.692	800	892
K25–K28	Ulcus (Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür)	768	403	365
K29–K31	Dyspepsie (Verdauungsstörung) u. a. Kh. d. Magens u. d. Duodeums (Zwölffingerdarm)	2.942	1.818	1.124
K35–K38	Kh. d. Appendix (Wurmfortsatz, Blinddarm)	2.425	1.277	1.148
K40–K46	Hernien	7.597	2.264	5.333
K50–K51	Crohn-Krankheit u. Colitis ulcerosa	2.191	1.228	963
K52	sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	2.797	1.807	990
K56	Ileus (Darmverschluss) ohne Hernie	1.532	894	638
K57	Divertikulose d. Darmes	3.581	2.161	1.420
K60–K62	Kh. d. Anus u. Rektum	2.653	1.097	1.556
K55, K58, K59, K63	andere Kh. d. Darmes	3.398	1.802	1.596
K70	Alkoholische Leberkrankheit	748	198	550
K71–K77	andere Kh. d. Leber (Hepatitis, Leberzirrhose, etc.)	1.749	846	903
K80	Cholelithiasis (Gallenkolik)	4.813	3.111	1702
K81–K83	andere Kh. d. Gallenblase u. Gallenwege	917	506	411
K85–K87	Kh. d. Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	1.314	520	794
	sonstige Kh. d. Verdauungssystems	1.574	807	767
K00K93	Kh. d. Verdauungssystems insgesamt	44.888	22.754	22.134

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2009), Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2008, Spitalsstatistik.

Alkoholbedingte Krankheiten

Verbreitung

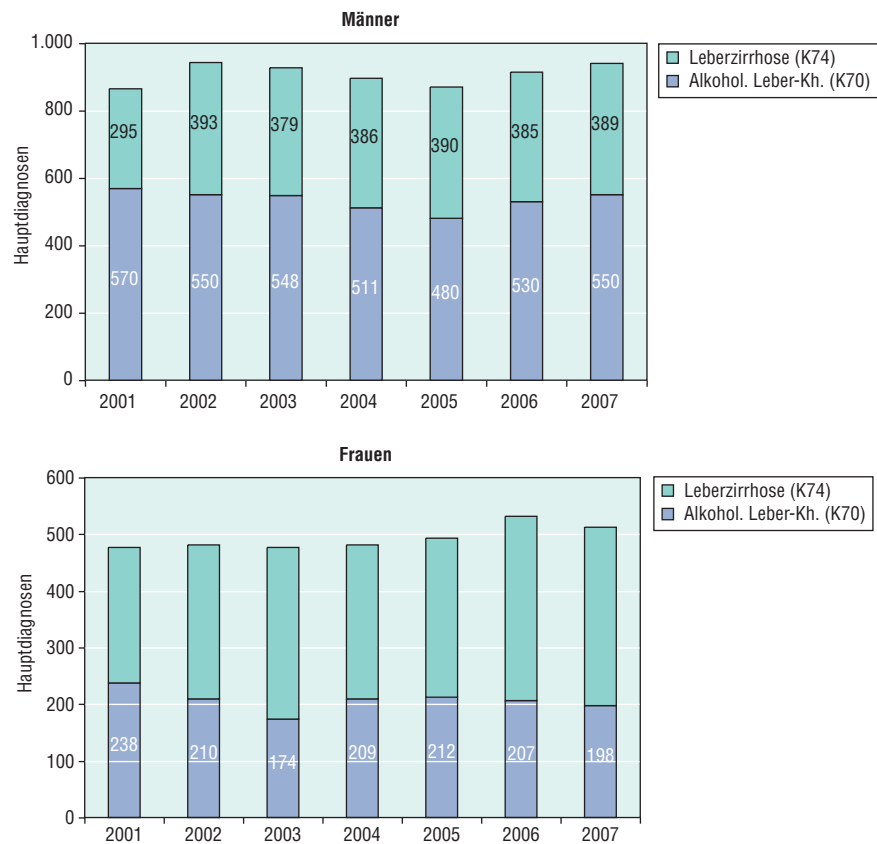
Erwähnenswert sind in dieser Krankheitsgruppe vor allem auch die **alkoholbedingten Krankheiten**, wie etwa die alkoholische Leberkrankheit (<K70>) mit jährlich rund 750 Hauptdiagnosen und über 900 Nebendiagnosen. In fast drei Viertel der Fälle (72 Pro-

zent) sind die Betroffenen Männer. Auch die Leberzirrhose (<K74>) schlägt inzwischen mit jährlich rund 700 Hauptdiagnosen und rund 1.000 Zusatzdiagnosen zu Buche, wobei ebenfalls die Männer mit rund 55 bis 60 Prozent die Mehrheit bilden (*Grafik 4.55*). In beiden Fällen ist die Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen am stärksten betroffen (*Grafik 4.56*).^{232 233}

²³² STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Hauptdiagnosen in Akut-Krankenanstalten); DIAG Extranet (Haupt- und Neben-/Zusatzdiagnosen in Fonds-Krankenanstalten).

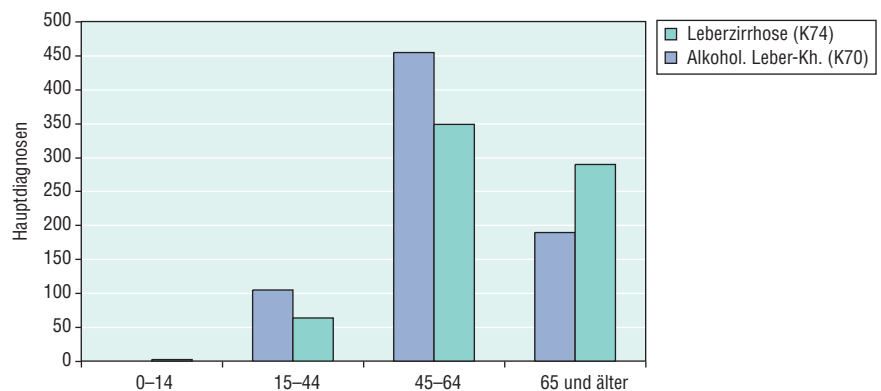
²³³ Siehe auch Kap. 4.4.4 – Psychische und Verhaltensstörungen zu den alkoholbedingten Störungen.

Grafik 4.55: Alkoholische Leberkrankheit und Leberzirrhose (<K70, K74>), Hauptdiagnosen in Wiener Akutkrankenanstalten 2001–2007, nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Sonderauswertung.

Grafik 4.56: Alkoholische Leberkrankheit und Leberzirrhose (<K70, K74>), Hauptdiagnosen in Wiener Akutkrankenanstalten 2007, nach Alter



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Sonderauswertung.

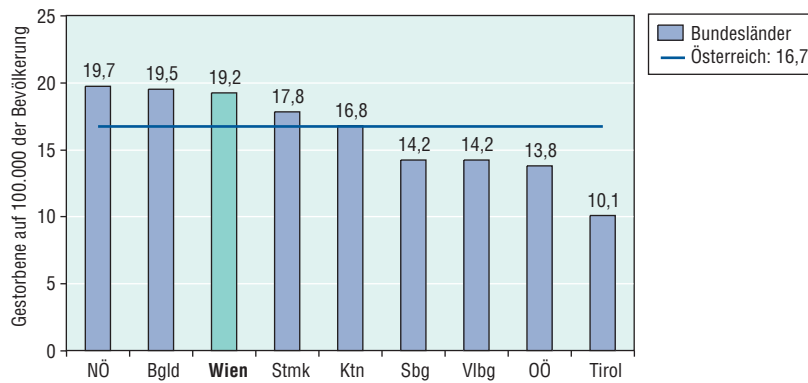
Mortalität

In der Wiener Todesursachenstatistik treten Krankheiten der Verdauungsorgane zwar mit einem vergleichsweise geringen Anteil von 4,2 Prozent aller Sterbefälle auf (2008: 660 Todesfälle). Bemerkenswert ist allerdings, dass die **chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose** (<K70, K73–K74>) als bedeutendste Einzelursache für etwa die Hälfte aller Sterbefälle (Männer: 63 Prozent) in dieser Gruppe verantwortlich ist.²³⁴ Im Laufe der letzten zehn Jahre verringerte sich die

Sterblichkeit dieser Krankheitsgruppe in Wien zwar um 31 Prozent, der Rückgang liegt somit über jenem für Gesamtösterreich (–27 Prozent).²³⁵

Im **Bundesländervergleich** liegt Wien an dritter Stelle und deutlich über dem österreichischen Durchschnitt. Die meisten Todesfälle (bezogen auf die Bevölkerung) aufgrund der vorwiegend alkoholbedingten chronischen Leberkrankheit oder Leberzirrhose sind in Niederösterreich vorzufinden, während Tirol die niedrigste Rate aufweist.

Grafik 4.57: Todesursache chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (<K70, K73–K74>) im Bundesländervergleich, 2008



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008.

Zu den bedeutendsten im Steigen begriffenen Krankheiten des Verdauungssystems zählen die **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen**

(CED), also die Crohn-Krankheit (<K50>) und Colitis ulcerosa (<K51>).

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Morbus Crohn (Enteritis regionalis Crohn)

Morbus Crohn ist eine chronische, das heißt lebenslange, entzündliche, meist in Schüben verlaufende Erkrankung, die alle Abschnitte des Verdauungstraktes erfassen kann. Nach einem mehr als 10-jährigen Verlauf steigt das Kolonkarzinomrisiko. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa sind die entzündlichen Veränderungen

diskontinuierlich, d. h. gesundes Gewebe wechselt mit erkrankten Bereichen ab und verlaufen transmural, d.h. sie betreffen alle Schichten der Darmwand. Die häufigsten Beschwerden sind starke Bauchschmerzen mit schleimigem, krampfartigen Durchfall, begleitet von starkem Gewichtsverlust und Fieber. Meist erfolgt die Behandlung medikamentös. Eine Operation wird dann durchgeführt, wenn trotz medikamentöser The-

²³⁴ STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung und STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik.

²³⁵ STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung und STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik. Vgl. auch Kap. 3.2 – Sterblichkeit und Todesursachen.

rapie Vernarbungen auftreten, die in Folge eine Verengung des Darmkanals bis hin zum Darmverschluss (Ileus) bewirken bzw. wenn Fisteln gebildet werden (unnatürliche, röhrenartige Verbindung zwischen Darm und anderen Organen oder der Körperoberfläche). Der betroffene Dünn- oder Dickdarmabschnitt muss operativ entfernt werden. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa kann Morbus Crohn mit dem chirurgischen Eingriff jedoch nicht geheilt werden, da zu diesem Krankheitsbild eine hohe Rückfallsrate gehört. Durch die Operation wird die Patientin bzw. der Patient aber beschwerdefrei.

Colitis ulcerosa

Diese Erkrankung ist eine chronisch, meist in Schüben verlaufende Entzündung der Dickdarmschleimhaut, die sich vom Rektum (Enddarm) ausgehend kontinuierlich ausdehnt bis schließlich der gesamte

Dickdarm (Colon) befallen ist; bei ca. 40 bis 50 Prozent nur auf das Rektum und Sigmoid beschränkt, bei 30 bis 40 Prozent als linksseitige und bei 20 Prozent als Pancolitis (Entzündung des gesamten Colons) verlaufend. Die Hauptbeschwerden sind schleimig-blutige Diarrhöe mit schmerzhaften Entleerungen; in Abhängigkeit von Aktivität und Ausdehnung des Krankheitsgeschehens kommt es zum Auftreten von Fieber, Dehydration, Gewichtsverlust, Anämie, allgemeine Entzündungszeichen. Nach mehr als 10-jährigem Verlauf steigt das Kolonkarzinomrisiko ebenfalls. Die Behandlung richtet sich nach Ausbreitungs- und Schweregrad der Erkrankung und erfolgt in erster Linie mit Hilfe von Medikamenten. Bei Versagen der konservativen Maßnahmen ist durch die chirurgische Entfernung des Dickdarms und des Mastdarms eine „Heilung“ möglich. Allfällige Begleiterkrankungen bleiben jedoch auch nach der Operation bestehen.²³⁶

Verbreitung

Insgesamt wurden im Jahr 2007 **österreichweit** rund 13.000 Diagnosefälle²³⁷ aufgrund der Crohn-Krankheit (7.624 Fälle) und der chronischen Dickdarmentzündung Colitis ulcerosa (5.504 Fälle) registriert. In **Wien** betrug 2007 die Anzahl der Diagnosefälle mehr als 3.600 (Crohn-Krankheit 2.369 Fälle; Colitis ulcerosa 1.273 Fälle).²³⁸ Als Hauptdiagnosen wurden CED bei Spitalsaufnahmen in Wien im Jahr 2007 in 2.191 Fällen gestellt (Frauen 1.228 Fälle; Männer 963 Fälle).²³⁹

Für die **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen**, Morbus Crohn (<K50>) und Colitis ulcerosa (<K51>),²⁴⁰ ist innerhalb der letzten 10 Jahre ein starker Anstieg der Diagnosefälle zu verzeichnen. In beiden Fällen betrug der Anstieg zwischen 1996 und 2007 in **Österreich** mehr als das Zweieinhalbfache (rund +258 Prozent). In **Wien** stiegen die Aufnahmen aufgrund von Morbus Crohn ebenfalls um das Zweieinhalbfache (276 Prozent), bei Colitis ulcerosa um 231 Prozent (*siehe folgende Grafik*).

²³⁶ <<http://www.vis.usz.ch/PatientenUndBesucher/Kolorektal/Erkrankungen/Seiten/Morbus%20Crohn.aspx>>, abgerufen am 25. September 2010. OMCCV (Vogelsang), Pschyrembel.

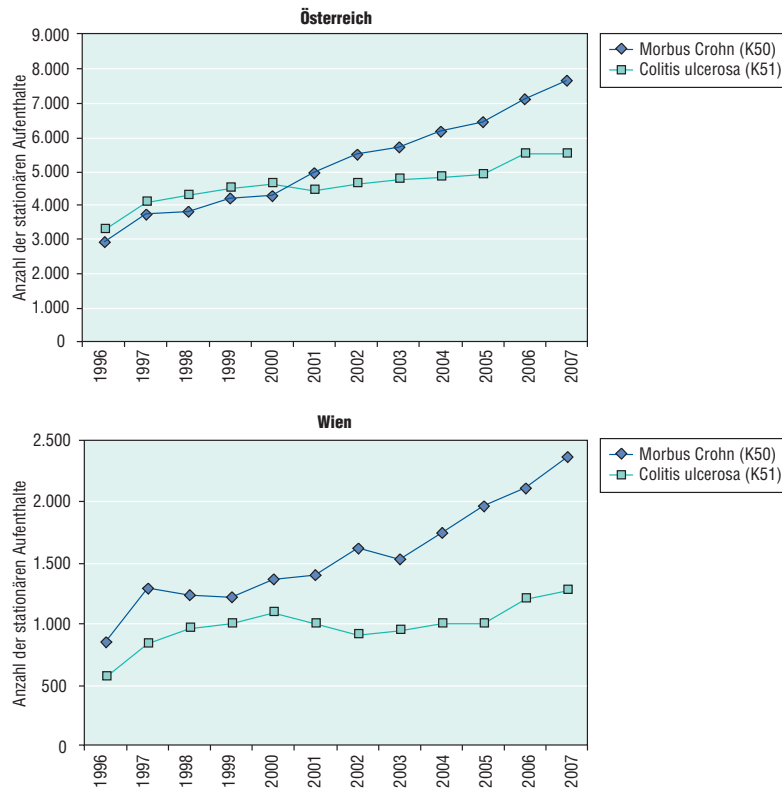
²³⁷ Haupt- und Nebendiagnosen in Akutkrankenanstalten.

²³⁸ DIAG (BMG).

²³⁹ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008.

²⁴⁰ Daten basieren auf der Erfassung der Haupt- als auch der Nebendiagnosen bei stationären Aufenthalten in österreichischen und Wiener Akutkrankenanstalten; da für den Zeitraum 1996–2000 für Gesamtösterreich nur Daten der Fondskrankenanstalten zur Verfügung stehen, sind Vergleiche dieser Periode mit den Wiener Daten nur mit Vorbehalt möglich.

Grafik 4.58: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, <K50–K51>) Hauptdiagnosen in österreichischen* und Wiener Akutkrankenanstalten seit 1996



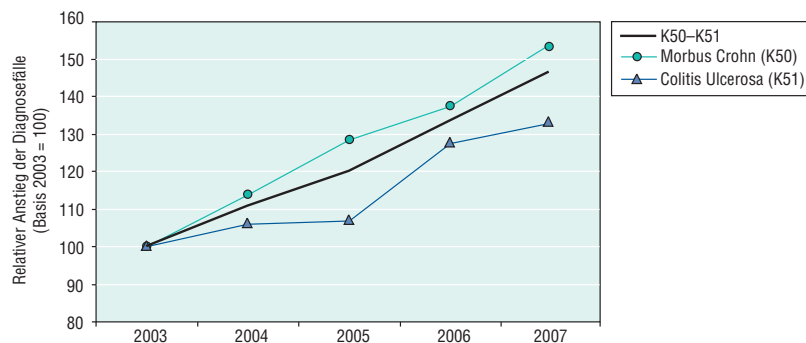
* Da für den Zeitraum 1996–2000 für Gesamtösterreich nur Daten der Fondskrankenanstalten zur Verfügung stehen, sind Vergleiche dieser Periode mit den Wiener Daten nur mit Vorbehalt möglich.

Quelle: BMG, Zusatzdiagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DIAG); STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik (Hauptdiagnosen).

Für Wien ist insbesondere seit 2003 ein starker Anstieg der stationären Aufenthalte aufgrund von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu verzeich-

nen. In diesem Zeitraum nahmen die Diagnosen insgesamt um ein Drittel zu.

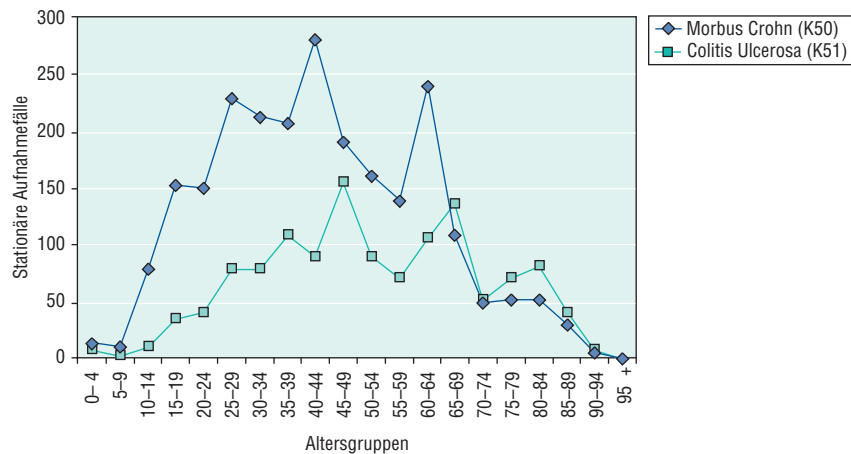
Grafik 4.59: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, <K50–K51>) Haupt- und Nebendiagnose. Stationäre Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten, Entwicklung 2003–2007



Quelle: BMG, Zusatzdiagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DIAG); STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik (Hauptdiagnosen).

Die Analyse nach **Altersgruppen** zeigt, dass vor allem **junge Menschen** von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung betroffen sind.

Grafik 4.60: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, <K50–K51>) nach Alter. Stationäre Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten 2007, Haupt- und Nebendiagnose



Quelle: BMG, Zusatzdiagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DIAG); STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik (Hauptdiagnosen).

Einblick in das Ausmaß der Verbreitung und sozio-ökonomischen Bedeutung von Krankheiten des Verdauungssystems gibt auch die Berechnung der **potentiell verlorenen Lebensjahre (PYLL²⁴¹)** durch den vorzeitigen Tod von unter 70-Jährigen: Im Zeitraum 2000 bis 2008 ist der Wert für die gesamte Krankheitsgruppe um knapp 34 Prozent gesunken und beträgt nun für das Jahr 2008 152 PYLL.²⁴²

Mortalität

In der Wiener Todesursachenstatistik treten Krankheiten der Verdauungsorgane mit einem Anteil von 4 Prozent aller Sterbefälle auf (2008: 660 Todesfälle).

²⁴¹ PYLL: Potential Years of Life Lost. Siehe Glossar am Ende des Berichts.

²⁴² OECD Health Data (2010).

In den Instituten für Physikalische Medizin und Rehabilitation wird ein komplexes funktionsorientiertes Assessment inklusive apparativ unterstützter Ganganalyse angeboten. Nach Analyse aller relevanten Parameter wird gemeinsam mit den Betroffenen ein Therapieplan erstellt. Dieser umfasst nicht nur die Kompensation von Defiziten, sondern vor allem auch ein individuell abgestimmtes Training, die Versorgung mit einem adäquaten Gehbehelf durch eine Physiotherapeutin bzw. einen Physiotherapeuten, sowie eine Analyse des Wohnumfeldes auf Sturzrisikofaktoren durch eine Ergotherapeutin.

Ergänzend sind Broschüren „Stürze vermeiden, Lebensqualität erhalten“ und „Sicher wohnen – besser leben“ kostenfrei erhältlich.

Die Fraktur

Die Fraktur ist das klinische Zeichen der Osteoporose und der schlechten Knochenqualität. Sie ist meistens Folge eines Sturzes. Mit dem Alter verändert sich das Sturzmuster, die Kompensationsmöglichkeiten bei Verlust des Gleichgewichtes und somit die Lokalisation des Knochenbruchs. So ist der Speichenbruch meist die erste mit Osteoporose assoziierte Fraktur. Patientinnen und Patienten fallen nach vor und stützen sich über den nach vor gestreckten Arm ab. Später folgen Oberarmbrüche und Wirbelkörperbrüche. Bei über 80-Jährigen steigt das Risiko für eine proximale Femurfraktur (Oberschenkelfraktur) an. Der Sturz erfolgt meist zur Seite. Die Schutzhaltungen der Arme entfallen. Die Energie wird an der Spitze des Trochanter major (Rollhocker) kondensiert. Der osteoporotische Knochen bricht. Die Fraktur wird immer unfallchirurgisch mittels einer Osteosynthese versorgt. Die Art der Stabilisierung des gebrochenen Oberschenkelknochens richtet sich nach der Art des Bruchs, dem Allgemeinzustand und den relevanten Begleiterkrankungen. Das Ziel ist es, durch die Operation den Knochen wieder belastungsstabil zu machen und die Knochenheilung zu fördern. Unmittelbar nach der Operation kann zumeist mit rehabilitativen Maßnahmen begonnen werden. Sollte es nicht möglich sein, innerhalb von etwa 2 Wochen eine selbstständige Mobilität zu erreichen, können die betroffenen Patientinnen und Patienten nach Anmeldung an eine Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation transferiert werden.

Rehabilitation und Sekundärprävention nach sturzbedingter „Niedrig Trauma“-Fraktur

Mit steigender Lebenserwartung steigt das individuelle Risiko für schwere Osteoporose und assoziiert mit Sarkopenie (Abbau der Skelettmuskulatur) und Multimorbidität, für sturzbedingte Frakturen. Die Stürze passieren beim Gehen, bei Transfers, selten durch Fremdeinwirkung. In der Gruppe der über 80-jährigen Patientinnen und Patienten steigt das Risiko, an den Folgen der hüftgelenksnahen Fraktur innerhalb der ersten drei Monate zu sterben oder den Weg in die gewohnte Umgebung nicht mehr zu schaffen. Zumindest ein Drittel der betroffenen Personen kann von einer unmittelbaren postoperativen Rehabilitation profitieren. In Wien bieten 11 Abteilungen für Akutgeriatrie und Remobilisation interdisziplinäre Behandlung im multiprofessionellen Team an.

Im Rahmen der stationären Behandlung im multiprofessionellen Team wird nach dem ICF-Modell (International Classification of Functioning der WHO) eine Analyse von Organdiagnosen, Funktionseinschränkungen und individuellen Ressourcen erstellt. Unter Berücksichtigung der prätraumatischen Mobilität, des sozialen Umfeldes und der individuellen Wertevorstellungen wird ein umfassender Rehabilitationsplan erstellt. Da ein Sturz der wichtigste Risikofaktor für weitere Stürze ist, die Fraktur ein eindeutiges Zeichen für Osteoporose ist, wird neben komplexen rehabilitativen Maßnahmen auch ein Sturzrisikoassessment, eine weiterführende Abklärung, sowie eine Behandlung der individuellen Risikofaktoren eingeleitet.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements werden bei weitgehend selbstständigen Patientinnen und Patienten das Wohnumfeld, sowie die Verwendung von Hilfsmitteln und protektiven Maßnahmen besprochen.

Ist die selbstständige Versorgung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Ankleiden, Zubereitung kleiner Speisen usw. nicht möglich, werden über den Fond Soziales Wien unmittelbar nach der Entlassung aus der stationären Behandlung soziale Dienste entsprechend den individuellen Bedürfnissen angeboten. Die betreuenden Dienste werden bereits vom Spital angemeldet. Die durchschnittliche Liegedauer beträgt 21 Tage. Die Reintegration nach Hause kann bei etwa 90 Prozent der Patientinnen und Patienten erreicht werden.

4.4.7.1 Osteoporose und die Angebote zur Prävention und Behandlung

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Katharina PILS

Wiener Krankenanstaltenverbund, Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Prävention

Da definitionsgemäß Frauen nach der Menopause, also im 6. Lebensdezennium, ein signifikant höheres Risiko haben unter Osteoporose und ihren Folgen zu leiden, richtet sich der Fokus präventiver Maßnahmen zunächst auf Frauen. Erst im 8. Lebensdezennium steigt das Risiko für Knochenstoffwechselstörungen und somit Osteoporose beim Mann an.

In diesem Sinne müssen sich **Awarenessprogramme und präventive Maßnahmen geschlechtssensibel** an Menschen unterschiedlichen Alters richten.

Osteoporose ist mit einer relativen Abnahme der Knochendichte, einem erhöhten Frakturrisiko aufgrund sinkender Knochenqualität sowie einem erhöhten Sturzrisiko und tatsächlichen Stürzen assoziiert. In diesem Sinne muss ein effizientes Präventionsprogramm für Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen mit verschiedenem Schwerpunkt angeboten werden.

Förderung des Knochenaufbaues, Verbesserung der „peak bone mass“

Die Entwicklung der Knochendichte ist erst nach Beendigung des Knochenwachstums abgeschlossen. Mit dem 20. Lebensjahr scheint die maximale Knochendichte erreicht zu sein. Diese wird bei gesunden Frauen bis zur Menopause weitgehend konstant sein.

Lebensstilfaktoren beeinflussen die Entwicklung eines gesunden Knochens:

- Ausgewogene Ernährung – Calcium und Vitamin D haben einen nachgewiesenen positiven Einfluss. Die Rolle von Vitamin C und Vitamin K ist noch nicht endgültig belegt, scheint aber für die Entwicklung eines gesunden Knochens ebenso wichtig zu sein wie ausreichende Eiweißzufuhr (0,8–1g/kg Körpergewicht/Tag).
- Body Mass Index (BMI): zwischen 20 und 25 kg/m² für junge Erwachsene

- Muskelaktivität und Knochenstoffwechsel stehen in einem Gleichgewicht. Muskelaktivität, vor allem „weight bearing exercise“ und Krafttraining regen die Osteoblastenaktivität an und tragen somit zur Knochenentwicklung bei. Dennoch ist statische und dynamische Überlastung wegen des Risikos von Bandscheibenschäden, Muskelverletzungen oder fixierten Fehlhaltungen zu vermeiden.
- Vermeidung von knochenresorptionsfördernden Life Style Faktoren – Nikotin, Unterernährung, bewusstes Hungern, übermäßiger Schokolade- oder Kaffeegenuss, mangelnde Sonnenexposition, da dadurch die Synthese der knochenaktiven Form des Vitamin D in der Haut verhindert wird.
- Die Vermeidung von chronischen Entzündungsprozessen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Inflammaging ist ein komplexes Alternsmodell, in dem chronische Entzündungsprozesse einen negativen Einfluss auf fast alle Systeme, so auch den Knochen und die Muskulatur haben.

Zahlreiche Angebote in der Stadt Wien versuchen Frauen allen Alters zur Bewegung zu motivieren. Dazu zählt das Projekt „Bewegte Frauen – Kursangebote für alle Frauen ab 18 Jahren, die Freude an gemeinsamer Bewegung haben“. Zahlreiche Vereine und Organisationen von der Volkshochschule, dem Bundessportinstitut Schmelz bis zum ASKÖ und viele andere mehr bieten differenzierte Angebote zu geringen Kosten. Grundsätzlich ist für jede und jeden etwas Passendes in Wohnortnähe zu finden.

Behandlung der Osteoporose und Verlangsamung des Knochenabbaues

Bewegung, ausgewogene Ernährung und Lebensstilfaktoren bleiben ein Leben lang für den Knochenstoffwechsel wichtig. Mit zunehmendem Alter verändern sich die Begleitfaktoren für ein Training. Nach internationalen Studien scheint ein kombiniertes Kraft-, Ausdauer- und Balancetraining am effektivsten in der Frakturprävention zu sein. Die Knochendichte alleine reagiert am besten auf konsequentes Krafttraining.

Im Rahmen zahlreicher Programme und Aktivitäten der Stadt Wien wird gemeinsames Training, zum Teil niederschwellig und kostengünstig angeboten. So treffen sich beispielsweise im Rahmen des Projektes „Bewegte Apotheke“ einmal pro Woche interessierte Frauen und Männer zu einer gemeinsamen Nordic Walking-Stunde. Stöcke werden gegen ein minimales Entgelt zur Verfügung gestellt. Unter der professionellen Anleitung der „Geh!sund“-Bewegungstrainerinnen und -trainer erleben sie, wie ihr Körper auf das „Mehr“ an Aktivität reagiert. Die Trainerinnen bzw. Trainer leiten an, korrigieren und sind für Fragen da. Es geht aber nicht nur um Sport, sondern auch um Kommunikation und Freude durch Bewegung.

Zahlreiche Freizeitangebote, wie Fitness in städtischen Schwimmbädern, orientieren sich nicht so sehr an dem Knochenstoffwechsel, dennoch unterstützen die angebotenen Programme über die Zunahme der Muskelkraft, der Balance und Ausdauer auch sekundär die Knochenqualität und vermindern das individuelle Sturzrisiko.

Etliche Fitness-Studios bieten kostenreduzierte Mitgliedschaften für Menschen 50+ an, die während des Tages trainieren können.

Im Rahmen des Projekts „Bewegung auf Krankenschein“ können Frauen mit Osteoporose(risiko) unter Anleitung einer Physiotherapeutin bzw. eines Physiotherapeuten ein Eigenübungsprogramm erlernen und in weiterer Folge selbständig zu Hause trainieren. Es können ergänzend Hilfsmittel zum Muskelaufbau, wie Terraband oder Hanteln verwendet werden.

Verhinderung von Sarkopenie und Sturzrisiko, Frailty

Frailty wurde von Linda FRIED als Symptomenkomplex definiert:

- Ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5 kg pro Jahr (Sarkopenie)
- Allgemeine Erschöpfung
- Schwäche, d. h. Abnahme der groben Kraft (Handkraftmessung)
- Langsame Gehgeschwindigkeit
- Niedriger physischer Aktivitätslevel

Das Erscheinungsbild der älteren, gebeugten, mageren Frau ist bekannt, wird nur nicht immer mit Ver-

lust der Muskelmasse und relevanter Reduktion der Knochendichte assoziiert. Dennoch haben die betroffenen Personen ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche, Einweisung in ein Pflegeheim oder für einen baldigen Tod.

Daher ist es wichtig die klinischen Hinweise frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. Das Frailty- bzw. Sturzrisikoassessment sollte in die Gesundenuntersuchung für Menschen älter als 75 Jahre aufgenommen werden.

Die Selbstbeobachtung kann unterstützen. Dabei sollte auf folgende Faktoren geachtet werden:

- Größenverlust von mehr als 4 cm seit dem 18. Geburtstag
- Ungewollter Gewichtsverlust oder Abnahme des Wadenumfanges
- Das Gefühl der körperlichen Schwäche – nicht fünf Mal mit verschränkten Armen von einem Stuhl aufstehen können
- Nicht gleichzeitig sprechen und gehen können

Sollten sich hier Veränderungen zeigen, ist eine differenzierte Abklärung in einer Osteoporoseambulanz oder bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt angezeigt.

Der erste Knochenbruch nach einem banalen Sturz aus geringer Höhe ist ein sicheres Zeichen für Osteoporose. Bedauerlicherweise findet er noch immer zu wenig Beachtung und führt zu selten zu einer differenzierten Osteoporoseabklärung und Behandlung. Die meisten Spitäler Wiens unterschiedlicher Kostenträger bieten im Rahmen von Spezialambulanzen eine differenzierte Beratung, Diagnostik und Therapie für Osteoporose-Patientinnen und -Patienten an. Osteoporose ist eine Erkrankung, die behandelt werden kann und auch behandelt werden muss, wenn man langfristig Behinderung und Pflegeabhängigkeit vermeiden will.

Sekundärprävention

Bestehen eine manifeste Osteoporose sowie klinische Zeichen eines erhöhten Sturzrisikos, ist eine Abklärung des individuellen Sturzrisikos, der Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen, sowie des direkten Umfeldes notwendig.

4.4.7 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems

Zusammenfassung

Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (insbesondere Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Gelenkerkrankungen, Krankheiten des Bindegewebes und der Weichteilgewebe) spielen eine bedeutende Rolle im Krankheitsgeschehen der Wiener Bevölkerung. Mehr als jede dritte Person in Wien leidet oder hat z. B. schon einmal unter **Wirbelsäulenbeschwerden** gelitten. Wenn gleich bereits jüngere Menschen von derartigen Beschwerden betroffen sind, steigt der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zusehends.

Bei den Aufnahmefällen in Wiener Krankenanstalten binden insbesondere Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathien, Bandscheibenschäden und Rückenschmerzen, zum andern aber auch verschiedene Gelenkerkrankungen einen beachtlichen Teil des stationären Leistungsgeschehens. Verbunden mit dem zunehmenden Lebensalter der Bevölkerung ist auch die **Osteoporose** weit verbreitet. 6,2 Prozent der Wienerinnen und Wiener geben an, an Osteoporose zu leiden, wobei primär Frauen nach der Menopause betroffen sind. Sensibilisierungs- und Präventionsmaßnahmen müssen daher geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein.

Summary: Diseases of the Musculoskeletal System

*Diseases of the musculoskeletal system (in particular dorsopathies, joint disorders, connective tissue disorders and soft tissue disorders) are among the most prominent health problems in Vienna. More than one in three have or have had **spinal problems**. While these are not uncommon among younger people, prevalence increases significantly with age.*

*A considerable share of admissions to Vienna's hospitals is due to deforming dorsopathies, spondylopathies, disc disorders and back pain, as well as to various joint disorders. With the ageing of the population, there is also a high prevalence of **osteoporosis**. 6.2 percent of the Viennese population report osteoporosis, mainly postmenopausal women. Prevention measures therefore must be tailored to sex-specific needs.*

Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (<M00–M99>) nehmen bei den Erkrankungen einen bedeutenden Rang ein. In diese Gruppe fallen insbesondere Schädigungen der Gelenke, wie Arthropathien²⁵⁷, Arthrosen²⁵⁸ und sonstige Gelenksschädigungen, Krankheiten der Wirbelsäule, wie Spondylopathien²⁵⁹, Krankheiten des Bindegewebes und der Muskulatur.

Verbreitung

Laut Ergebnis der letzten **österreichweiten Gesundheitsbefragung** gibt jede dritte Person (Männer 36,1 Prozent, Frauen 39,2 Prozent) an, jemals unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten zu haben. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit des Auftretens und im Alter von 45 bis 59 Jahren ist bereits fast jede zweite Person davon betroffen (48 Prozent). 16,8 Prozent der Befragten geben an, jemals an Arthrose, Ar-

²⁵⁷ Arthropathien sind Gelenkerkrankungen mit entzündlichen und nichtentzündlichen Komponenten.

²⁵⁸ Die Arthrose ist eine chronische, degenerative Gelenkerkrankung (Gelenksabnutzung). Man unterscheidet dabei die weitaus häufigeren anlagebedingten (primären) und die selteneren erworbenen (sekundären) Arthrosen.

²⁵⁹ Als Spondylopathie (auch Spondylose) werden degenerative (= verschleißbedingte) Veränderungen an der (knöchernen) Wirbelsäule bezeichnet.

thritis, Gelenksrheumatismus gelitten zu haben. Weiters litten rund 400.000 Österreicherinnen und Österreicher bzw. 5,8 Prozent der Befragten (Frauen 9,5 Prozent, Männer 1,8 Prozent) an Osteoporose.²⁶⁰

Die Ergebnisse für **Wien** sind ähnlich wie für Österreich insgesamt: 36,8 Prozent der Wienerinnen und Wiener über 15 Jahre (also rund 524.000 Personen) haben jemals an Wirbelsäulenbeschwerden gelitten; 14,8 Prozent (211.000 Personen) berichten von Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus. 6,2 Prozent der Befragten (88.000 Personen) geben Osteoporose als chronisches Leiden an.

Die detailliertere Auswertung des Mikrozensus 1999 zeigt den zum damaligen Befragungszeitpunkt in Wien herrschenden Gesundheitszustand. Demnach litten eigenen Angaben zufolge ein Fünftel der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung (20,5 Prozent) an Rückenschmerzen, 10,5 Prozent an Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen an Hüfte oder Bein, 8,1 Prozent an Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen an Schulter oder Arm, 2,6 Prozent an einer Gehbehinderung sowie 5,9 Prozent an einem Beinleiden. Neben diesen Beschwerden wurden aktuell folgende chronische Krankheiten berichtet: 6,3 Prozent Schäden an der Wirbelsäule, 3,4 Prozent Gelenkerkrankungen an Hüfte oder Bein, 2,2 Prozent Gelenkerkrankungen an Schulter oder Arm, 1,5 Prozent Gelenksrheumatismus.²⁶¹

Gesundheits- und sozioökonomische Bedeutung

Stationäre Aufenthalte: Bei Entlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2007 mehr als 66.000 Hauptdiagnosen zu einer

Krankheit des Muskel-Skelettsystems gestellt, das sind fast 11 Prozent aller Diagnosen.²⁶² Unberücksichtigt in diesen Zahlen sind die Rehabilitationszentren.

Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathien, Bandscheibenschäden und vor allem **Rückenschmerzen** nehmen insgesamt mit fast einem Drittel (32 Prozent) einen beachtlichen Teil der Hauptdiagnosen ein, ebenso wie **Arthropathien, Arthrosen und sonstige Gelenkschädigungen** (28 Prozent). All diese Krankheiten sind zwar stark altersabhängig, betreffen jedoch schon Menschen ab der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre. Vor allem Bandscheibenschäden sind in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen am stärksten vertreten. Bei allen genannten Krankheiten sind Frauen (zum Teil deutlich, mit einem Anteil von mehr als doppelt so vielen Fällen) stärker betroffen.²⁶³

Da es in Österreich kein **Osteoporose-Register** gibt, kann als erster Anhaltspunkt für die Verbreitung und gesundheitspolitische Bedeutung von Osteoporose die Diagnosestatistik der Krankenanstalten in Bezug auf **Oberschenkelhalsbrüche** (Schenkelhalsfraktur, Fraktur der Hüfte <S72.0> und Pertrochantäre Fraktur <S72.1>) herangezogen werden. So etwa beträgt die Anzahl der Hauptdiagnosen der wegen eines Oberschenkelhalsbruches in Wiener Akutkrankenanstalten Aufgenommenen für das Jahr 2007 knapp 3.000 Fälle. Eine Auswertung aller Krankenanstalten in Wien (also einschließlich Rehabilitationszentren usw.) für Personen mit Wohnsitz in Österreich weist für das Jahr 2007 für Schenkelhalsfrakturen 1.678, für pertrochantäre Frakturen 1.426 Hauptdiagnosen (Entlassungsdiagnosen) aus, das sind insgesamt 3.104 Fälle.²⁶⁴

²⁶⁰ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österr. Gesundheitsbefragung, S. 18, 62–63.

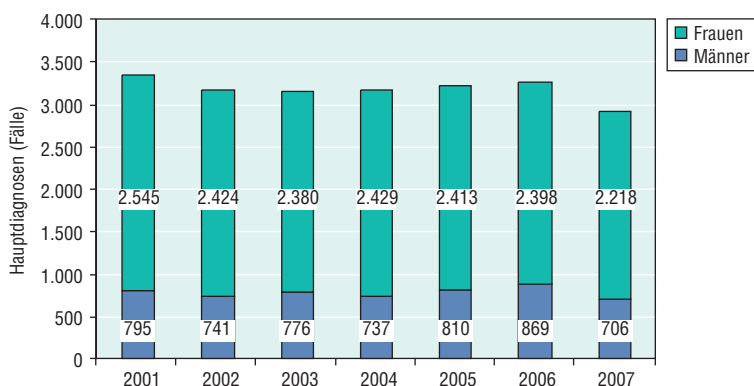
²⁶¹ Mehrfachantworten möglich. STATISTIK AUSTRIA (2002), Gesundheitszustand ..., S. 90–95 und 100–111.

²⁶² STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Vgl. auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

²⁶³ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Spitalsentlassungsstatistik. Vgl. auch Kap. 4.7 – Stationäre Aufenthalte.

²⁶⁴ STATISTIK AUSTRIA, ISIS Datenbank (<S72.0–S72.1>).

Grafik 4.61: Oberschenkelhalsbrüche (<S72.0–S72.1>) als Hauptdiagnose in Wiener Akutkrankenanstalten, 2001–2007, nach Geschlecht



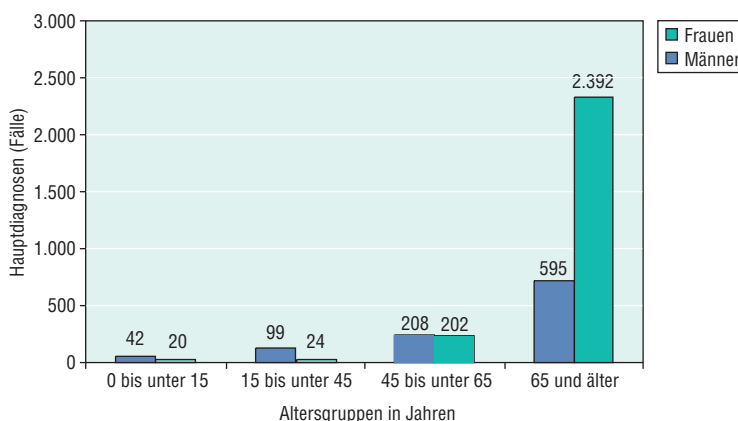
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Sonderauswertung; eigene Berechnungen.

Erwartungsgemäß dominieren bei dieser Diagnose die Frauen mit fast 76 Prozent aller Diagnosefälle. Die folgende Grafik zeigt auch, dass Oberschenkelhals-

brüche vor allem ältere und hochbetagte Personen betrifft. Über 80 Prozent aller Patientinnen und Patienten sind 65 Jahre und älter.

IV.

Grafik 4.62: Oberschenkelhalsbrüche (<S72.0–S72.1>) als Hauptdiagnose in Wiener Akutkrankenanstalten, 2007, nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung: Sonderauswertung; eigene Berechnungen.

Eine Annäherung zur Abschätzung der Verbreitung von Osteoporose könnten auch die Diagnosefälle zu Veränderungen der **Knochendichte und -struktur** (<M80–M85>) darstellen. Allein in den Wiener

Fondskrankenanstalten wird jedes Jahr mehr als 5.000 Mal diese Hauptdiagnose gestellt. Das Thema Osteoporose wird im nachstehenden Beitrag von Prim.^a Dr.ⁱⁿ Katharina PILS ausführlich behandelt.

Ein Drittel der wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit in Österreich gewährten so genannten **Invaliditätspensionen** (2009: 9.534 Personen) ist auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes zurückzuführen.²⁶⁵

Mortalität

Als Todesursache fallen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems kaum ins Gewicht. 48 Menschen (33 Frauen und 15 Männer) starben 2008 in Wien an einer dieser Krankheiten, wobei vor allem Menschen im höheren Lebensalter von dieser Todesursache betroffen sind.²⁶⁶

²⁶⁵ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007). Vgl. auch Kap. 4.6 – Krankenstände und Invaliditätspensionen.

²⁶⁶ STATISTIK AUSTRIA, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Mortalitätsstatistik. Siehe auch Kap. 3.2 – Sterblichkeit und Todesursachen.

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen

Campylobacter-Erkrankungen

So wie in den Vorjahren stellen auch im Jahr 2009 Campylobacter-Infektionen mit 71 Prozent aller gemeldeten Fälle (Campylobacteriose: 1.148 Fälle) die **häufigste bakterielle Lebensmittelvergiftung** dar. Die Erreger **Campylobacter-jejuni/coli** sind nicht nur in Wien, sondern auch in Österreich die häufigsten Erreger der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen.

Im Sommer 1996 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz eine nähere Präzisierung der bereits seit 1950 meldepflichtigen bakteriellen Lebensmittelvergiftung vorgenommen und die Campylobacteriose wird seither als solche erfasst.

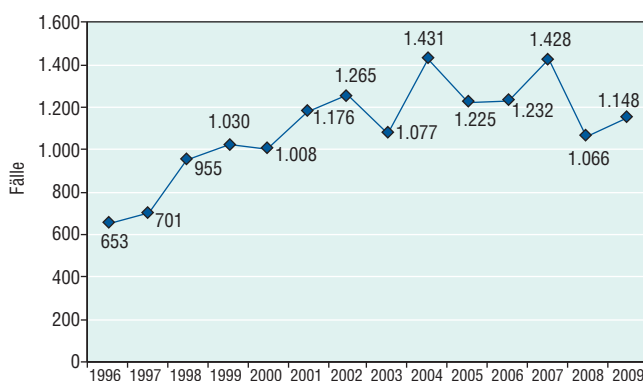
Zwischen den Jahren 1996 bis 2009 lässt sich für Wien **ein genereller Anstieg** der Campylobacteriose bis zum Jahr 2007 (118 Prozent) ableiten. Ab 2007 und 2008 wurde eine Abwärtsbewegung von 25 Prozent beobachtet. Im Jahr 2009 stieg die Zahl der gemeldeten Campylobacteriosefälle wieder um 7,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr an (*siehe folgende Grafik*).

1999 wurden in Wien erstmals mehr Erkrankungen durch Infektionen mit Campylobacterioseerregern als durch Salmonelloseerreger gemeldet.

Möglichkeiten der Ansteckung

Campylobacterioseerreger werden in der Regel durch kontaminierte Lebensmittel übertragen. Als Hauptübertragungsquelle gelten unzureichend erhitzte Geflügel und Fleischprodukte sowie Rohmilch. Um Kreuzkontaminationen zwischen rohem Fleisch und anderen Lebensmitteln zu vermeiden, soll ein Augenmerk auf die Hygiene bei der Speis Zubereitung gelegt werden. Eine Übertragung durch den Kontakt mit erkrankten Tieren oder direkt von Mensch zu Mensch auf fäkal-oraalem Wege kann vorkommen. Bei Infektionen werden Campylobacter im Stuhl ausgeschieden und können so einen Ansteckungsweg bei mangelnder Hygiene darstellen. Eine Übertragung durch erkrankte Personen kann bei der Kontamination von Speisen erfolgen und ist besonders in der Lebensmittelzubereitung von Bedeutung. Beschäftigte in Küchen von Gastronomiebetrieben und sonstigen Einrichtungen mit Gemeinschaftsverpflegung dürfen daher in der akuten Erkrankungsphase nicht tätig sein.

Grafik 4.63: Gemeldete Campylobacter-Erkrankungen, Wien seit 1996



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Salmonellen-Erkrankungen

Unter dem Begriff Salmonellose werden jene bakteriellen Lebensmittelvergiftungen zusammengefasst, die durch die sogenannten **enteritischen Salmonellen** verursacht werden.

Seit dem Jahr 2003 zeichnet sich in Wien ein stetiger Rückgang der gemeldeten Fälle ab (-67 Prozent). Diese kontinuierliche Abnahme ist auf die bundesweit koordinierten Bemühungen zur Bekämpfung von Salmonellen in Österreich zurückzuführen. Mit 404 gemeldeten Fällen im Jahr 2008 und 422 gemeldeten

Fällen im Jahr 2009 wurde das **niedrigste Niveau seit 1982** erreicht. Weiters ist zu bemerken, dass auch die verpflichtende Schutzimpfung gegen Salmonellen in

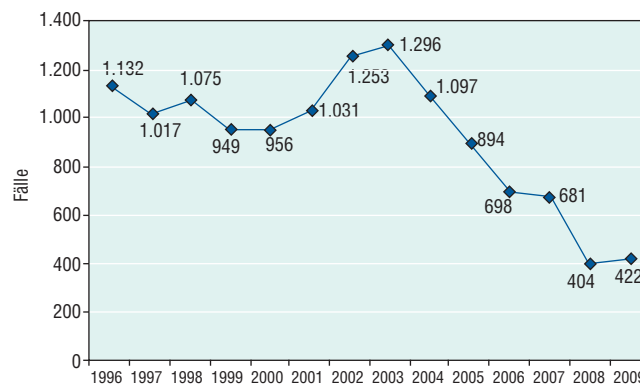
Aufzuchtbetrieben für Zucht – und Junghennen seit 2007 mit der Geflügelverordnung in Österreich eingeführt wurde.

Möglichkeiten der Ansteckung

Das Hauptreservoir für Salmonellen sind Tiere, die jedoch selten erkranken. Der Infektionsweg erfolgt durch orale Aufnahme. Dabei spielt meist eine unzureichende Lebensmittelzubereitung (mangelnde Erhitzung) von infiziertem Geflügel oder Eiern eine Rolle. Auch ist eine Übertragung durch kontaminierte Lebensmittel möglich, sogenannte „Kreuzkontaminationen“, wie z. B. durch Salatzubereitung neben rohem, kontaminiertem Hühnerfleisch oder

Berührung von Lebensmitteln durch eine infizierte Person. Bei Infektionen kommen Salmonellen in menschlichen und tierischen Fäkalien vor und können so einen Ansteckungsweg bei mangelnder Hygiene darstellen. Auch hier gilt, dass Küchenpersonal nicht in der Erkrankungsphase bei der Lebensmittelzubereitung eingesetzt werden darf. Bei der Heimtierhaltung können bestimmte Tiere wie etwa Reptilien ein Infektionsrisiko darstellen.

Grafik 4.64: Gemeldete Salmonella-Erkrankungen, Wien seit 1996



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Shigellose-Erkrankungen

Shigellose (**bakterielle Ruhr**) hat unter den meldepflichtigen Darminfektionen kaum quantitative Bedeutung, ist jedoch aufgrund der möglichen Schwere der Erkrankung von Bedeutung. Die Shigellen haben die Fähigkeit zur Bildung von **Shiga-Toxinen**. Diese **Toxine (Giftstoffe)** können ein schwer verlaufendes Krankheitsbild verursachen.

Im Jahr 2009 wurden 22 Shigellosen in Wien gemeldet. Seit 2002 sind die gemeldeten Fälle auf konstant niedrigem Niveau. Bei den meisten dieser Erkrankungen erfolgte die Infektion im Ausland und war reiseassoziiert.

Möglichkeiten der Ansteckung

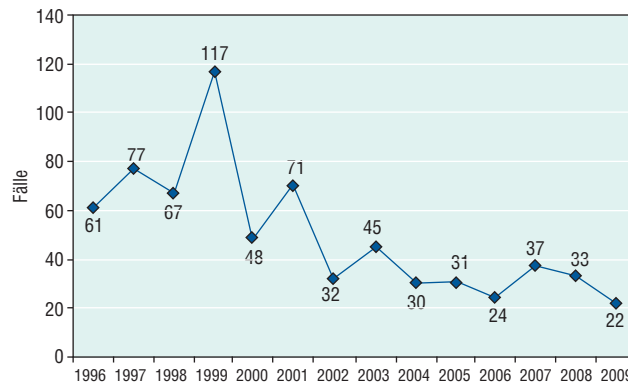
Das Erregerreservoir ist ausschließlich der Mensch. In manchen Fällen genügen nur ca. 100 Erreger zur Auslösung einer Infektion. Shigellen werden mit dem Stuhl ausgeschieden. Die Ansteckung er-

folgt indirekt auf fäkal-oralem Wege von Mensch zu Mensch. Infektionen durch kontaminierte Lebensmittel oder (Trink-)Wasser haben vor allem in den wärmeren Ländern Bedeutung. Bekannte

Infektionsgebiete für Shigellosen sind Ägypten, Tunesien, aber auch asiatische Länder. Es ist daher gerade die Hygiene und das Vermeiden von Infek-

tionen durch kontaminiertes Wasser oder ungekochte Speisen von besonderer Bedeutung.

Grafik 4.65: Gemeldete Shigellose-Erkrankungen, Wien seit 1996



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Bakterielle Infektionen

Scharlach ist eine vor allem Kinder betreffende bakterielle Infektionskrankheit. 2009 wurden 197 Fälle gemeldet. Interessant ist der Rückgang gegenüber den beiden Vorjahren um über 55 Prozent.

Die **Legionellen** sind Bakterien, die beim Menschen schwere Lungenentzündungen (Pneumonien) hervorrufen können. Sie leben vornehmlich im Süßwasser und sind in geringer Konzentration natürlicher Bestandteil von Flüssen, Seen und Grundwasser. Die Bakterien vermehren sich bei Temperaturen zwischen 25 und 45 Grad Celsius. Bei Wassertemperaturen oberhalb von 60 °C sterben sie relativ schnell ab. Durch ungünstige Bedingungen wie z. B. in schlecht angeordneten Leitungssystemen mit langen Totleitungen oder in länger unbenutzten Wasserleitungssystemen kann es zu einer starken Vermehrung der Erreger kommen. Infektionen werden nur durch das Einatmen von mit Legionellen belasteten Aerosolen (kleine Wassertröpfchen) verursacht, nicht jedoch durch das Trinken von legionellenhaltigem Wasser. Ein erhöhtes Infektionsrisiko durch Einatmen legionellenhaltigen Wassersprühnebels haben speziell Personen mit geschwächtem Immunsystem, chronischen Lungenerkrankungen, sowie Raucher. Das Erkrankungsrisiko steigt ab ei-

nem Alter von 30 Jahren, wobei Männer gefährdeter sind als Frauen.

Die **Legionellen-Pneumonie** ist eine relativ selten vorkommende Erkrankung. Sie weist jedoch mit ca. 10 Prozent eine hohe Sterblichkeit auf. Die Häufigkeit der gemeldeten Erkrankungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert (2008: 22 Fälle, 2009: 22 Fälle). 2007 waren die Fälle doppelt so hoch (46 Fälle). Alle gemeldeten Fälle wurden stationär behandelt. 2 Erkrankte sind an der Legionellen-Pneumonie verstorben. Weniger als die Hälfte der Erkrankungen betraf Erwachsene im mittleren Alter (4 Fälle bei den 35- bis 45-Jährigen, 4 Fälle bei den 46- bis 55-Jährigen). In der Altersgruppe der 56- bis 65-Jährigen trafen ebenfalls 4 Fälle auf. 10 Fälle, davon 2 Todesfälle, fielen in die Altersgruppe der über 65-Jährigen.

Im Berichtsjahr 2009 wurden 45 Erkrankungen sowie 7 Todesfälle an **bakterieller Meningitis/Sepsis** verzeichnet. Unter Meningitis versteht man eine Entzündung der Hirnhäute, die am häufigsten durch Bakterien verursacht wird. Nach dem Epidemiegesetz 1950 sind alle Formen der bakteriellen Meningitis meldepflichtig.

Meningokokken waren im Berichtsjahr 2009 die häufigste Ursache einer bakteriellen Meningitis: Es traten

11 Fälle im Vergleich zu 9 Fällen im Jahr 2008 und 10 Fällen im Jahr 2007 auf. Diese Bakterien kommen ausschließlich beim Menschen vor. Meningokokken können außerhalb des Menschen nur ganz kurze Zeit überleben. Etwa 10 Prozent der Bevölkerung sind Träger der Bakterien, ohne dass Krankheitszeichen auftreten. Die Übertragung der Meningokokken erfolgt von

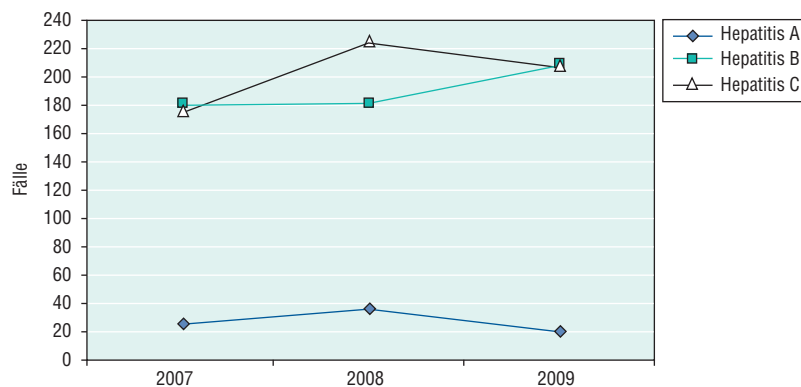
Mensch zu Mensch durch eine Tröpfcheninfektion. Dies bedeutet, dass Personen, die diese Bakterien auf ihren Schleimhäuten in Nase und Rachen tragen, andere Personen zum Beispiel durch Husten oder Niesen anstecken können. Die Möglichkeit der Übertragung durch infizierte Gegenstände ist gering, da diese Bakterien außerhalb des Menschen rasch absterben.

Virale Infektionen

Hepatitis infectiosa

Im Berichtsjahr 2009 wurden insgesamt 435 Fälle von Hepatitis infectiosa registriert.

Grafik 4.66: Gemeldete Hepatitis infectiosa, Wien 2007–2009



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Hepatitis A

Das Hepatitis A-Virus (HAV) wird mit dem Stuhl ausgeschieden und fäkal-oral durch eine Kontaktinfektion oder eine Schmierinfektion übertragen. In Ländern mit niedrigen Hygienestandards können die HAV auch über verunreinigtes Wasser oder Lebensmittel übertragen werden. Grundlage der Vorbeugung ist die persönliche Hygiene, dabei ganz besonders das Händewaschen.

Eine aktive Impfung gegen Hepatitis A, auch in Kombination mit Hepatitis B, steht zur Verfügung. 2009

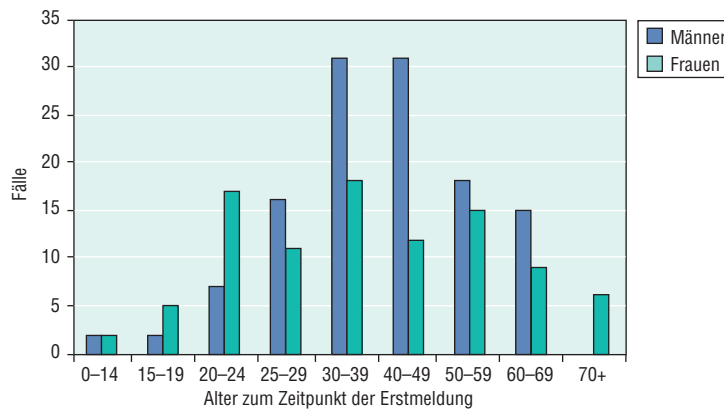
wurden in Wien 20 Hepatitis A-Erkrankungen gemeldet.

Hepatitis B

Die Hepatitis B kann parenteral²⁶⁷ durch Geschlechtsverkehr oder während der Geburt von Mutter auf Kind übertragen werden. Die Eintrittspforten der Hepatitis B-Viren (HBV) können bereits kleinste Verletzungen der Haut oder Schleimhaut sein. Ein wirksamer Schutz gegen Hepatitis B kann durch eine aktive Impfung aufgebaut werden.

²⁶⁷ Nadelverletzungen, Gebrauch von verunreinigten Nadeln bei intravenösem Drogenkonsum, Tätowierung, Piercing, etc.

Grafik 4.67: Gemeldete Hepatitis B-Erkrankungen, Wien 2009



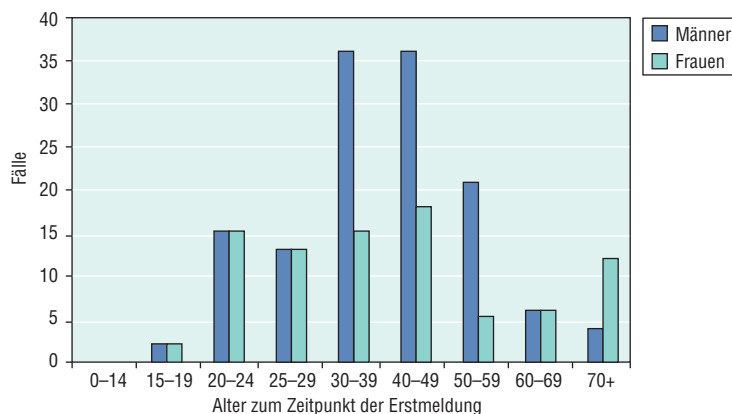
Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Die häufigsten Erstmeldungen einer Hepatitis B-Erkrankung finden sich in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen. Dies kann durch die beschriebenen Übertragungswege erklärt werden.

Hepatitis C

So wie die HBV werden auch die Hepatitis C-Viren (HCV) vorwiegend parenteral übertragen. Das Risiko der sexuellen Übertragung und der Übertragung von Mutter auf Kind wird wesentlich geringer als bei Hepatitis B eingestuft. Ein Impfstoff gegen Hepatitis C konnte bis dato noch nicht entwickelt werden.

Grafik 4.68: Gemeldete Hepatitis C-Erkrankungen, Wien 2009



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen werden die häufigsten Erstmeldungen registriert, wobei Männer wesentlich stärker betroffen sind.

Das Vermeiden von kontaminierten Gegenständen, die mit infiziertem Blut in Berührung gekommen sind²⁶⁸, das Verwenden von Kondomen und das Anwenden anderer hygienischer Maßnahmen können die Übertragung von Hepatitis B und Hepatitis C verhindern.

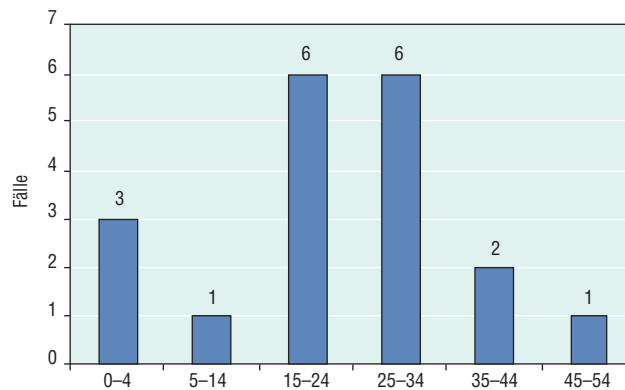
²⁶⁸ Spritzennadeln, unsaubere Tätowierungsinstrumente, etc.

Masern

Anfang März 2008 kam es in Österreich zu einem Masernausbruch mit insgesamt 443 Fällen, der seinen Ausgang in einer anthroposophischen Schule im Bundesland Salzburg nahm. Das Masernvirus wurde aus der Schweiz eingeschleppt. Von dort verbreitete sich die Erkrankung auf ganz Österreich. In Wien traten von 04.04.2008 bis 04.07.2008 19 Erkrankungsfälle auf.

Auffallend war, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten zwischen 17 und 37 Jahre alt war. Dieser Umstand bestätigt die internationalen Erfahrungen, dass die zunehmende Durchimpfung im Kindesalter Wirkung zeigt, damit aber das durchschnittliche Erkrankungsalter ansteigt. Bei den Kindern im Schulalter war nur 1 Fall zu beobachten. Dies dürfte auf die hohe Durchimpfungsrate im Rahmen des Kinderimpfkonzeptes zurückzuführen sein.

Grafik 4.69: Gemeldete Masernfälle, Wien April-Juli 2008, Altersverteilung



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Von den Masernvirusinfektionen waren überwiegend nicht geimpfte Personen betroffen. Nur 2 Personen gaben an, lediglich einmalig gegen Masern geimpft worden zu sein. Diese Daten belegen die Effektivität der Masernimpfung, insbesondere nach 2 Impfungen. Zudem weisen sie auf die Notwendigkeit der Schließung von Impflücken hin, vor allem in der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Bei der übertragbaren **Kinderlähmung** (Poliomyelitis) ist seit 1962 keine einzige in Wien erworbene Er-

krankung mehr aufgetreten, was als Folge der konsequent durchgeführten Impfkampagne angesehen werden kann.

Vier Fälle von **Enzephalitis**, davon 2 verursacht durch FSME²⁶⁹, wurden 2009 gemeldet.

Sonstige Infektionen

Insgesamt wurden im Jahr 2009 21 **Malariaerkrankungen** registriert.

²⁶⁹ Fröhlsommer-Meningo-Enzephalitis, siehe Glossar.

4.5 Infektionskrankheiten

4.5.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Überblick

Im Jahr 2009 wurden in Wien 3.142 Infektionskrankheiten nach dem Epidemiegesetz an die Gesundheitsbehörde gemeldet. Wie in den vergangenen Jahren nahmen die **bakteriellen Lebensmittelvergiftungen** mit 1.624 gemeldeten Fällen den weitaus größten Teil ein. Die häufigsten Erreger sind **Campylobacter- und Salmonellenbakterien**.

Bei den viralen Hepatitiden sind die Meldezahlen für Hepatitis A und Hepatitis C gegenüber dem Vorjahr wieder leicht gesunken.

Besondere Erwähnung verdient die Einführung der Meldepflicht für die Neue Influenza (sog. „Schweinegrippe“) A/H1N1 im April 2009. Zwischen April und Dezember 2009 wurden 777 Erkrankungen und 4 Todesfälle in Wien registriert (siehe Kapitel Pandemie).

Tabelle 4.13: Anzeigepflichtige Infektionskrankheiten (ohne Tuberkulose, AIDS und Geschlechtskrankheiten), Wien 2007–2009

	Erkrankungen				Sterbefälle		
	2007	2008	2009*	2008/09 in %	2007	2008	2009*
Insgesamt	3.145	2.530	3.142	+24,2	6	3	20
Bakterielle Infektionen	2.742	2.043	1.898	-7,1	5	1	11
Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	2.185	1.532	1.624	+6,0	-	-	-
Salmonella-Infektionen	681	404	422	+4,5	-	-	-
Campylobacter-Infektionen	1.428	1.066	1.148	+7,7	-	-	2
Yersinia-Infektionen	32	24	23	-4,2	-	-	-
Shigellen-Infektionen (bakterielle Ruhr)	37	33	22	-33,3	-	-	-
andere Infektionen	7	5	9	+80,0	-	-	-
Typhus abdominalis	2	8	2	-75,0	-	-	-
Paratyphus	4	5	1	-80,0	-	-	-
Tularaemie (Hasenpest)	-	1	-	-	-	-	-
Keuchhusten	6	8	6	-25,0	-	-	-
Bruzellose	-	2	1	-50,0	-	-	-
Leptospiren-Erkrankungen	-	0	-	-	-	-	-
Legionellen	46	22	22	0,0	5	-	2
Bakterielle Meningitis/Sepsis	21	24	45	+87,5	-	1	7
Scharlach	478	444	197	-55,6	-	-	-
Virale Infektionen	387	465	1.223	+163,0	-	1	8
A/H1N1-Virus (Neue Influenza A)**	-	-	777	-	-	-	4
Encephalitiden	1	3	4	+33,3	-	1	-
Hepatitis A	25	36	20	-44,4	-	-	-
Hepatitis B	180	181	208	+14,9	-	-	1
Hepatitis C	174	224	207	-7,6	-	-	3
Masern	5	20	5	-75,0	-	-	-
Röteln	2	1	2	-	-	-	-
Protozoenerkrankungen	16	22	21	-4,5	-	-	-
Malaria	15	20	21	+5,0	-	-	-
Amöbenruhr	1	2	-	-	-	-	-
Prionen-Infektion	-	-	0	-	1	1	1
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung***	-	0	-	-	-	1	1

* Vorläufige Zahlen für das Jahr 2009.

** Meldepflicht für Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an Infektion mit dem Influenzavirus A/H1N1 („Schweinegrippe“) seit April 2009.

*** Nur Sterbefälle meldepflichtig.

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

4.5.2 Tuberkulose

Zusammenfassung

2009 wurden 256 Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose in Wien registriert. Dies bedeutet im Vergleich zu den Vorjahren eine Fortsetzung des laufenden Rückganges.

Die größten Risikogruppen stellen sozial schwache Bevölkerungsgruppen wie Migrantinnen und Migranten aus ärmeren Zuwanderungsgebieten, Alkoholranke und Obdachlose dar.

Es sind weniger Frauen als Männer betroffen, das Zahlenverhältnis beträgt 1 : 2.

51,17 Prozent der Erkrankten stammen aus Ländern mit einem stärkeren Tuberkuloseaufkommen.

Die Anzahl der an Tuberkulose verstorbenen Personen ist in Wien seit 30 Jahren stark rückläufig. Vor 20 Jahren verstarben noch über 100 Personen pro Jahr an Tuberkulose in Wien, 10 Jahre später bereits um 2/3 weniger; 2009 verstarben 13 Personen (0,77 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

Summary: Summary

In 2009, 256 new cases of active tuberculosis were registered in Vienna, which continues the downward trend of previous years.

Socially disadvantaged groups such as immigrants from poorer regions of origin, alcoholics, and homeless persons are especially at risk.

The prevalence is lower among women than among men; the ratio is 1:2.

51.17 percent of patients come from countries with a higher prevalence of tuberculosis.

The number of deaths caused by tuberculosis in Vienna has been decreasing markedly for the last 30 years. 20 years ago, still more than 100 people per year died of tuberculosis in Vienna, ten years later the figure had dropped by two thirds. In 2009, 13 people died of the disease (0.77 per 100,000 inhabitants).

IV.

Die Tuberkulose ist eine chronisch verlaufende Infektionskrankheit, hervorgerufen durch langsam wachsende Bakterien des Mycobacterium-tuberculosis-Komplexes. Die **Ansteckung** erfolgt fast ausschließlich durch bereits erkrankte Personen mittels **Tröpfcheninfektion**. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung steigt mit der Dauer des sozialen Kontaktes und ist dementsprechend im engsten Familienkreis bzw. im gemeinsamen Haushalt am höchsten.

Nur etwa 5 bis 10 Prozent der Personen, die mit Tuberkulosebakterien infiziert sind, bilden auch eine Erkrankung aus. Diese ist mit einer antibiotischen Kombinationstherapie mit Tuberkulostatika behandel- und heilbar. Unbehandelt kann die Tuberkulose allerdings auch zum Tod führen.

Wesentliche Faktoren, die den Ausbruch der Erkrankung nach einer Infektion begünstigen, sind einer-

seits der allgemeine Gesundheitszustand, vorbestehende Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen, und andererseits ungünstige Lebensumstände, insbesondere Stress, schlechte Wohnverhältnisse, Mangelernährung, etc.

Die Lunge ist das am häufigsten befallene Organ (pulmonale Tuberkulose). Es können aber auch andere Organe (extrapulmonale Tuberkulose) betroffen sein, was z. B. zur Urogenitaltuberkulose oder zur Knochentuberkulose führt.

Internationaler Vergleich

Weltweit weisen die Staaten Südostasiens und Afrikas südlich der Sahara die höchsten Erkrankungs-raten auf. In Ost- und Zentraleuropa liegen die Erkrankungs-raten weit über jenen von Westeuropa. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon

aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung, rund zwei Milliarden Menschen, den Tuberkulose-Erreger in sich trägt und dass 5 bis 10 Prozent dieser infizierten Personen auch im Laufe ihres Lebens erkranken. **9,27 Millionen Menschen erkranken** jährlich an aktiver Tuberkulose und pro Jahr **sterben 1,77 Millionen** Menschen an dieser Krankheit.

Eine **neue Herausforderung** stellen seit Beginn des 21. Jahrhunderts Tuberkuloseerkrankungen durch **multiresistente Keime** (MDR-TB²⁷⁰) dar. Die MDR-TB wird durch Erreger verursacht, die zumindest gegen die zwei wichtigsten antituberkulose wirksamen Medikamente (Isoniazid und Rifampicin) resistent sind. Kommen noch weitere Resistenzen gegen Chinolone und eines der drei Zweitrang-tuberkulotika (Amikacin, Kanamycin oder Capreomycin) dazu, spricht man von „extensiv resistenter Tuberkulose“ (XDR-TB)²⁷¹.

Resistente Tuberkuloseerreger können gebildet werden, wenn die medikamentöse Therapie unregelmäßig erfolgt oder vorzeitig abgebrochen wird. Die WHO verfolgt daher die sogenannte „DOTS - Strategie“²⁷², bei der eine streng überwachte Medikamenteneinnahme über sechs bis acht Monate einen frühzeitigen Therapieabbruch verhindern soll.

Die WHO Region Europa weist in ihren östlichen Gebieten die weltweit höchsten Raten an Fällen von MDR-TB und XDR-TB auf, deren Verbreitung im Zuge der Migration möglich ist.

Die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose ist sehr kostenaufwendig, sowohl im Hinblick auf die lange Behandlungsdauer als auch auf die teuren sogenannten Secondline Drugs²⁷³. Da in Wien im Otto-Wagner-Spital ein Kompetenzzentrum für Tuberkulose besteht, werden viele der in ganz Österreich entdeckten multiresistenten Patientinnen und Patienten in Wien behandelt und betreut. Im Jahre 2009 wurden 28 Fälle in Wien versorgt. Das Konzept der direkt überwachten Therapie (DOT) kam in Wien im Jahr 2009 bei 18 Tuberkulosepatientinnen und -patienten zum Einsatz.

²⁷⁰ MDR: Mult Drug Resistant.

²⁷¹ XDR: extensively Drug Resistant.

²⁷² DOTS: Directly Observed Therapy Short Course.

²⁷³ Medikamente der 2. Reihe.

Österreich und Wien

In **Österreich** und auch in **Wien** tritt die Tuberkulose vor allem innerhalb bestimmter **Risikogruppen** bzw. Risikobereiche auf. Diesbezüglich spielen sowohl schwierige Lebensumstände, wie z. B. Obdachlosigkeit, Flucht aus Krisen- und Kriegsgebieten als auch die Herkunft bzw. ein langer Aufenthalt in Regionen mit bekannt hoher Tuberkuloseprävalenz eine Rolle. Genannte Risikogruppen erhalten deshalb im Rahmen der behördlichen Präventionsarbeit auf Basis des Tuberkulosegesetzes bzw. der Reihenuntersuchungsverordnung von 1998 in Form von speziellen Screening-Angeboten besondere Aufmerksamkeit.

Reihenuntersuchungen sind als Untersuchungen gesunder Menschen bestimmter Alters- und Bevölkerungsgruppen definiert, um frühzeitig Krankheiten, die noch nicht zu merkbaren Beschwerden geführt haben, erkennen zu können. Auf dieser Grundlage können entsprechende Behandlungsmaßnahmen ergriffen und gegebenenfalls die Ansteckungsgefahr ausgeschaltet werden.

Die Ergebniszahlen der Reihenuntersuchungen in Wien zeigen, dass mit diesen Untersuchungen größtenteils Höchststrisikogruppen mit sehr hohen Inzidenzzahlen ähnlich denen der Staaten im südlichen Afrika erfasst werden.

Inzidenz

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose ist zwischen 1998 und 2005 relativ konstant geblieben. Seit dem Jahr 2006 ist es wieder zu einem Rückgang gekommen. Die Fallzahl 2009 mit 256 erkrankten Personen bedeutet eine Erkrankungsrate von ca. 15 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Wien. Dies liegt über dem österreichischen Durchschnitt, der laut nationaler Referenzzentrale in der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) bei 8,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt.

Die Anzahl der Erkrankungen an **Kindertuberkulose** ist in den letzten Jahren stabil geblieben. Im Jahre 2009 erkrankten 13 Kinder an Tuberkulose. Die Erkrankungen an ansteckender Lungentuberkulose (Ia und

Ib) sind 2009 gegenüber 2006 um 17 Prozent gesunken. Der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose (Id) ist gleich geblieben (*siehe folgende Tabelle*).

Tabelle 4.14: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien, Wien 1981–2009

Jahr	insgesamt		Kategorie		
	absolut	auf 100.000 EW	Ia + Ib	Ic	Id
1981	600	38,3	278	232	90
1982	563	36,8	280	216	67
1983	511	33,5	246	186	79
1984	453	29,9	250	166	37
1985	452	29,8	233	167	52
1986	434	28,9	216	165	53
1987	450	29,9	254	156	40
1988	515	33,6	288	169	58
1989	528	34,5	282	197	49
1990	602	38,5	313	238	51
1991	536	33,7	283	186	67
1992	583	36,2	300	223	60
1993	559	34,1	293	204	62
1994	587	35,8	299	209	79
1995	504	31,8	239	186	79
1996	526	32,3	308	160	58
1997	453	28,1	266	124	63
1998	434	27,0	275	81	78
1999	403	25,1	261	76	66
2000	402	24,9	240	105	57
2001	389	23,9	234	91	64
2002	432	27,7	231	137	64
2003	422	26,4	216	131	75
2004	432	27,0	260	109	63
2005	416	26,0	244	95	73
2006	329	20,6	192	83	53
2007	308	18,4	185	72	51
2008	313	18,6	170	85	58
2009	283	16,7	159	70	54

Legende:

Ia: aktive, ansteckende Lungentuberkulose mit labordiagnostischer Bestätigung.

Ib: Verdacht auf aktive, ansteckende Lungentuberkulose bei fehlender labordiagnostischer Bestätigung.

Ic: nicht ansteckende aber behandlungsbedürftige Lungentuberkulose.

Id: aktive Tuberkulose sonstiger Lokalisation.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

In Wien werden zahlreiche Personen, die nach Diagnosestellung aus anderen Bundesländern zugezogen sind, weiter betreut. Die nachfolgende Tabelle stellt

die in Wien erstdiagnostizierten und erstgemeldeten Tuberkulosefallzahlen dar.

Tabelle 4.15: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose nach Krankheitskategorien – bereinigt um Zuzüge aus anderen Bundesländern, Wien 2006–2009

Jahr	insgesamt		Kategorie					
	absolut	auf 100.000 EW	Ia + Ib		Ic		Id	
2006	309	21,75	178	57,61%	78	25,25%	53	16,16%
2007	271	16,18	155	57,20%	70	25,83%	46	16,98%
2008	278	16,48	143	51,44%	81	29,14%	54	19,43%
2009	256	15,07	130	50,79%	77	30,08%	49	19,14%

Legende:

Ia: aktive, ansteckende Lungentuberkulose mit labordiagnostischer Bestätigung.

Ib: Verdacht auf aktive, ansteckende Lungentuberkulose bei fehlender labordiagnostischer Bestätigung.

Ic: nicht ansteckende aber behandlungsbedürftige Lungentuberkulose.

Id: aktive Tuberkulose sonstige Lokalisation.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Generell zeigt sich auch bei den Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose ein kontinuierlicher Rückgang, der im Jahr 2009 mit 283 Fällen im 20-Jahre-Vergleich den niedrigsten Stand aufweist (siehe Tabelle 4.16).

Tabelle 4.16: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1990–2009

Jahr	insgesamt	Männer	Frauen
1990	602	409	193
1991	536	351	185
1992	583	399	184
1993	559	352	207
1994	587	365	222
1995	504	315	189
1996	526	339	187
1997	453	272	181
1998	434	259	175
1999	403	260	143
2000	402	236	166
2001	389	253	136
2002	432	274	158
2003	422	229	193
2004	432	265	167
2005	416	273	143
2006	329	196	133
2007	308	198	110
2008	313	187	126
2009	283	171	112

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

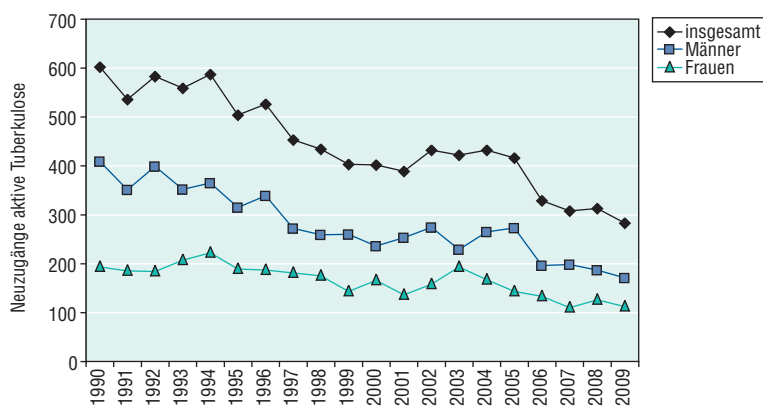
In Wien sind insgesamt mehr Männer als Frauen von Tuberkulose betroffen. Im Jahr 2009 wurden 151 an Tuberkulose erkrankte Männer und 105 erkrankte Frauen gemeldet (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 4.17: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose nach Geschlecht – bereinigt um Zuzüge aus anderen Bundesländern, Wien 2006–2009

Jahr	gesamt	Männer	Frauen
2006	309	187	122
2007	271	167	104
2008	278	158	120
2009	256	151	105

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Grafik 4.70: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose nach Geschlecht, Wien 1990–2009



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Mortalität

Die Anzahl der an Tuberkulose verstorbenen Frauen und Männer ist in Wien seit 30 Jahren deutlich rückläufig: Waren es im Jahr 1981 noch 104 Personen, die

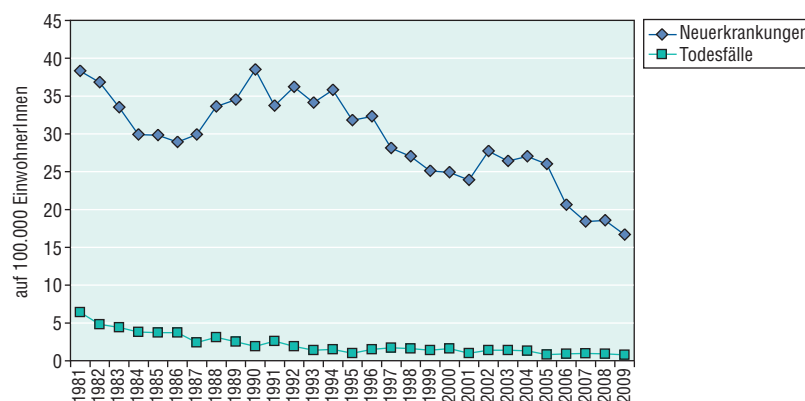
an Tuberkulose verstarben, so verzeichnete man im Jahr 1990 nur noch 30 Tuberkulose-tote. 2009 verstarben 13 Personen in Wien an Tuberkulose (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 4.18: Todesfälle an Tuberkulose 1981–2009 in Wien

Jahr	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	auf 100.000 weibl. EW	absolut	auf 100.000 männl. EW	absolut	auf 100.000 EW (Wien)
1981	46	5,1	58	8,1	104	6,4
1982	28	3,1	50	7,0	78	4,8
1983	22	2,6	46	6,7	68	4,4
1984	24	2,8	35	5,1	59	3,8
1985	16	1,9	40	5,9	56	3,7
1986	28	1,9	28	4,1	56	3,7
1987	11	1,3	25	3,7	36	2,4
1988	19	2,3	28	4,0	47	3,1
1989	18	2,1	20	2,9	38	2,5
1990	11	1,3	19	2,6	30	1,9
1991	9	1,1	32	4,5	41	2,6
1992	7	0,8	23	3,0	30	1,9
1993	9	1,0	15	1,9	24	1,4
1994	13	1,5	11	1,4	24	1,5
1995	3	0,4	14	1,8	17	1,0
1996	11	1,3	13	1,7	24	1,5
1997	13	1,5	14	1,8	27	1,7
1998	7	0,8	18	2,4	25	1,6
1999	7	0,8	16	2,1	23	1,4
2000	9	1,1	17	2,2	26	1,6
2001	8	1,0	8	1,0	16	1,0
2002	7	0,9	15	2,0	22	1,4
2003	5	0,6	17	2,3	22	1,4
2004	7	0,8	13	1,7	20	1,3
2005	2	0,2	11	1,4	13	0,8
2006	6	0,7	8	1,0	14	0,9
2007	6	0,4	10	0,6	16	1,0
2008	4	0,2	11	0,7	15	0,9
2009	2	0,1	11	0,7	13	0,8

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Grafik 4.71: Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose und Todesfälle, Wien 1981–2009



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tuberkulose in Wien eine rückläufige Tendenz aufweist. Die Tuberkulose betrifft besonders Personen mit schlechteren Lebensbedingungen, die aus sozial ärmeren Schichten stammen. Mangelernährung und schlechte Gesundheitsversorgung in Ländern mit hoher Tuberkuloseprävalenz begünstigen Tuberkulose-neuinfektionen.

Die Tuberkulosevorsorgestellen der Stadt Wien betreuen in Kooperation mit den Wiener Spitälern, Ambulanzen und den niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten an Tuberkulose erkrankte Menschen. Da Personen aus schwierigen Lebensumständen ein er-

höhtes Erkrankungsrisiko haben, stellt die sozialarbeiterische Betreuung einen zusätzlich wesentlichen Bereich in der Tuberkulosevorsorge dar. Laut Tuberkulosegesetz obliegt es der Tuberkulosevorsorge allerdings nicht nur erkrankte Menschen zu betreuen und für deren Genesung alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, sondern auch im Sinne der Krankheitsprävention tätig zu sein; so werden bei Feststellung eines neuen Erkrankungsfalles sogenannte Umgebungsuntersuchung durchgeführt. Ziel ist es, alle Kontaktpersonen einer Untersuchung zu unterziehen. So ist es möglich, neue weitere Erkrankungs- bzw. Infektionsfälle aufzudecken und damit der Verbreitung der Tuberkulose entgegenzuwirken.

aus, dass ein Drittel der Weltbevölkerung, rund zwei Milliarden Menschen, den Tuberkulose-Erreger in sich trägt und dass 5 bis 10 Prozent dieser infizierten Personen auch im Laufe ihres Lebens erkranken. **9,27 Millionen Menschen erkranken** jährlich an aktiver Tuberkulose und pro Jahr **sterben 1,77 Millionen** Menschen an dieser Krankheit.

Eine **neue Herausforderung** stellen seit Beginn des 21. Jahrhunderts Tuberkuloseerkrankungen durch **multiresistente Keime** (MDR-TB²⁷⁰) dar. Die MDR-TB wird durch Erreger verursacht, die zumindest gegen die zwei wichtigsten antituberkulose wirksamen Medikamente (Isoniazid und Rifampicin) resistent sind. Kommen noch weitere Resistenzen gegen Chinolone und eines der drei Zweitrang-tuberkulotika (Amikacin, Kanamycin oder Capreomycin) dazu, spricht man von „extensiv resistenter Tuberkulose“ (XDR-TB)²⁷¹.

Resistente Tuberkuloseerreger können gebildet werden, wenn die medikamentöse Therapie unregelmäßig erfolgt oder vorzeitig abgebrochen wird. Die WHO verfolgt daher die sogenannte „DOTS - Strategie“²⁷², bei der eine streng überwachte Medikamenteneinnahme über sechs bis acht Monate einen frühzeitigen Therapieabbruch verhindern soll.

Die WHO Region Europa weist in ihren östlichen Gebieten die weltweit höchsten Raten an Fällen von MDR-TB und XDR-TB auf, deren Verbreitung im Zuge der Migration möglich ist.

Die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose ist sehr kostenaufwendig, sowohl im Hinblick auf die lange Behandlungsdauer als auch auf die teuren sogenannten Secondline Drugs²⁷³. Da in Wien im Otto-Wagner-Spital ein Kompetenzzentrum für Tuberkulose besteht, werden viele der in ganz Österreich entdeckten multiresistenten Patientinnen und Patienten in Wien behandelt und betreut. Im Jahre 2009 wurden 28 Fälle in Wien versorgt. Das Konzept der direkt überwachten Therapie (DOT) kam in Wien im Jahr 2009 bei 18 Tuberkulosepatientinnen und -patienten zum Einsatz.

²⁷⁰ MDR: Mult Drug Resistant.

²⁷¹ XDR: extensively Drug Resistant.

²⁷² DOTS: Directly Observed Therapy Short Course.

²⁷³ Medikamente der 2. Reihe.

Österreich und Wien

In **Österreich** und auch in **Wien** tritt die Tuberkulose vor allem innerhalb bestimmter **Risikogruppen** bzw. Risikobereiche auf. Diesbezüglich spielen sowohl schwierige Lebensumstände, wie z. B. Obdachlosigkeit, Flucht aus Krisen- und Kriegsgebieten als auch die Herkunft bzw. ein langer Aufenthalt in Regionen mit bekannt hoher Tuberkuloseprävalenz eine Rolle. Genannte Risikogruppen erhalten deshalb im Rahmen der behördlichen Präventionsarbeit auf Basis des Tuberkulosegesetzes bzw. der Reihenuntersuchungsverordnung von 1998 in Form von speziellen Screening-Angeboten besondere Aufmerksamkeit.

Reihenuntersuchungen sind als Untersuchungen gesunder Menschen bestimmter Alters- und Bevölkerungsgruppen definiert, um frühzeitig Krankheiten, die noch nicht zu merkbaren Beschwerden geführt haben, erkennen zu können. Auf dieser Grundlage können entsprechende Behandlungsmaßnahmen ergriffen und gegebenenfalls die Ansteckungsgefahr ausgeschaltet werden.

Die Ergebniszahlen der Reihenuntersuchungen in Wien zeigen, dass mit diesen Untersuchungen größtenteils Höchststrisikogruppen mit sehr hohen Inzidenzzahlen ähnlich denen der Staaten im südlichen Afrika erfasst werden.

Inzidenz

Die Anzahl der jährlichen **Neuerkrankungen** an Tuberkulose ist zwischen 1998 und 2005 relativ konstant geblieben. Seit dem Jahr 2006 ist es wieder zu einem Rückgang gekommen. Die Fallzahl 2009 mit 256 erkrankten Personen bedeutet eine Erkrankungsrate von ca. 15 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Wien. Dies liegt über dem österreichischen Durchschnitt, der laut nationaler Referenzzentrale in der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) bei 8,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt.

Die österreichische HIV-Kohortenstudie von 2001 weist zu den Neuinfektionen ein Medianalter von 30–35 Jahren aus, einen weiblichen Anteil von 30 Prozent, dass jede zweite Infektion durch heterosexuelle Kontakte verursacht wird und zum Diagnosezeitpunkt bereits 34 Prozent aller Neuentdeckungen sich bereits im fortgeschrittenen Stadium befinden. Begleitinfektionen laut dieser Studie sind Syphilis, Hepatitis B und C, Tuberkulose, Osteoporose, psychische Erkrankungen und Diabetes mellitus.

Die Bordernet-Erhebung der Aids Hilfe Wien 2006 weist unter homo- und bisexuellen Männern ein hohes Wissen über AIDS sowie hohe bis sehr hohe Angst vor einer Ansteckung aus. 90 Prozent gaben an, bereits mindestens einmal einen HIV-Test gemacht zu haben. 60 Prozent gaben an, ein Kondom zu verwenden.

Der Mutter-Kind-Pass wird ab 01.01.2010 auf einen HIV-Test bis zur 16. Schwangerschaftswoche ausgeweitet, um das Ansteckungsrisiko des Kindes drastisch zu reduzieren.

Seit 1994 betreuen in Wien Sozialarbeiterinnen als Streetworker beratend und aufklärend lebensweltorientiert Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter.

The results of the Austria HIV Cohort Study show that the median age of newly infected persons is 30 to 35 years, the share of women is 30 percent, and that one in two infections is caused by heterosexual contact. They also show that 34 percent of all newly diagnosed cases are already in an advanced stage at diagnosis. The study found that coinfections and concomitant diseases were syphilis, hepatitis B and C, tuberculosis, osteoporosis, mental health problems and diabetes mellitus.

The Bordernet survey conducted by Aids-Hilfe Wien in 2006 showed that homosexual and bisexual men have a very high degree of knowledge about AIDS and a strong or very strong fear of infection. 90 percent reported that they had had an HIV test at least once. 60 percent said they used condoms.

From 1 January 2010, the mother-child card checkups will include an HIV test until the 16th week of gestation in order to dramatically reduce the risk of infection for the child.

Since 1994, social workers in Vienna have been working in outreach programmes for sex workers, providing them with targeted advice and information.

IV.

HIV und AIDS weltweit

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des HIV/AIDS-Programms der Vereinten Nationen UNAIDS waren 2009 weltweit zwischen 31 und 35 Millionen Menschen direkt von HIV/AIDS betroffen. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 48:52. Rund 7,5 Prozent der Fälle betreffen Kinder unter 15 Jahre.²⁷⁴

Im Jahr 2009 haben sich rund 2,6 Millionen Menschen mit der Immunschwächekrankheit neu infi-

ziert, davon sind etwa 370.000 Kinder unter 15 Jahren.²⁷⁵ Besonders alarmierende Zahlen werden nach wie vor aus dem südlichen Afrika gemeldet, aber auch in Asien ist die Zahl der HIV-Infizierten weiterhin drastisch im Steigen.²⁷⁶

Die Zahl der jährlichen Todesopfer betrug 2009 rund 1,8 Millionen, womit der rückläufige Trend fortgesetzt wird; etwa 360.000 Todesopfer (bzw. fast 20 Prozent aller Todesfälle) betrafen Kinder.²⁷⁷ Mehr als 30 Millionen Menschen sind bisher an der Immunschwächekrankheit gestorben.

²⁷⁴ UNAIDS, WHO (2010).

²⁷⁵ UNAIDS, WHO (2010).

²⁷⁶ Aids Hilfe Wien, AIDS Statistik <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>.

²⁷⁷ UNAIDS, WHO (2010).

Europa

In Westeuropa ist seit 1996 ein abnehmender Trend bei der AIDS-Inzidenz zu beobachten. Vor allem durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist die Zahl der Todesfälle in der westlichen Welt rückläufig. Allerdings nahm der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen AIDS-Fälle in den letzten Jahren zu und es ist anzunehmen, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Im gesamten Gebiet der EU ist die AIDS-Inzidenz seit 2004 sehr stark gesunken (2004: 12.720 Fälle; 2009: 6.568 Fälle). Ähnliche Trends werden in den meisten westlichen Ländern beobachtet.²⁷⁸

Gleichzeitig zeigt sich nach wie vor eine Besorgniserregende Zunahme von HIV-Infektionen in Osteuropa und Zentralasien. Laut WHO finden 90 Prozent dieser Infektionen in den Gebieten der Russischen Föderation und in der Ukraine statt. Besonders hoch ist dort der Anteil der HIV-Infektionen bei der jungen Bevölkerung in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen, wobei die Infektion sehr häufig durch Drogenkonsum bzw. Benutzung von unsterilem Drogenbesteck erfolgt. Zusätzlich scheint in diesen Ländern der

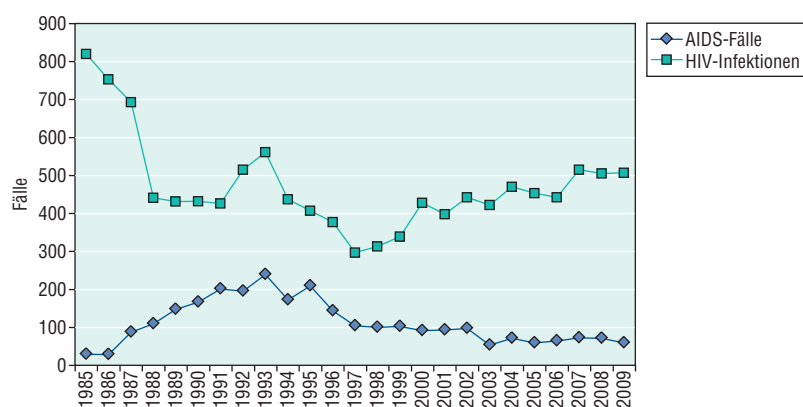
Zugang zur antiretroviralen Therapie noch geringer zu sein als etwa in Südafrika.²⁷⁹ Die AIDS-Inzidenz in Osteuropa hat sich seit 2004 um das Fünffache erhöht.²⁸⁰

Österreich

In Österreich ist die HIV-Epidemie nach wie vor relativ stabil. Es wird offiziell angenommen, dass derzeit etwa 9.000 HIV-infizierte Personen²⁸¹, inklusive Dunkelziffer, in Österreich leben. Täglich kommen etwa ein bis zwei Neuinfektionen dazu. Rund zwei Drittel aller Infektionen betreffen Männer, ein Drittel Frauen. Etwa die Hälfte der Infizierten lebt in Wien.

Trotz verstärkter Anstrengungen durch aktive Präventionstätigkeit, Ersatzdrogenprogramme, Spritzenaustausch, etc. ist in Österreich bei der Zahl der HIV-Neuinfektionen kein Rückgang zu verzeichnen. Die Anzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen stieg in den letzten zehn Jahren von ca. 300 auf 500 pro Jahr an. Im Jahr 2009 wurden 507 Neuinfektionen festgestellt (1999: 339 Fälle; siehe Grafik 4.72 und Tabelle 4.19)²⁸².

Grafik 4.72: Neuerfasste AIDS-Fälle und HIV-Infektionen, Österreich 1985–2009



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, AIDS-Statistik; PUCHHAMMER-STÖCKL (2010). Eigene Darstellung.

²⁷⁸ EuroHIV (2010).

²⁷⁹ PUCHHAMMER-STÖCKL (2007a).

²⁸⁰ EuroHIV (2010).

²⁸¹ Unter Zuhilfenahme aller verfügbaren Daten und Datenquellen: Aktuelle Neuerkrankungen, Patientinnen und Patienten aus HIV-Zentren und niedergelassenen Ärzten.

²⁸² Vgl. auch PUCHHAMMER-STÖCKL (2010).

Tabelle 4.19: Neuerfasste AIDS-Fälle und HIV-Infektionen, Österreich 1985–2009

Jahr	AIDS-Fälle	HIV-Neuinfektionen
1985	29	820
1986	28	753
1987	87	693
1988	109	441
1989	147	431
1990	166	432
1991	201	426
1992	195	515
1993	239	561
1994	172	437
1995	209	407
1996	143	377
1997	104	297
1998	100	313
1999	102	339
2000	91	428
2001	93	398
2002	97	442
2003	53	422
2004	71	470
2005	59	453
2006	64	442
2007	72	515
2008	71	505
2009	59	507

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, AIDS-Statistik; PUCHHAMMER-STÖCKL (2010).

Die Zahl der Neuinfektionen ist in den letzten Jahren stark angestiegen und hat sich seit 2007 vorerst auf hohem Niveau eingependelt. Der Trend weist darüber hinaus in die Richtung, dass die Neuinfektionen bei Heterosexuellen zunehmen; von dieser Tendenz sind **Frauen** stärker betroffen als **Männer**. Bereits 43 Prozent der Neuinfektionen erfolgen über heterosexuelle Kontakte (1998 waren es noch 27 Prozent). Knapp 42 Prozent sind auf homosexuelle Kontakte und etwas über 9 Prozent auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen.²⁸³

Im Jahr 2009 wurden in **Österreich** 59 Fälle von **Neuerkrankungen an AIDS** gemeldet, 9 Personen sind noch im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit gestorben.

Bis Ende 2009 wurden – seit dem Beginn der Registrierung im Jahr 1983 – in Österreich insgesamt 2.780 Erkrankungen an AIDS gemeldet; 1.522 Personen

sind im genannten Zeitraum an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben (60 Prozent aller Erkrankten). Somit gab es Ende 2009 in Österreich 1.258 AIDS-Patientinnen und -Patienten.²⁸⁴ Insbesondere seit dem Jahr 2002 ist bei den Neuerkrankungen ein deutlicher Rückgang in Wien zu verzeichnen (siehe Tabelle 4.20). Die Zunahme an AIDS-Patientinnen und -Patienten insgesamt spiegelt hingegen den Rückgang der Todesfälle aufgrund dieser Erkrankung in den letzten Jahren wider.

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

²⁸³ Aids Hilfe Wien, AIDS Statistik <<http://www.aids.at/index.php?id=15>>.

²⁸⁴ BMG, Österreichische AIDS-Statistik (2010).

Konsumentinnen und Konsumenten von intravenösen Drogen als auch für Frauen generell dar (siehe unten).

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

Wien

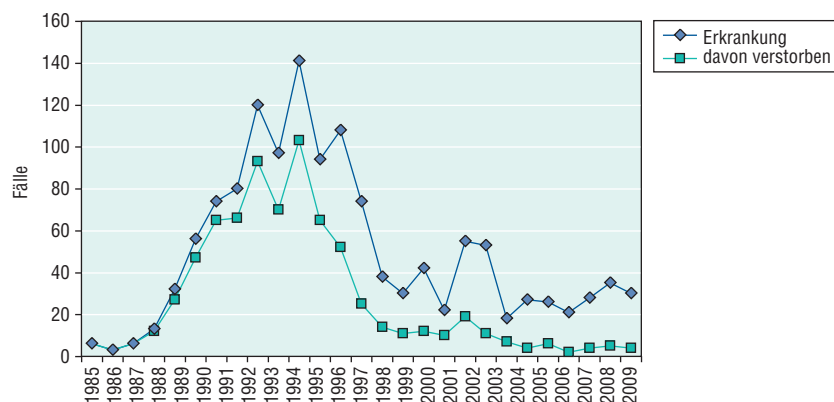
Die vom Bundesministerium für Gesundheit erfassten **HIV-Neuinfektionen** betragen für das Bundesland Wien im Jahr 2009 insgesamt 279 Fälle.²⁸⁵ Auch hier ist jedoch zu bedenken, dass ein großer Teil der Infektionen zum Teil sehr spät diagnostiziert wird

und die tatsächliche Anzahl der Neuinfektionen höher anzusetzen ist.

Von 1983 bis 2009 wurden in Wien insgesamt 1.329 **AIDS-Erkrankte** registriert; mehr als die Hälfte davon (56 Prozent) verstarb im selben Zeitraum an den Folgen dieser Krankheit.²⁸⁶ Dies bedeutet einen deutlichen Rückgang in der Sterbequote: Noch 2002 betrug der Anteil der Todesfälle 63 Prozent aller Erkrankten.

Im Berichtsjahr 2009 wurden in Wien 30 Fälle von Neuerkrankungen an AIDS gemeldet. Von diesen Erkrankten verstarben 4 Personen noch im gleichen Jahr (siehe Tabelle 4.20). Bei den Todesfällen ist in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang erkennbar (siehe Grafik 4.73 und 4.74). Als Ursache dieser Entwicklung kann der Einsatz der Kombinationstherapie angesehen werden, welche sowohl den Ausbruch der Krankheit verzögert als auch die Mortalitätsrate senkt.

Grafik 4.73: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle*, Wien 1983–2009



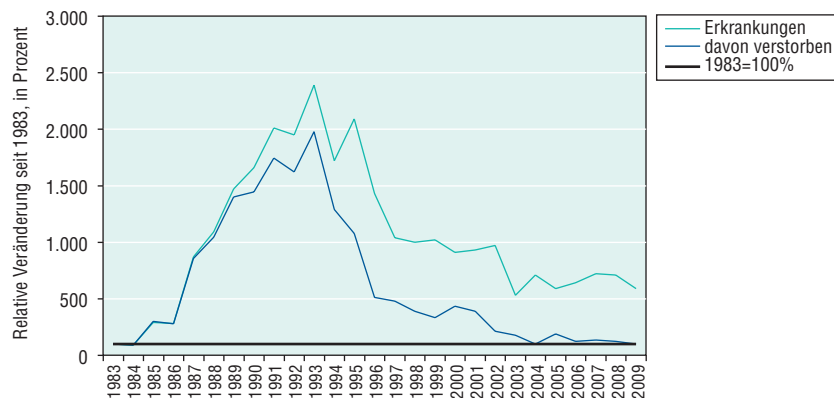
* Verstorbene bezogen auf Jahr der Erkrankung.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1; eigene Darstellung.

²⁸⁵ PUCHHAMMER-STÖCKL (2010).

²⁸⁶ BMG, Österreichische AIDS-Statistik (2010).

Grafik 4.74: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle*, relative Entwicklung seit 1983, Wien



* Verstorbene bezogen auf Jahr der Erkrankung.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1; eigene Darstellung.

Tabelle 4.20: AIDS-Neuerkrankungen und Todesfälle, 1983–2009*

Jahr	Wien		Österreich	
	Erkrankungen	davon verstorben**	Erkrankungen	davon verstorben**
1983	6	6	10	9
1984	3	3	9	8
1985	6	6	29	27
1986	13	12	28	25
1987	32	27	87	77
1988	56	47	109	94
1989	74	65	147	126
1990	80	66	166	130
1991	120	93	201	157
1992	97	70	195	146
1993	141	103	239	178
1994	94	65	172	116
1995	108	52	209	97
1996	74	25	143	46
1997	38	14	104	43
1998	30	11	100	35
1999	42	12	102	30
2000	22	10	91	39
2001	55	19	93	35
2002	53	11	97	19
2003	18	7	53	16
2004	27	4	71	9
2005	26	6	59	17
2006	21	2	64	11
2007	28	4	72	12
2008	35	5	71	11
2009	30	4	59	9
insgesamt	1.329	749	2.780	1.522

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

** Todesfälle sind auf das Jahr der Erkrankung bezogen.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1.

Geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-Neuerkrankungen

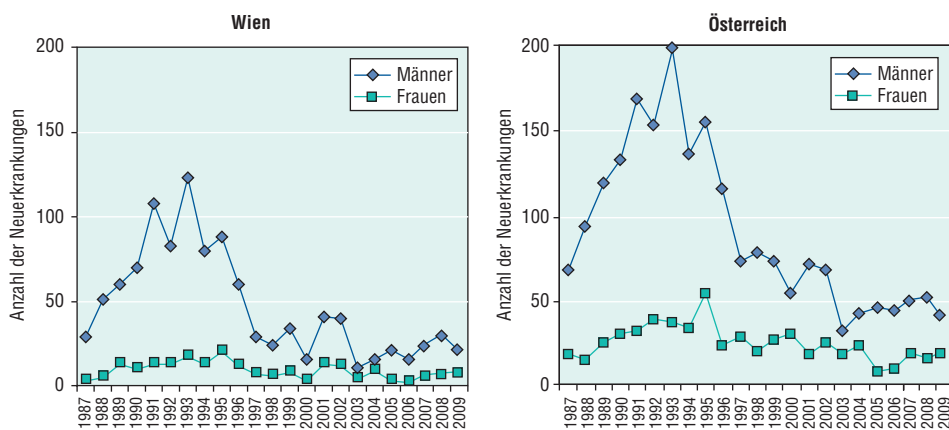
Nach den Spitzenwerten zwischen 1991 und 1995 zeigt sich in Österreich und auch in Wien bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der AIDS-Erkrankungsrate. In Wien wurden im Jahr 2009 30 Neuerkrankungen an AIDS registriert.

Seit 1987 war der Anteil der **Frauen** an den Erkrankten sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich in den Jahren 2005 und 2006 am niedrigsten (2 bis 3 bzw. 9 bis 10 Fälle). 2009 erkrankten in Österreich 16 Frauen an AIDS, davon 8 in Wien. Bei den **Männern** wurden 2009 in Österreich 43 AIDS-Erkrankte registriert,

die Hälfte davon (22 Patienten) in Wien. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass später bekannt gewordene Fälle in der Statistik rückwirkend korrigiert werden und sich die Zahl somit geringfügig ändern kann (siehe Tabelle 4.21 und Grafik 4.75).

Österreichweit sind im Zeitraum 1983 bis 2009 insgesamt 2.194 Männer und 586 Frauen an AIDS erkrankt. Davon entfielen auf das Bundesland Wien 1.114 Männer und 215 Frauen. Im gleichen Zeitraum sind in Österreich 1.234 Männer und 288 Frauen an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit gestorben. Die entsprechenden Zahlen für Wien beziffern sich auf 639 Männer und 110 Frauen.²⁸⁷

Grafik 4.75: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, 1987–2009 (Wien und Österreich)



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1; eigene Darstellung.

²⁸⁷ BMG, Österreichische AIDS-Statistik (2010).

Tabelle 4.21: Neuerkrankungen an AIDS nach Geschlecht, Wien und Österreich 1987–2009*

Jahr	Wien						Österreich					
	insgesamt		Frauen		Männer		insgesamt		Frauen		Männer	
	neu	kumulativ*	neu	kumulativ*	neu	kumulativ*	neu	kumulativ*	neu	kumulativ*	neu	kumulativ*
1987	32	60	3	6	29	54	87	163	18	27	69	136
1988	56	116	5	11	51	105	109	272	15	42	94	230
1989	74	190	13	24	61	166	147	419	25	67	122	352
1990	80	270	10	34	70	236	166	585	30	97	136	488
1991	120	390	13	47	107	343	201	786	32	129	169	657
1992	97	487	13	60	84	427	195	981	39	168	156	813
1993	141	628	17	77	124	551	239	1.220	38	206	201	1.014
1994	94	722	13	90	81	632	172	1.392	35	241	137	1.151
1995	108	830	20	110	88	720	209	1.601	54	295	155	1.306
1996	74	904	12	122	62	782	143	1.744	24	319	119	1.425
1997	38	942	7	129	31	813	104	1.848	29	348	75	1.500
1998	30	972	6	135	24	837	100	1.948	20	368	80	1.580
1999	42	1.014	8	143	34	871	102	2.050	28	396	74	1.654
2000	22	1.036	6	149	16	887	91	2.141	34	430	57	1.711
2001	55	1.091	13	162	42	929	93	2.234	19	449	74	1.785
2002	53	1.144	12	174	41	970	97	2.331	25	474	72	1.857
2003	18	1.162	6	180	12	982	53	2.384	20	494	33	1.890
2004	27	1.189	10	190	17	999	71	2.455	25	519	46	1.936
2005	26	1.215	3	193	23	1.022	59	2.514	9	528	50	1.986
2006	21	1.236	2	195	19	1.041	64	2.578	10	538	54	2.040
2007	28	1.264	5	200	23	1.064	72	2.650	17	555	55	2.095
2008	35	1.299	7	207	28	1.092	71	2.721	15	570	56	2.151
2009	30	1.329	8	215	22	1.114	59	2.780	16	586	43	2.194

* Korrigierte bzw. rückwirkend aktualisierte Werte der Vorjahre.

** Kumulativ seit 1983.

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1.

Wien im Bundesländervergleich

Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass Wien im Berichtsjahr 2009 mit 34 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner die höchste Prävalenz²⁸⁸ aufweist, gefolgt von Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich. Wien steht auch bei der Inzidenz²⁸⁹ mit 1,7 Neuerkrankungen pro 100.000 Ein-

wohnerinnen und Einwohner an erster Stelle (siehe Tabelle 4.22).

Wie ersichtlich, weisen neben Wien insbesondere die Bundesländer Vorarlberg und Oberösterreich hohe Prävalenzwerte auf. Hingegen haben Kärnten, das Burgenland, Niederösterreich und die Steiermark die günstigsten diesbezüglichen Werte aufzuweisen.

²⁸⁸ Prävalenz: Gesamtzahl der Erkrankungen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zu einem bestimmten Zeitpunkt (siehe auch Glossar). Hier: Alle registrierten Fälle seit 1983 bis Ende 2009, ausgenommen Verstorbene.

²⁸⁹ Inzidenz: Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem bestimmten Jahr (siehe auch Glossar).

Tabelle 4.22: AIDS-Erkrankungen in Wien und anderen Bundesländern 2009 (absolut und pro 100.000 EinwohnerInnen)

Bundesland	Erkrankungen absolut					
	Neuerkrankungen Jänner 2009 - Dezember 2009			Gesamtzahl der Erkrankungen kumulativ seit 1983		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	8	22	30	215	1114	1.329
Niederösterreich	0	7	7	26	148	174
Oberösterreich	4	6	10	154	311	465
Steiermark	1	0	1	37	147	184
Burgenland	1	0	1	7	26	33
Kärnten	0	0	0	8	64	72
Salzburg	1	3	4	21	99	120
Tirol	1	3	4	80	199	279
Vorarlberg	0	2	2	38	86	124
Österreich	16	43	59	586	2.194	2.780

Bundesland	Erkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen					
	Inzidenz - Neuerkrankungen auf 100.000 EW zwischen Jänner 2009 - Dezember 2009			Prävalenz - Gesamtzahl der Erkrankungen, ausge- nommen Verstorbene, bis einschließlich 2009 auf 100.000 EW		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Wien	0,91	2,72	1,77	11,90	58,66	34,28
Niederösterreich	0,00	0,89	0,44	2,32	10,42	6,29
Oberösterreich	0,56	0,87	0,71	9,89	20,20	14,95
Steiermark	0,16	0,00	0,08	2,59	8,65	5,55
Burgenland	0,69	0,00	0,35	2,76	9,38	6,00
Kärnten	0,00	0,00	0,00	2,08	8,84	5,36
Salzburg	0,37	1,17	0,76	3,67	20,23	11,71
Tirol	0,28	0,87	0,57	12,22	25,24	18,59
Vorarlberg	0,00	1,10	0,54	12,32	19,86	16,03
Österreich	0,37	1,06	0,71	6,95	23,57	15,04

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung III/A/1; Bevölkerungszahlen von 2009, STATISTIK AUSTRIA.

Ergebnisse der Bordernet-Erhebung der Aids Hilfe Wien²⁹⁰

Der Bericht der 2006 von der Aids Hilfe Wien in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut in Berlin durchgeführten Bordernet Erhebung mit der Zielgruppe von an HIV oder einer Geschlechtskrankheit (Syphilis, Chlamydia, Gonorrhoe) infizierten Personen in verschiedenen Regionen der Europäischen Union zeigt für Wien folgende Ergebnisse:

Homo-/bisexuelle Männer bzw. **MSM** („Men who have Sex with Men“) sind seit dem Auftreten von

HIV/AIDS die wichtigste Hauptbetroffenengruppe. Um die Präventionserfordernisse der Zukunft besser bewältigen zu können (Stichwort: „evidence based“), hat die Aids Hilfe Wien 2006 den Bordernet-Survey (Erhebungszeitraum Frühjahr 2006) und 2007 in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum des Robert Koch-Instituts in Berlin eine weitere Erhebung durchgeführt.

An diesem Bordernet-Survey, bestehend aus einem standardisierten Fragebogen, der an MSM in Wiener Schwulen-Bars verteilt und von diesen vor Ort anonym ausgefüllt wurde, haben sich 136 Männer betei-

²⁹⁰ Die Ergebnisse wurden freundlicherweise von Herrn Mag. Frank AMORT, Aids Hilfe Wien, zur Verfügung gestellt.

ligt. Jeweils etwas mehr als ein Drittel fiel in eine der beiden Bildungsgruppen „Lehre, Berufsausbildung“ (36 Prozent) einerseits oder „Fachhochschule, Universität“ (35 Prozent) andererseits.²⁹¹ Etwas mehr als ein Fünftel (22 Prozent) entfiel auf Personen mit Maturaabschluss. Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse dieser Erhebung vorgestellt.

Sex-Verhalten: 83 Prozent der Befragten haben nur mit Männern Sex, 13 Prozent primär mit Männern, aber auch mit Frauen, und 4 Prozent gleich viel mit Frauen und Männern.

Wissenseinschätzung: 95 Prozent der Männer geben an, dass sie sehr viel oder viel über HIV/AIDS wissen; nur 5 Prozent meinen, dass sie nicht so viel darüber wissen. Diese Selbsteinschätzung ist auch ident mit zentralen Wissensfragen der Erhebung, etwa zur HIV-Therapie (behandelbar aber nicht heilbar). Demnach machen nur knapp 4 Prozent der Männer falsche Angaben, das heißt sie sind entweder zu optimistisch in Hinblick auf „heilbar“ oder sie sind sich diesbezüglich unsicher.

Bei diesem Ergebnis wird das Problem deutlich, dass sich die Präventionsarbeit an eine Gruppe richtet, die sich sehr informiert fühlt bzw. bereits sehr informiert ist.

Angst vor HIV: Zwei Drittel der befragten Männer haben Angst (45 Prozent) oder sogar sehr große Angst (31 Prozent), sich mit HIV zu infizieren.

HIV Test: Über 90 Prozent der MSM gibt an, bereits einmal oder öfters auf HIV getestet worden zu sein. Diese Tests erfolgten in schwulen Schwerpunktpraxen (20 Prozent) oder bei der Aids Hilfe (18,5 Prozent) und in privaten Labors (17 Prozent), gefolgt von weiteren Einrichtungen/Anbietern.

Verwendung von Kondomen: 60 Prozent der Befragten geben an, immer ein Kondom zu verwenden.

Mutter-Kind-Pass Neu

Mit 1. Jänner 2010 wurde das Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes ausgeweitet.

Während einer Schwangerschaft kann eine bestehende HIV-Infektion der Schwangeren auf das ungeborene Kind übertragen werden. Bleibt die Infektion in der Schwangerschaft unerkannt, besteht ein bis zu 40-prozentiges Risiko der Übertragung auf das Kind während Schwangerschaft und Geburt. Durch spezifische Behandlung und Wahl eines geeigneten Geburtsmodus kann dieses Übertragungsrisiko auf unter 2 Prozent reduziert werden. Deshalb wird ein **HIV-Test** im Rahmen der ersten Laboruntersuchung bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt.

Streetwork

1994 wurde Streetwork in Wien in der Szene der Prostituierten durch diplomierte Sozialarbeiterinnen (DSA) des STD-Ambulatoriums²⁹² der MA 15 erstmals in Österreich eingeführt. Während der Kontakt mit den Klientinnen und Klienten im STD-Ambulatorium durch die Organisationsstruktur und den gesetzlichen Auftrag vorgegeben ist, ist die Arbeit im Streetwork in der Szene der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter lebensweltorientiert, durch das Aufsuchen und aktive Zugehen auf die jeweiligen Personengruppen gekennzeichnet. Klientinnen und Klienten werden in ihrer vertrauten Umgebung aufgesucht. Trotzdem bleibt der gesetzliche Auftrag für die DSA zu beachten.

²⁹¹ Der Anteil der Akademikerinnen und Akademiker ist wie immer in diesen Studien überrepräsentiert, aber es konnte durch die Auswahl unterschiedlicher Settings eine bessere Mischung erreicht werden, als dies sonst oft der Fall ist (AMORT).

²⁹² STD: Sexually Transmitted Diseases.

Die zentralen Elemente von Streetwork in der Szene sind hauptsächlich:

- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zur Zielgruppe vor Ort
- Wirken im Sinne von harm reduction
- Information über rechtliche (fremdenrechtliche) Belange
- Bekanntmachen sozialer Einrichtungen bzw. Angebote

und

- Gesundheitsförderung bzw. Ausbau der Gesundheitsschutzfaktoren:
Safer-Sex-Beratungsgespräche mit Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern und/oder potenziellen Kundinnen und Kunden beinhalten ausführliche Information über HIV-Prävention und über Geschlechtskrankheiten bzw. sexuell übertragbare Krankheiten.
- Hinweis auf das **Untersuchungsangebot** im STD-Ambulatorium der MA 15, wo sich alle Personen auf HIV testen lassen können.

4.5.3.1 Die HIV-Infektion – Der Weg von der tödlichen zur chronischen Erkrankung

Prim. Dr. Norbert VETTER

Dr. Piotr CICHON

Dr. Christian ZAGLER

II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals

1981 wurde erstmals im „Weekly morbidity and mortality report“ in den USA und kurz darauf im New England Journal of Medicine (NEJM) über eine bisher unbekannte Erkrankung berichtet, die einige Jahre später als **AIDS**²⁹³ in die Medizin eingehen sollte. Den Auslöser dieser Erkrankung, das HI-Virus²⁹⁴, entdeckte 1983 ein französisches Forscherteam unter der Leitung von Françoise Barré-Sinoussi und Luc Montagnier. Beide erhielten für diese Entdeckung 2008 den Nobelpreis für Medizin. Infektionserkrankungen lassen sich nicht durch nationale Grenzen aufhalten und so erreichte das HI-Virus und mit ihm **AIDS 1983 Österreich**.

Mittlerweile befinden wir uns am Ende des dritten Jahrzehntes von HIV und AIDS. Weltweit sind seit Beginn der Epidemie 25 Millionen Menschen an AIDS verstorben, in Österreich mehr als 1.500. **Geschätzte 9.000 Menschen** sind derzeit in **Österreich** mit dem HI-Virus infiziert. Die Wiener Spitäler bieten mit den eigens eingerichteten Spezialambulanzen uneingeschränkte Behandlung und Unterstützung für HIV-infizierte Menschen an.

Ohne Übertreibung kann behauptet werden, dass HIV und AIDS die Welt verändert haben, zuletzt auch in Wien nachvollziehbar, im Rahmen der 18. Welt-AIDS-Konferenz. Nach den Forschungserkenntnissen und gesellschaftspolitischen Veränderungen von mehr als einem Vierteljahrhundert ist nun der Zeitpunkt für einen Paradigmenwechsel gekommen. 2010 HIV-infiziert zu sein heißt nicht mehr an AIDS sterben zu müssen. Mit der regelmäßigen Einnahme einer HIV-Therapie wird die Infektion zu einer **chronischen Erkrankung**, vergleichbar mit einer Erkrankung wie Diabetes mellitus.

HIV-Therapien – Neue Substanzen sichern das Überleben Langzeitinfizierter

1987 wurde in Windeseile das erste Medikament zur Behandlung des HI-Virus zugelassen. **Zidovudin** wurde als **Monotherapie** eingesetzt und brachte für AIDS-Kranke eine durchschnittliche zusätzliche Überlebenszeit von sechs Monaten. Trotz dieser recht bescheidenen sechs Monate, waren diese sechs Monate für viele Infizierte gerade jene Zeit, die sie brauchten um zu überleben, bis die nächste **antiretrovirale Substanz** auf den Markt kam. Einige von ihnen leben bis heute und haben bereits 20 Jahre HIV-Infektion überlebt.

Das Jahr **1996** markiert einen **Wendepunkt** in der HIV-Medizin. Im Rahmen der **11. Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver**, Kanada, wurden erste Studienergebnisse über die Wirksamkeit von Kombinationstherapien zur Bekämpfung des Virus präsentiert. Erstmals konnte bewiesen werden, dass das HI-Virus und somit der Ausbruch von AIDS durch die gleichzeitige Gabe von drei antiretroviralen Substanzen aus zwei Substanzgruppen gestoppt werden kann. Dieses Therapieprinzip der Hochaktiven AntiRetroviralen Therapie (HAART) gilt bis heute. Die regelmäßige Einnahme der **Dreifachkombination** macht die HIV-Infektion zu einer chronischen Erkrankung.

2010 stehen uns über 20 antiretrovirale Substanzen aus fünf Substanzgruppen zur Behandlung HIV Infizierter zur Verfügung. Die Therapiekosten werden von den österreichischen Krankenversicherungsanstalten übernommen. Zusätzlich zu den bereits länger in Verwendung stehenden Substanzgruppen, den **Nukleotide Reverse Transkriptase-Hemmern (NRTI)**, den **Nicht-Nukleotide Reverse Transkriptase-Hemmern (NNRTI)** und den **Proteasehemmern (PI)** wurden in den letzten Jahren **Entry-Inhibitoren**

²⁹³ AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome.

²⁹⁴ Human Immunodeficiency Virus.

und ein **Integrase-Inhibitor** zugelassen. Zusätzlich stehen neue, potente Substanzen aus dem PI- und NNRTI-Bereich zur Verfügung und eine erste Kombinationstablette, welche drei Wirkstoffe enthält und eine **Behandlung mit einer Tablette** einmal täglich möglich macht.

Wie bei jeder chronischen Erkrankung, die medikamentös behandelt wird, ist die **Therapietreue** der Patientinnen und Patienten ein besonders wichtiger Faktor. Bei unregelmäßiger Einnahme der Medikation kann es zur Resistenzbildung gegen Teile der HAART²⁹⁵ kommen und als Folge zum Therapieversagen. In diesen Fällen muss nach durchgeführter Resistenzbestimmung eine Therapiemodifikation durchgeführt werden. Nach Therapieversagen durch unregelmäßige Einnahme oder bei Langzeitinfizierten mit komplexen Resistenzlagen – noch aus Zeiten der HIV-Monotherapien und nicht wegen mangelnder Therapietreue – können neue Substanzen eingesetzt werden.

Der Integrasehemmer Raltegravir – Hemmung der Virusvermehrung

Die Integrase ist, neben der Protease und der reversen Transkriptase, eines der drei Schlüsselenzyme (Beschleuniger) der HIV-Vermehrung. Durch die **Blockade** eben dieser und mit Unterstützung von zwei zusätzlichen z. B. NRTIs kann die Virusvermehrung beeindruckend schnell und effektiv gehemmt werden.

Der Korezeptor-Antagonist Maraviroc

Mitte der 1990er Jahre wurden zwei Rezeptoren, CCR5 und CXCR4, als zusätzliche Andockstellen (=Korezeptoren) des eintretenden HI-Virus in die CD4+ Zellen²⁹⁶ identifiziert. HI-Viren benutzen zu meist einen der beiden Korezeptoren für den Eintritt in die Zielzelle. Kann Maraviroc eingesetzt werden, so ist auch hier der Abfall der Viruslast beeindruckend.

2009 wurde ein interessantes Fallbeispiel im NEJM publiziert (HÜTTER et al), welcher die Korezeptorbedeutung darstellt. HIV-positive Patientinnen und Patienten, die an einer akuten myeloischen Leukämie

erkrankt waren, wurden allogene Stammzelltransplantiert. Infolge blieb die Patientin bzw. der Patient ohne HAART für 20 Monate unter der Virusnachweisgrenze. Grund dafür war, dass der Stammzellspender einen CCR5-Gendefekt aufwies, welcher ihn vor dem Krankheitsfortschritt schützte. Dieser Fall demonstriert die wichtige Rolle der Korezeptoren.

Therapiepausen werden nach der Veröffentlichung der „Mutter aller HIV Studien“, der SMART Studie im NEJM 2006 **nicht mehr empfohlen**. In dieser zweiarmligen Studie wurden 5.472 HIV-Infizierte in 53 Ländern eingeschlossen. In einem Arm wurden die Probandinnen und Probanden durchgehend antiretroviral behandelt im zweiten Arm wurde ab 250 CD4+ Zellen behandelt und ab Erreichen von 350 CD4+ Zellen wurde die HIV-Therapie wieder unterbrochen („on-off“ Arm). 2006 wurde diese Studie vorzeitig beendet, da es im „on-off“-Arm ungefähr doppelt so viele AIDS-definierende Erkrankungen gab als im Vergleichsarm. Zusätzlich wurde beobachtet, dass auch kardiovaskuläre Ereignisse im „on-off“-Arm signifikant häufiger auftraten.

Als große Herausforderungen für Patientinnen und Patienten und das betreuende medizinische Personal gilt es Therapieebenenwirkungen zu minimieren und die Therapietreue zu erhalten. Nicht jede bzw. nicht jeder HIV-Infizierte ist sofort therapiepflichtig und schon gar nicht sterbenskrank. Den Betroffenen im Rahmen des Erstgespräches verständlich zu machen, dass sie oder er an einer chronischen Erkrankung leidet, ist besonders wichtig.

Wann eine HIV-Therapie begonnen werden soll, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Dem Immunsystem (im speziellen die Anzahl der CD4+ Lymphozyten – je höher die Anzahl der CD4+ Zellen, desto stärker das Immunsystem), der Menge des HI-Virus im Blut, den Komorbiditäten und dem Vorliegen von AIDS definierenden Erkrankungen. Die HIV-Infektion ist in **drei Stadien** geteilt. Die akute Phase dauert bis zu 12 Wochen nach dem Erregereintritt an. In dieser Zeit kommt es zu einer enormen Virusvermehrung, grippeähnlicher Symptomatik und zu einer ersten schweren Beeinträchtigung des Immunsystems.

²⁹⁵ Hoch Aktive Anti Retrovirale Therapie.

²⁹⁶ CD4-Wert: absolute Zahl der CD4-Lymphozyten (spezielle Immunzellen, die für das Immunsystem sehr wichtig sind und vom HI-Virus während der Infektion angegriffen werden; sie werden als Immunparameter zur Bestimmung des Immunstatus verwendet).

In den meisten Fällen ist diese Krankheitsphase selbstlimitierend, da das körpereigene Immunsystem stark genug ist. Aus infektiologischer und epidemiologischer Sicht ist dies der Zeitpunkt der höchsten Infektiosität der Betroffenen. Der akuten Phase folgt eine Latenzphase, in welcher das Immunsystem das Virus mehr oder weniger kontrolliert. Stetig kommt es zu einem Abfall der CD4+ Lymphozyten und das Virus vermehrt sich, jedoch nicht mehr in dem Ausmaß der ersten 12 Wochen post infectionem. Ist das Immunsystem nun so geschwächt, dass keine ausreichende CD4-Zellzahl mehr vorliegt, so können jederzeit AIDS definierende Erkrankungen wie eine Pneumocystis jiroveci Pneumonie (PcP), Tuberkulose, ein Kaposi-Sarkom, eine CMV-Retinitis, zerebrale Toxoplasmose u. v. m. auftreten.²⁹⁷ In dieser Phase ist die Sterberate unter den Betroffenen am höchsten.

Die Therapietreue über Jahrzehnte zu erhalten, um wie die schon erwähnte Resistenzbildung zu verhindern, stellt alle Beteiligten vor eine große Herausforderung. In der **Immunambulanz des Otto-Wagner-Spitals** wurde die Stelle einer Adhärenz-Pflegefachkraft geschaffen. Diese schult die Patientinnen und Patienten im Umgang mit der Medikation. Die Abstimmung der Therapie auf das soziale und berufliche Umfeld sowie die Erstellung von Therapiepässen mit Abbildungen der Medikamente sind nur einige Teilbereiche dieser Arbeit. Der Erfolg einer HIV- Therapie wird am Verlauf der CD4+ Lymphozyten und an der vollen Unterdrückung des HI-Virus im Blut („undetectable“) gemessen. Seit Beginn des Projektes „Adhärenzschwester“ ist ein bemerkenswerter Anstieg der Therapietreue der Patientinnen und Patienten zu beobachten.

Zusätzliche Vorteile bringen die immer besseren Nebenwirkungsprofile der antiretroviralen Medikamente, die Vereinfachung der Einnahme und die Reduktion der Pillenzahl. 2010 müssen HIV- Therapien ein- bis maximal zweimal täglich eingenommen werden.

HIV entdecken mit dem Schnelltest

Immer öfter werden in Österreich HIV-infizierte Patientinnen und Patienten erst im Stadium AIDS erstdiagnostiziert. Dies ist in erster Linie eine große Gefahr für die Betroffenen, aufgrund der höheren Ster-

berate im Stadium AIDS, in zweiter Linie ist die Betreuung der so genannten „late presenter“ sehr kostenintensiv. 2009 lag bei 25 Prozent der Erstdiagnosen die CD4-Zellzahl unter 200/mikroL. Hier ist der Ausbruch AIDS definierender Erkrankungen jederzeit möglich. Mehr als 45 Prozent der Erstdiagnosen hatten eine CD4-Zellzahl von unter 350mikroL und waren damit bereits therapiepflichtig. Gerade deshalb ist es wichtig die HIV-Testung niederschwellig, einfach und schnell anzubieten, um die Diagnose HIV früh stellen zu können.

Dazu eignet sich der **HIV-Streifentest**, der seit 2008 im medizinischen Setting in Österreich zugelassen ist. Der HIV-Antigen/Antikörper-Streifentests ist genauso **verlässlich**, wie die im Labor verwendeten HIV-Antigen/Antikörper-ELISA-Tests. Die Unterschiede sind die einfache Durchführung mit einem **Blutstropfen aus der Fingerbeere** (50 Mikroliter) und die **kurze Dauer bis zum Ablesen** des Ergebnisses (maximal 30 Minuten). Zu beachten ist, dass jeder positive HIV Antigen/Antikörper Test durch einen Western-Blot-Test²⁹⁸ bestätigt werden muss. Erst wenn der Bestätigungstest positiv ausfällt, gilt die HIV-Infektion als gesichert. Danach muss eine zweite Blutabnahme und nochmalige HIV-Testung zum Ausschluss jeglicher Fehlerquellen erfolgen. Generell wird die HIV-Schnelltestung gut angenommen und ist ein zusätzlicher Faktor in der Präventionsarbeit. Jeder muss seinen HIV-Status kennen, nur dann können er oder sie adäquat reagieren, die Entwicklung AIDS definierender Erkrankungen aufgehalten und die Zahl der Neuinfektionen reduziert werden.

Kontakt mit HIV – Prophylaxe schützt vor Infektion

Was kann getan werden, um einen dauerhaften Eintritt des HI-Virus in die Blutbahn zu verhindern? In der Immunambulanz des Otto-Wagner-Spitals werden pro Jahr einige hundert berufliche und nicht-berufliche Kontakte mit infektiösem Material versorgt. Im Bereich von HIV steht die **HIV-Postexpositionsprophylaxe** zur Verfügung (HIVPEP). Das ist nichts anderes als eine vierwöchige HIV-Therapie (Tenofovir/Emtricitabine/Lopinavir/Ritonavir), welche das Festsetzen des HI-Virus im Körper verhindern soll. Wichtig hierfür ist in erster Linie der Zeitfaktor. Je

²⁹⁷ Zu den Begriffen Pneumocystis jiroveci Pneumonie, Kaposi-Sarkom, CMV Retinitis, zerebrale Toxoplasmose siehe Glossar.

²⁹⁸ Verfahren zum Nachweis bestimmter Proteine oder Antikörper.

schneller nach Kontakt mit infektiösem Material die HIVPEP eingeleitet wird, desto höher sind die Chancen eine Infektion zu verhindern. Sinnvoll ist die HIVPEP-Gabe bis maximal 72 Stunden nach Exposition, danach ist kein Nutzen mehr zu erwarten. 2002 konnte im Otto-Wagner-Spital mit einer erweiterten HIVPEP sogar eine Infektion eines jungen Mannes verhindert werden, welcher sich vier Milliliter HIV-infiziertes Blut eines Freundes intravenös verabreicht hatte.

HIV-infiziert und trotzdem schwanger werden?

HIV-positive, schwangere Frauen gab es zu jeder Zeit der Epidemie. Lag die Übertragungsrate von Mutter zu Kind bei anfänglich 25 Prozent, so kann nach Behandlung HIV-positiver Mütter mit einer wirksamen, antiretroviralen Therapie nach Ende des ersten Trimenons die Transmissionsrate auf unter ein Prozent gesenkt werden. In Wien betreuen die gynäkologischen Abteilungen des Wilhelminenspitals und des Allgemeinen Krankenhauses gemeinsam mit den HIV-Zentren HIV-positive, schwangere Frauen. Wurde bisher, sofern durchführbar eine Sectio empfohlen, so kann der Vorteil dieser „Schutzmaßnahme“ laut aktueller Studienlage nicht mehr bewiesen werden. Bei vollständiger Virusunterdrückung der Mutter peripartal, gilt das Übertragungsrisiko bei einer Spontangeburt nicht mehr als erhöht.

„Licence to love“ heißt das Projekt von Schweizer Kolleginnen und Kollegen aus St. Gallen, das vor einigen Jahren etabliert wurde. Durch die gutwirksamen antiretroviralen Therapien erhöhte sich die Lebenserwartung HIV-Infizierter. Liegen keine wesentlichen zusätzlichen Erkrankungen vor, so ist die Lebenserwartung nahezu ident der von HIV-negativen Menschen. Somit ändert sich auch die Lebensplanung und Familienplanung. Das „Licence to love“-Projekt befasste sich erstmals mit folgender Konstellation: HIV-negative Frau, HIV-positiver Mann und Kinderzeugung mittels ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Die **International AIDS-Society (IAS)** hatte zu 4. IAS Conference on Pathogenesis, Treatment and Prevention im Jahr 2007 eine Arbeit über 22 Paare mit Kinderwunsch, die einen unterschiedlichen HIV-Status ha-

ben, vorgestellt. Die Frauen erhielten zweimalig PräExpositionsprophylaxen (PrEP) mit Tenofovir. Nach drei Versuchen waren bereits mehr als 50 Prozent der Frauen schwanger, nach maximal zehn Versuchen 15 der 21 Teilnehmenden. Alle Frauen waren drei Monate nach der Exposition HIV-negativ getestet worden. Für die HIV-positiven Partner galt Folgendes:

1. Die antiretrovirale Therapie musste regelmäßig eingenommen und kontrolliert werden.
2. Die HI-Viruslast musste mindestens sechs Monate unter der Nachweisbarkeitsgrenze liegen.
3. Es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern, auch Ausschluss asymptomatischer Erreger. Alle Beteiligten wurden ausführlich über Risiken aufgeklärt.

2008 wurde schließlich das weltberühmte und viel diskutierte Papier der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen mit dem Titel „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD²⁹⁹ sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie nicht infektiös“³⁰⁰ publiziert. Seither gilt mehr denn je: HIV-Therapie ist Prävention.

2007 stieg die Anzahl der Neuinfektionen in Österreich erstmals seit 1993 wieder auf über 500 pro Jahr an. Eine Erkenntnis, die daraus resultiert, ist, dass **wieder mehr ungeschützter Geschlechtsverkehr** praktiziert wird. Aus zahlreichen Publikationen weiß man nun, dass das Infektionsrisiko in Zusammenhang mit der Anzahl der Viruslast der infizierten Person steht. Je mehr der bestehenden HIV-Infektionen diagnostiziert und behandelt werden, desto weniger wird das Virus weitergegeben.

Die beste Prävention gegen HIV/AIDS ist nach wie vor das Kondom.

Statistik der HIV/AIDS-Epidemiologie aus der Immunambulanz des Sozialmedizinischen Zentrums / Otto-Wagner-Spitals (OWS)

Zwischen 1982 und 2009 wurden insgesamt 2.673 HIV-infizierte Personen im OWS betreut. 1.197 Personen (45 Prozent) davon waren AIDS-krank.

Mehr als die Hälfte der AIDS-Kranken (57 Prozent) ist gestorben. Etwas mehr als ein Viertel der lebenden

²⁹⁹ Sexually Transmitted Diseases.

³⁰⁰ VERNAZZA et al. (2008).

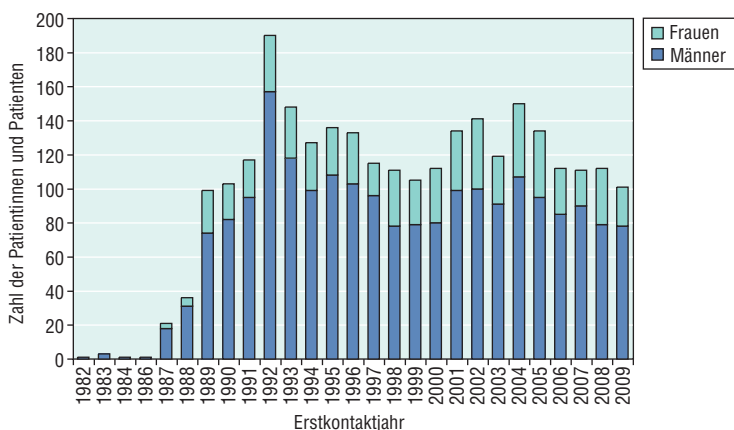
Patientinnen und Patienten (29 Prozent) ist AIDS-krank. Da die Todesraten seit Jahren stark gesunken sind, wird eine kontinuierlich wachsende Gruppe der HIV-Infizierten betreut: Etwa 850 Patientinnen und Patienten im letzten Jahr.

Die Geschichte der HIV-Betreuung im Otto-Wagner-Spital geht auf die frühen 1980er Jahre zurück: Kurz nachdem AIDS als eine neue „Seuche“ für weltweite Sensation gesorgt hat, sind die ersten Patientinnen und Patienten mit Anzeichen eines Immundefizits in das Zentrum gekommen. Damals war ein HIV-

Test noch nicht möglich und die Diagnose wurde anhand klinischer Symptomatik und immunologischer Untersuchungen gestellt.

Ein starkes Aufkommen an HIV-infizierten Patientinnen und Patienten ist erst Ende der 1980er Jahre zu verzeichnen, mit dem Gipfel in den Jahren 1992–1993. Danach folgt ein Rückgang der Neuvorstellungen – zuletzt etwa 110 neue Patientinnen und Patienten pro Jahr. Männliche Patienten waren immer in der Überzahl: Seit Jahren sind ca. 75 Prozent der HIV-Infizierten männlich (Siehe Grafik 4.76).

Grafik 4.76: Erstkontakte nach Geschlecht



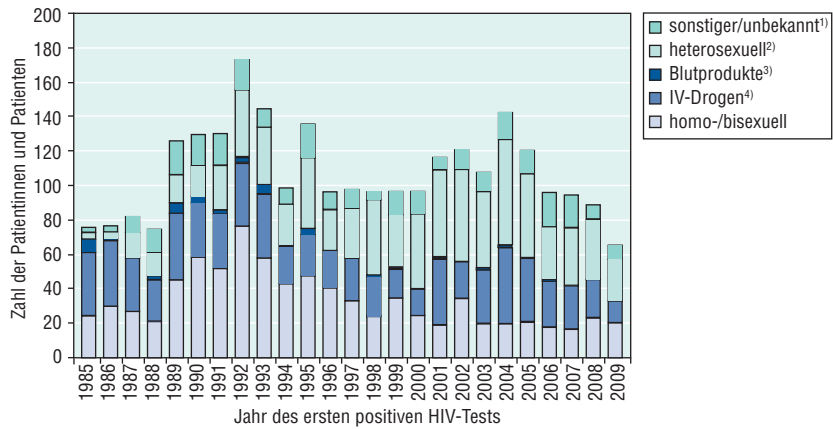
Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Da die Patientinnen und Patienten nicht selten erst länger nach dem ersten positiven HIV-Test ins Spital zur Erstvorstellung kommen, unterscheiden sich die Zahlen der neuen HIV-Diagnosen von den Zahlen der Erstkontakte, obwohl beide Kurven parallel verlaufen. Das Patientinnen- und Patientenkollektiv spiegelt die Entwicklung der HIV-Epidemie in Österreich wider (Siehe Grafik 4.75): Der Ausbruch Anfang der 1980er Jahre hat sein Maximum Anfang der 1990er Jahre erreicht, gefolgt von einem Rückgang und einer Trendstabilisierung seit Mitte der 1990er Jahre sowie

einem temporären Wiederanstieg Anfang der 2000er Jahre.

Die kleineren Zahlen der HIV-Neudiagnosen in den letzten Jahren sind durch eine Verzögerung zwischen dem positiven HIV-Test und der ersten Vorstellung beim HIV-Zentrum zu erklären: Etliche Patientinnen und Patienten, die vor kurzem als „positiv“ getestet wurden, werden sich im Zentrum des OWS erst in Zukunft vorstellen.

Grafik 4.77: Neue HIV-Diagnose nach Übertragungsweg



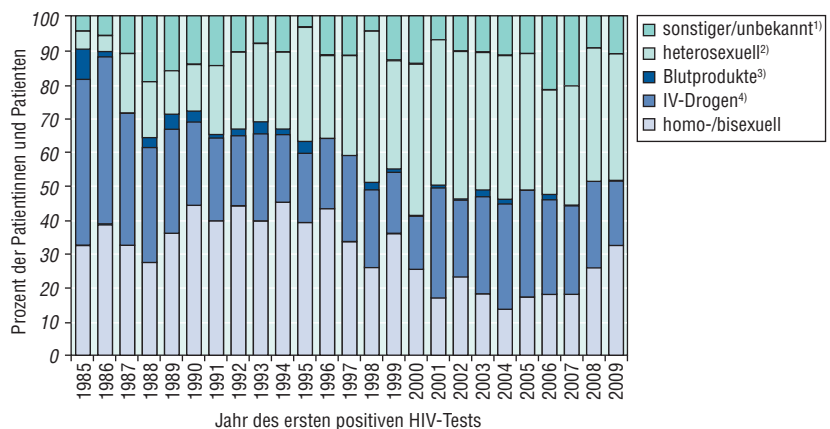
- 1) Sonst./unbek.: Personen mit sonstigem/unbekanntem HIV-Übertragungsweg.
- 2) Heterosexuell: Personen, die durch heterosexuelle Kontakte angesteckt wurden.
- 3) Blutprodukte: Personen, die durch Blutprodukte angesteckt wurden.
- 4) IV-Drogen: Personen, die Drogen intravenös einnehmen.

Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Der häufigste Übertragungsweg des HIV im Gesamtkollektiv des Spitals war ein gleichgeschlechtlicher Sexualkontakt (31 Prozent), gefolgt vom heterosexuellen Kontakt und intravenösem Drogenmissbrauch

(29 und 27 Prozent) – siehe Grafik 4.78. Infektionen durch Blutprodukte haben eine marginale Bedeutung.

Grafik 4.78: Anteil der „Risikogruppen“ an neuen HIV-Infektionen



- 1) Sonst./unbek.: Personen mit sonstigem/unbekanntem HIV-Übertragungsweg.
- 2) Heterosexuell: Personen, die durch heterosexuelle Kontakte angesteckt wurden.
- 3) Blutprodukte: Personen, die durch Blutprodukte angesteckt wurden.
- 4) IV-Drogen: Personen, die Drogen intravenös einnehmen.

Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Die Entwicklung der Epidemie in den verschiedenen „Risikogruppen“ hat sich mit der Zeit geändert.

Am Anfang waren riskante Sexualpraktiken unter den homo-/bisexuellen Männern sowie Risikoverhal-



ten unter den Drogenabhängigen für die meisten HIV-Infektionen verantwortlich. Ab Ende der 1990er Jahre ist jedoch die Übertragung durch heterosexuelle Kontakte der häufigste Infektionsweg. Die Übertragung unter Drogenabhängigen hat stark an Bedeutung verloren. Nach einem Rückgang der Neuinfektionen unter homo-/bisexuellen Männern in den 1990er Jahren ist am OWS wieder ein leichter Anstieg in dieser Patientengruppe zu beobachten.

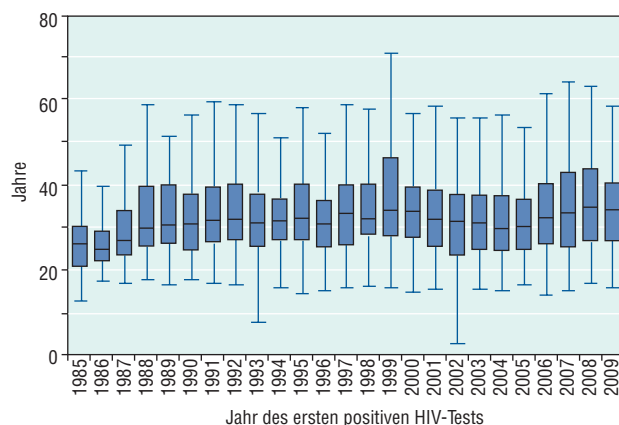
Bei einem gewissen Anteil der Neuinfizierten bzw. neuen Patientinnen und Patienten (ca. 10 Prozent) lässt sich der Übertragungsweg nicht genauer eruieren: Viele der Befragten wollen kein riskantes Verhalten zugeben, andere kommen in einem sehr schlech-

ten Zustand, sodass eine genaue Anamnese nicht mehr möglich ist.

Die betroffenen Patientinnen und Patienten haben sich im jungen mittleren Alter mit HIV angesteckt: ca. die Hälfte war beim ersten positiven HIV-Test 26 bis 40 Jahre alt (medianes Alter im Gesamtkollektiv: 32 Jahre). Nur jeweils ca. 5 Prozent waren bei der HIV-Diagnose jünger als 20 Jahre und älter als 55 Jahre (siehe Grafik 4.79).

Das Alter bei der HIV-Diagnose ist leicht angestiegen: in den letzten 3 Jahren waren die Patientinnen und Patienten beim ersten positiven HIV-Test etwa 34 Jahre alt.

Grafik 4.79: Alter bei der HIV-Diagnose nach dem Jahr des 1. positiven HIV-Tests

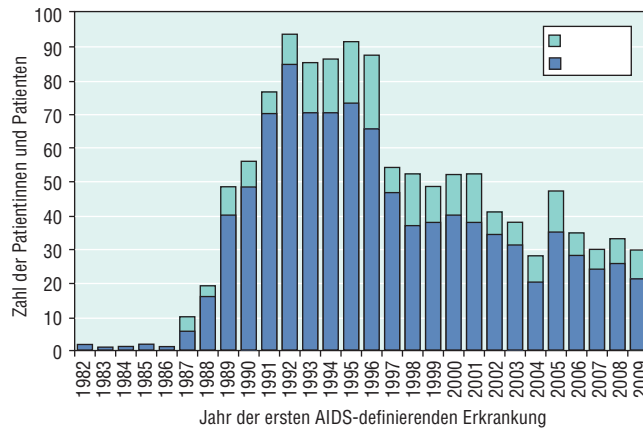


Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Ende der 1980er Jahre sind die AIDS-Zahlen rasch angestiegen und haben in der ersten Hälfte der 1990er Jahre den Gipfel erreicht (siehe Grafik 4.80). **In den letzten Jahren sind etwa 30 neue AIDS-Fälle**

pro Jahr zu verzeichnen. Der Frauenanteil unter der Gruppe der AIDS-Kranken ist von ca. 15 Prozent (Ende der 1980er Jahre) auf ca. 25 Prozent in den letzten Jahren angestiegen.

Grafik 4.80: Neue AIDS-Fälle nach Geschlecht

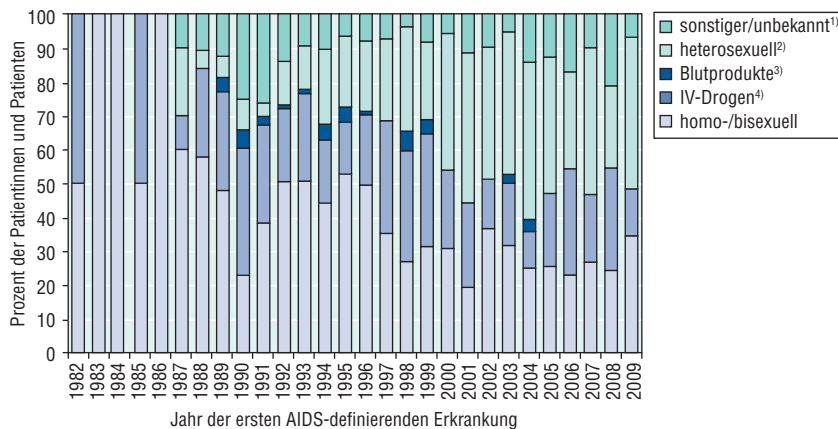


Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Homo- und bisexuelle Männer werden heutzutage, verglichen mit HIV-Infizierten durch heterosexuellen Kontakt, seltener AIDS-krank (etwa 30 Prozent der

Fälle). Infektionen durch heterosexuellen Kontakt bilden 40 Prozent der neuen AIDS-Fälle (siehe Grafik 4.79).

Grafik 4.81: Anteil der „Risikogruppen“ an neuen AIDS-Erkrankungen



- 1) Sonst./unbek.: Personen mit sonstigem/unbekanntem HIV-Übertragungsweg.
- 2) Heterosexuell: Personen, die durch heterosexuelle Kontakte angesteckt wurden.
- 3) Blutprodukte: Personen, die durch Blutprodukte angesteckt wurden.
- 4) IV-Drogen: Personen, die Drogen intravenös einnehmen.

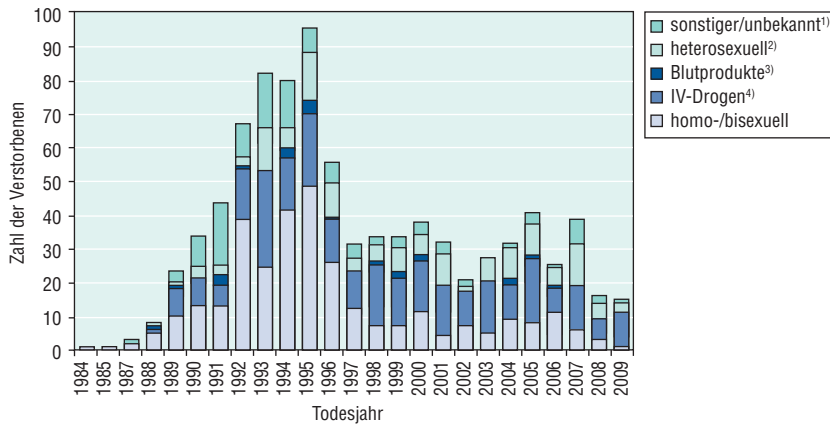
Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Wie oft sterben die Patientinnen und Patienten des Otto-Wagner-Spitals?

Nach den tragischen Jahren 1992 bis 1996 sterben heutzutage „nur“ 20 bis 40 Personen im Jahr (die Zahlen variieren stark u. a. wegen Meldungsverzögerungen). Darunter sind die Patientinnen und Patien-

ten, die Drogen missbrauchen, überrepräsentiert – sie sterben oft an Ursachen, die nicht HIV- und AIDS-assoziiert sind (unter anderem an Unfällen, Vergiftungen, Leberinsuffizienz oder systemischen **bakteriellen Infektionen**, siehe Grafik 4.82).

Grafik 4.82: Todeszahlen nach Übertragungsweg des HIV seit 1984



- 1) Sonst./unbek.: Personen mit sonstigem/unbekanntem HIV-Übertragungsweg.
- 2) Heterosexuell: Personen, die durch heterosexuelle Kontakte angesteckt wurden.
- 3) Blutprodukte: Personen, die durch Blutprodukte angesteckt wurden.
- 4) IV-Drogen: Personen, die Drogen intravenös einnehmen.

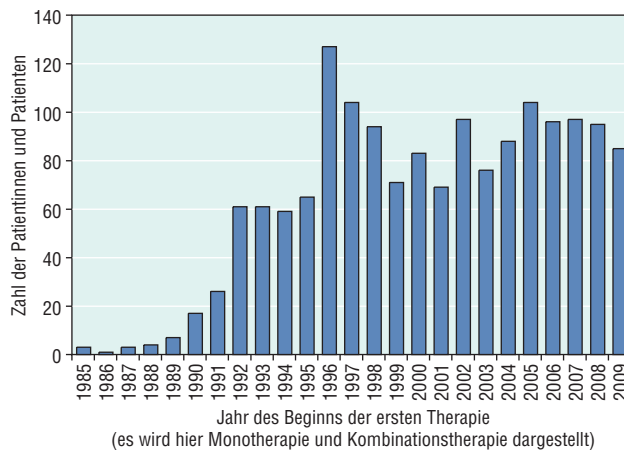
Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

IV.

Der beeindruckende Rückgang der neuen AIDS-Erkrankungen und Todeszahlen Mitte der 1990er Jahre ist der **hochwirksamen antiretroviralen Kombinationstherapie** zu verdanken, die seit 1996 auch in Österreich zur Verfügung steht. Erst eine Kombination

mehrerer Medikamente – die zum Teil schon früher bekannt waren – hat diesen Erfolg ermöglicht. Etwa 90 bis 100 Personen pro Jahr beginnen im Otto-Wagner-Spital eine antiretrovirale Therapie, die dann lebenslang eingenommen werden muss (siehe Grafik 4.83).

Grafik 4.83: Wie oft wurde eine antiretrovirale Therapie begonnen?



Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

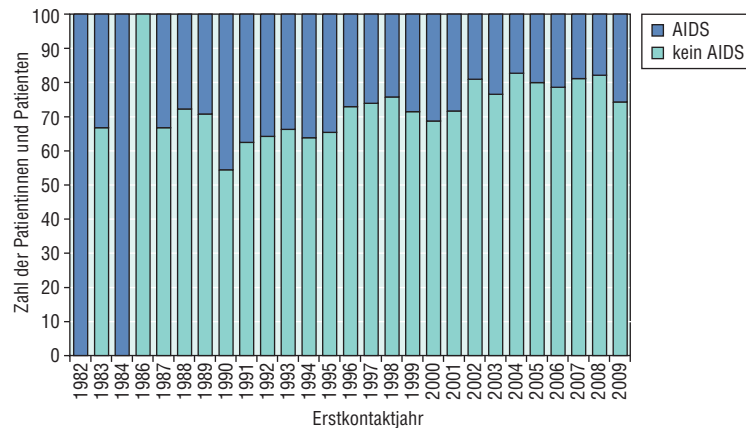
Warum sterben die Patientinnen und Patienten immer noch häufiger als die Allgemeinbevölkerung?
Die antiretrovirale Therapie ist nicht bei allen Patientinnen und Patienten gleich wirksam. Vor allem jene,

die sehr spät im Verlauf ihrer HIV-Erkrankung eine fachliche Behandlung suchen, profitieren von der Therapie weniger und haben deswegen das höchste Risiko an AIDS zu erkranken und zu sterben. Diese

sogenannten „Spätkommer“ sind oft Personen, die von ihrer HIV-Infektion nichts wissen und somit erst wegen AIDS-Symptomen diagnostiziert werden. Das

belegen die nachfolgenden Zahlen. Etwa 20 Prozent der Patientinnen und Patienten kommen zur Erstvorstellung mit AIDS (siehe Grafik 4.84).

Grafik 4.84: Wie oft waren Patientinnen und Patienten AIDS-krank* schon beim Erstkontakt?



* Patientinnen und Patienten, die beim Erstkontakt oder binnen 3 Monate danach AIDS-Symptome entwickelt haben.

Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

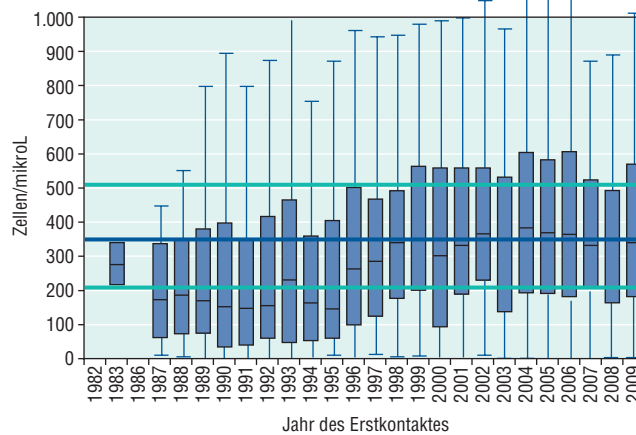
Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten des Spitals kommt zur Erstvorstellung mit einem Immunstatus von ca. 350 Zellen/mikroL, das heißt in einem fortgeschrittenen HIV-Stadium, in dem man nach derzeitigen Kriterien eine **antiretrovirale Therapie** einleiten soll. Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten beträgt der Wert der CD4-Zellen bei der Erstvorstellung etwa 200 CD4-Zellen/mikroL. Das ist ein Wert, bei dem man mit einem Ausbruch des AIDS-Syndroms rechnen muss. Diese Personen haben ein hohes Risiko an einer hochmalignen Tumorerkrankung oder bedrohlichen Infektion zu er-

kranken und bedürfen zusätzlich einer spezifischen Prophylaxe oder Behandlung.

Nur etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten kommt in einem guten Zustand mit gutem Immunstatus (CD4-Zellzahl > 500/mikroL), in dem lediglich regelmäßige Kontrollen notwendig sind.

Dadurch lassen sich nicht nur etliche AIDS-Fälle und Todesfälle erklären. **Die undiagnostizierten „Spätkommer“ sind für neue HIV-Infektionen mitverantwortlich.**

Grafik 4.85: Erster Immunstatus nach dem Jahr des Erstkontaktes



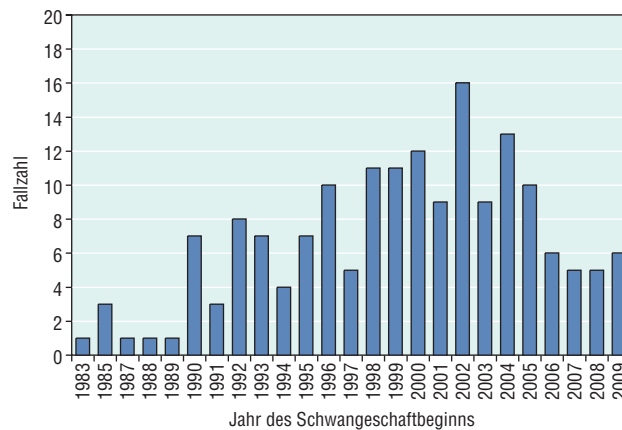
* blaue Referenzlinie: 350 Zellen/mikroL.

Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

Im OWS werden auch schwangere Frauen betreut, die eine prophylaktische Behandlung einnehmen, um der vertikalen Übertragung des HIV auf das Kind vorzubeugen. Bisher wurden von 179 Schwangerschafts-

fällen 128 Frauen im Spital erfolgreich betreut (siehe Grafik 4.86). **Nur in Einzelfällen kam es zur HIV-Infektion eines Neugeborenen.**

Grafik 4.86: Schwangerschaftsfälle seit 1983



Quelle: II. Interne Lungenabteilung des SMZ Otto-Wagner-Spitals.

schneller nach Kontakt mit infektiösem Material die HIVPEP eingeleitet wird, desto höher sind die Chancen eine Infektion zu verhindern. Sinnvoll ist die HIVPEP-Gabe bis maximal 72 Stunden nach Exposition, danach ist kein Nutzen mehr zu erwarten. 2002 konnte im Otto-Wagner-Spital mit einer erweiterten HIVPEP sogar eine Infektion eines jungen Mannes verhindert werden, welcher sich vier Milliliter HIV-infiziertes Blut eines Freundes intravenös verabreicht hatte.

HIV-infiziert und trotzdem schwanger werden?

HIV-positive, schwangere Frauen gab es zu jeder Zeit der Epidemie. Lag die Übertragungsrate von Mutter zu Kind bei anfänglich 25 Prozent, so kann nach Behandlung HIV-positiver Mütter mit einer wirksamen, antiretroviralen Therapie nach Ende des ersten Trimenons die Transmissionsrate auf unter ein Prozent gesenkt werden. In Wien betreuen die gynäkologischen Abteilungen des Wilhelminenspitals und des Allgemeinen Krankenhauses gemeinsam mit den HIV-Zentren HIV-positive, schwangere Frauen. Wurde bisher, sofern durchführbar eine Sectio empfohlen, so kann der Vorteil dieser „Schutzmaßnahme“ laut aktueller Studienlage nicht mehr bewiesen werden. Bei vollständiger Virusunterdrückung der Mutter peripartal, gilt das Übertragungsrisiko bei einer Spontangeburt nicht mehr als erhöht.

„Licence to love“ heißt das Projekt von Schweizer Kolleginnen und Kollegen aus St. Gallen, das vor einigen Jahren etabliert wurde. Durch die gutwirksamen antiretroviralen Therapien erhöhte sich die Lebenserwartung HIV-Infizierter. Liegen keine wesentlichen zusätzlichen Erkrankungen vor, so ist die Lebenserwartung nahezu ident der von HIV-negativen Menschen. Somit ändert sich auch die Lebensplanung und Familienplanung. Das „Licence to love“-Projekt befasste sich erstmals mit folgender Konstellation: HIV-negative Frau, HIV-positiver Mann und Kinderzeugung mittels ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Die **International AIDS-Society (IAS)** hatte zu 4. IAS Conference on Pathogenesis, Treatment and Prevention im Jahr 2007 eine Arbeit über 22 Paare mit Kinderwunsch, die einen unterschiedlichen HIV-Status ha-

ben, vorgestellt. Die Frauen erhielten zweimalig PräExpositionsprophylaxen (PrEP) mit Tenofovir. Nach drei Versuchen waren bereits mehr als 50 Prozent der Frauen schwanger, nach maximal zehn Versuchen 15 der 21 Teilnehmenden. Alle Frauen waren drei Monate nach der Exposition HIV-negativ getestet worden. Für die HIV-positiven Partner galt Folgendes:

1. Die antiretrovirale Therapie musste regelmäßig eingenommen und kontrolliert werden.
2. Die HI-Viruslast musste mindestens sechs Monate unter der Nachweisbarkeitsgrenze liegen.
3. Es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern, auch Ausschluss asymptomatischer Erreger. Alle Beteiligten wurden ausführlich über Risiken aufgeklärt.

2008 wurde schließlich das weltberühmte und viel diskutierte Papier der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen mit dem Titel „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD²⁹⁹ sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie nicht infektiös“³⁰⁰ publiziert. Seither gilt mehr denn je: HIV-Therapie ist Prävention.

2007 stieg die Anzahl der Neuinfektionen in Österreich erstmals seit 1993 wieder auf über 500 pro Jahr an. Eine Erkenntnis, die daraus resultiert, ist, dass **wieder mehr ungeschützter Geschlechtsverkehr** praktiziert wird. Aus zahlreichen Publikationen weiß man nun, dass das Infektionsrisiko in Zusammenhang mit der Anzahl der Viruslast der infizierten Person steht. Je mehr der bestehenden HIV-Infektionen diagnostiziert und behandelt werden, desto weniger wird das Virus weitergegeben.

Die beste Prävention gegen HIV/AIDS ist nach wie vor das Kondom.

Statistik der HIV/AIDS-Epidemiologie aus der Immunambulanz des Sozialmedizinischen Zentrums / Otto-Wagner-Spitals (OWS)

Zwischen 1982 und 2009 wurden insgesamt 2.673 HIV-infizierte Personen im OWS betreut. 1.197 Personen (45 Prozent) davon waren AIDS-krank.

Mehr als die Hälfte der AIDS-Kranken (57 Prozent) ist gestorben. Etwas mehr als ein Viertel der lebenden

²⁹⁹ Sexually Transmitted Diseases.

³⁰⁰ VERNAZZA et al. (2008).

4.5.3.2 Beitrag der AIDS-Hilfe Wien / Aids Hilfe Haus

Philipp DIRNBERGER, MSc, Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien

Die Aids Hilfe Wien ist ein gemeinnütziger, nicht gewinnorientierter Verein, der sich folgende Ziele gesetzt hat:

- Lebenshilfe für Personen zu organisieren, die sich mit HIV (= Human Immunodeficiency Virus, Erreger der erworbenen Immunschwäche AIDS) infiziert haben oder im besonderen Maße gefährdet sind, sich mit diesem Erreger anzustecken.
- Anstrengungen zu unternehmen und zu unterstützen, die auf eine Eindämmung der Weiterverbreitung von HIV und AIDS (= Acquired Immundeficiency Syndrome) abzielen.

Die Aids Hilfe Wien kann auf eine lange Tradition ihrer Beratungstätigkeit, insbesondere im Zusammenhang mit der HIV-Antikörpertestung, die seit 1985 durchgeführt wird, verweisen. Im Jahr 2009 wurde das Testangebot der Aids Hilfe Wien um vier weitere Tests – Hepatitis B- und C-Screening, Hepatitis C-Antikörpertest und HIV-Schnelltest – erweitert. In der Abteilung „Beratung“ der Aids Hilfe Wien wird darüber hinaus sowohl psychologische als auch medizinische Beratung angeboten.

In Österreich ist die Anzahl der **HIV-Neuinfektionen** innerhalb der letzten Jahre leicht angestiegen. Etwa 42 Prozent infizieren sich über heterosexuelle und 28,6 Prozent über homosexuelle Kontakte. 20,5 Prozent der Übertragungen erfolgen durch intravenösen Drogenkonsum. Die Präventionsarbeit der Aids Hilfe Wien trägt diesem Umstand Rechnung und versucht mit Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention³⁰¹ sexuell übertragene Neuinfektionen zu verringern. Insbesondere gilt es Personen zu errei-

chen, die auf Grund verschiedener Faktoren ein erhöhtes Infektionsrisiko tragen.

Informationen über HIV/AIDS, Safer Sex, Safer Use und die Testangebote der Aids-Hilfe Wien werden in den vier Arbeitsbereichen an die Zielgruppen vermittelt:

- Jugend
- Frauen, Migrantinnen und Migranten
- Männer, die Sex mit Männern haben
- Berufsgruppenprävention

Die Arbeit der Präventionsabteilung umfasst Projekte, Infoaktionen, Vorträge, Workshops, Outreach-Aktivitäten, Online-Prävention, Peer-Education, Publikationen und Kampagnen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Prävention werden dabei von speziell geschulten freien Referentinnen und Referenten und einer großen Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt.

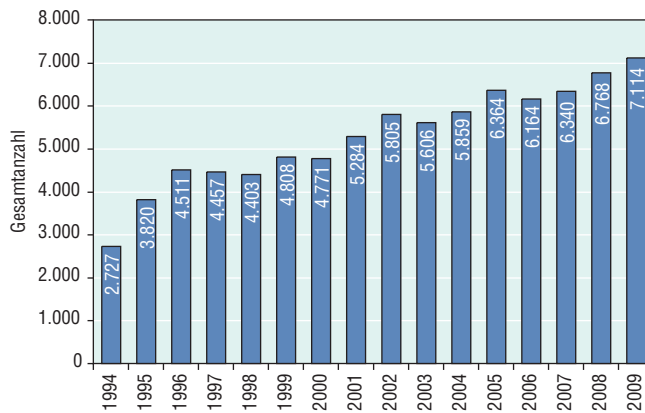
2009 wurden über Veranstaltungen der Präventionsabteilung ca. 70.000 Menschen erreicht.

Gesamtkontaktzahlen in der Beratungsabteilung 2009

Im Jahr 2009 wurden 7.114 Testberatungen durchgeführt und außerhalb der Testberatung 264 Personen in rund 2.000 Beratungsgesprächen beraten. Dies waren ca. 1.200 psychologische und 800 medizinische Beratungen. Die Gesamtzahl der in der Beratungsabteilung durchgeführten Tests mit Beratungsgespräch ist auch im Jahr 2009 weiter angestiegen.

³⁰¹ Siehe Glossar am Ende des Berichts: Begriff Prävention.

Grafik 4.87: Entwicklung der Inanspruchnahme von Testberatungen, seit 1994



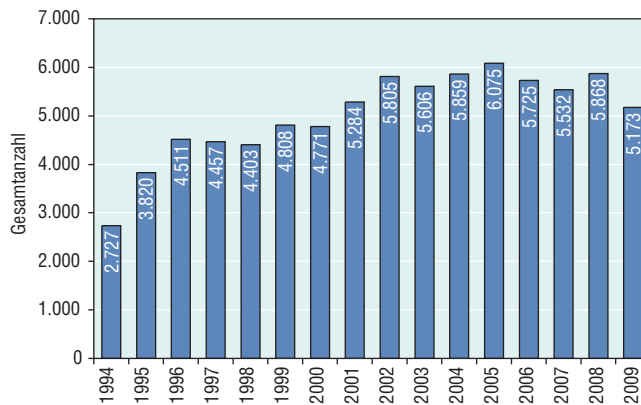
Quelle: Aids Hilfe Wien.

Die größte Nachfrage (5.173) bestand nach dem kostenlosen und anonymen HIV-Antikörpertest. Gegenüber 2008 ist die Zahl der durchgeführten anonymen und kostenlosen HIV-Antikörpertests mit Beratungsgespräch 2009 leicht gesunken, was einerseits mit

dem zusätzlichen Angebot des HIV-Schnelltests, andererseits mit dem erhöhten Zeitaufwand in der Beratung und Durchführung unseres erweiterten Testangebotes (HIV-Schnelltest, Syphilis- und Hepatitis-Screening) zu erklären ist.

IV.

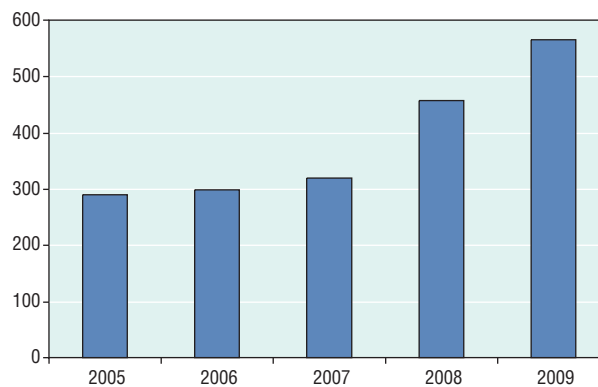
Grafik 4.88: Entwicklung der Inanspruchnahme von kostenlosen HIV-Antikörpertests, seit 1994



Quelle: Aids Hilfe Wien.

Der anonyme **HIV-Schnelltest** mit Beratungsgespräch wurde ab August 2009 in einer Testphase und ab 1. Oktober 2009 standardmäßig angeboten. Insgesamt haben dieses neue Angebot der Aids Hilfe Wien 382 Personen angenommen.

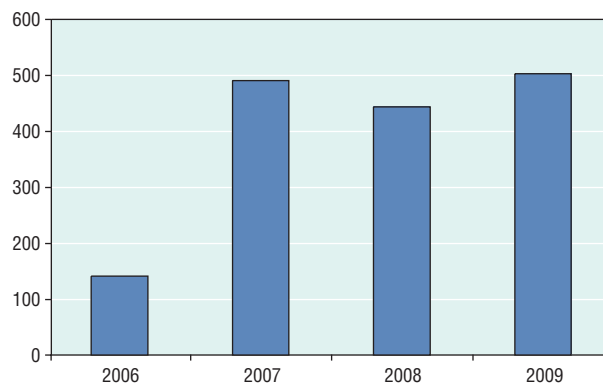
Bereits vom Jahr 2007 auf 2008 ist die Zahl der anonymen direkten Virusnachweise mittels **PCR-Testung** mit Beratungsgespräch stark angestiegen. Diese Tendenz setzte sich auch 2009 weiter fort (siehe folgende Grafik).

Grafik 4.89: Entwicklung der Inanspruchnahme von HIV-PCR-Tests, seit 2005

Quelle: Aids Hilfe Wien.

Das anonyme **Syphilis-Screening** mit Beratungsgespräch wird nach einer Studienphase erst seit Mai

2008 aufgrund der bestehenden Nachfrage für alle Personengruppen angeboten.

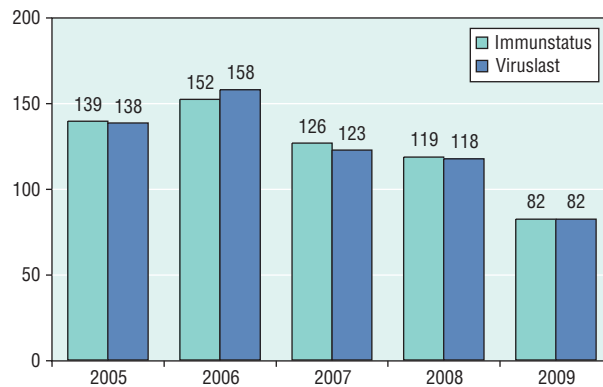
Grafik 4.90: Entwicklung der Inanspruchnahme des Syphilis-Screenings, seit 2006

Quelle: Aids Hilfe Wien.

Die erst seit 2009 bestehende Möglichkeit sich im Aids Hilfe Haus anonym auf **Hepatitis B und Hepatitis C** testen zu lassen, wurde von den Klientinnen und Klienten sehr gut angenommen. Es wurden 289 Hepatitis B und C-Screenings sowie 203 Hepatitis C-Antikörper-Tests durchgeführt.

Die Zahl der Klientinnen und Klienten, die in der Aids Hilfe Wien ihren **Immunstatus** bzw. ihre **Viruslast** kontrollieren ließen, ist im Jahr 2009 gegenüber den Vorjahren gesunken.

Grafik 4.91: Statuskontrollen – Immunsstatus (IS) und Viruslast (VL), 2005–2009



Quelle: Aids Hilfe Wien.

Außerhalb der Testberatung wurden in der **Beratungsabteilung** der Aids Hilfe Wien 264 Personen, davon 189 Männer (72 Prozent) und 75 Frauen (28 Prozent) psychologisch und medizinisch beraten.

Gesamtkontaktzahlen in der Betreuungsabteilung 2009

Die Betreuungsabteilung der Aids Hilfe Wien umfasst zwei Bereiche, die **Sozialarbeit** und den „**Betreuten Lebensbereich**“.

Sozialarbeit

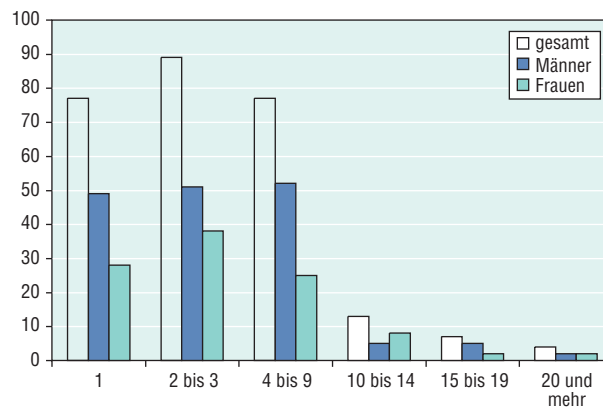
Sowohl die Angebote des Tages- und Aktivzentrums als auch die sozialarbeiterische Betreuung stehen Menschen mit HIV/AIDS sowie deren Angehörigen, Partnerinnen und Partner und Freundinnen und Freunden offen. In diesem Rahmen werden die Klientinnen und Klienten nach dem Prinzip „Hilfe zur

Selbsthilfe“ – also entsprechend ihrer Ressourcen – in folgenden Bereichen betreut:

- Wohnen
- Finanzielles
- Rechtliche Informationen zum Thema HIV und AIDS
- Information und Unterstützung im Gesundheitsbereich
- Gesprächsangebot
- Krisenmanagement
- Sterbebegleitung
- und vieles mehr

Im Jahr 2009 befanden sich 267 Personen, davon 103 Frauen und 164 Männer in sozialarbeiterischer Betreuung. Bei 47 Klientinnen- und Klientenkontakten handelte es sich um Erstkontakte. In den insgesamt 1.102 Beratungsgesprächen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Aids Hilfe Wien wurden 444-mal Klientinnen (39 Prozent) und 670-mal Klienten (61 Prozent) beraten.

Grafik 4.92: Kontakte pro Klientin und Klient, 2009

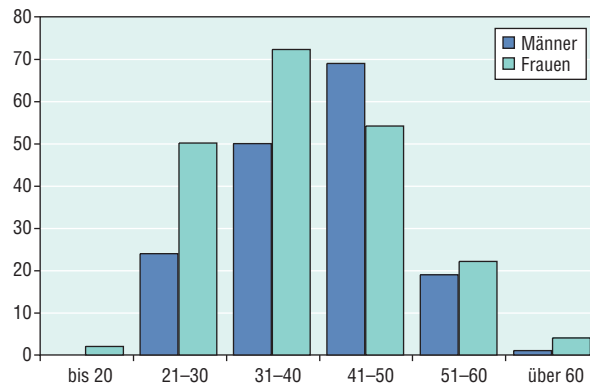


Quelle: Aids Hilfe Wien.

Der Großteil der sozialarbeiterisch betreuten Frauen ist zwischen 31 und 40 Jahre alt. Bei den Männern ist

die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen am stärksten vertreten (siehe folgende Grafik).

Grafik 4.93: Betreute Personen nach Altersgruppen

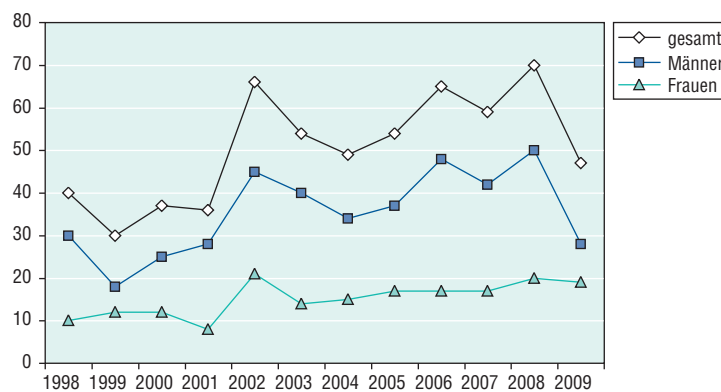


Quelle: Aids Hilfe Wien.

Die Entwicklung der Erstkontakte in der sozialarbeiterischen Betreuung plus Geschlechterverteilung

im Laufe der letzten Jahre ist in Grafik 4.94 dargestellt.

Grafik 4.94: Entwicklung der Erstkontakte nach Geschlecht, seit 1998

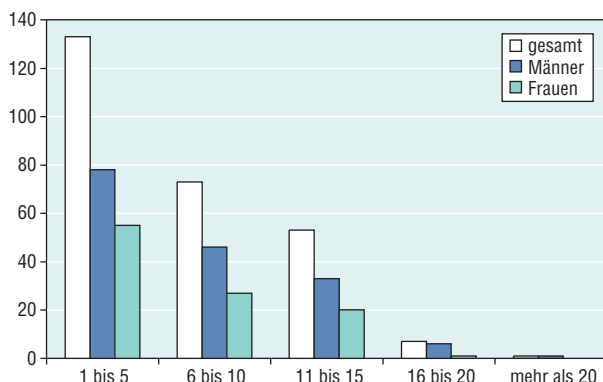


Quelle: Aids Hilfe Wien.

Annähernd die Hälfte der Klientinnen und Klienten in der Sozialarbeit werden seit ein bis fünf Jahren be-

treut, eine Person ist allerdings bereits seit mehr als 20 Jahren bei der Aids Hilfe Wien in Betreuung.

Grafik 4.95: Betreuungsdauer in Jahren

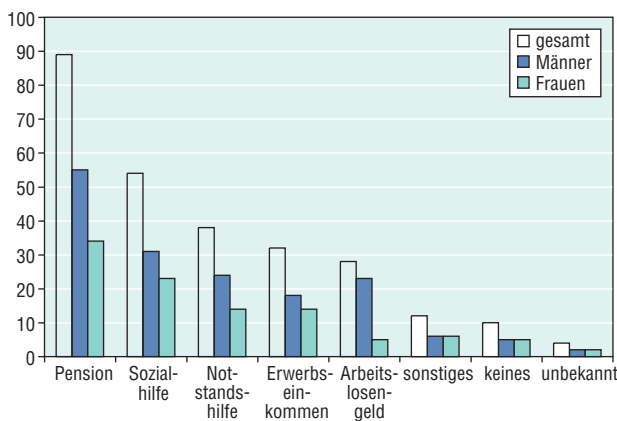


Quelle: Aids Hilfe Wien.

Den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ist es möglich, nach Bewilligung durch die Geschäftsführung und Prüfung der Einkommenssituation der Klientinnen und Klienten, diese finanziell zu unterstützen. Die Mittel dafür werden vom Verein Aids Life und der Günther-Tolar-Initiative Positiv Leben zur Verfügung gestellt.

Betroffene, die die Sozialarbeit der Aids Hilfe Wien in Anspruch nehmen, haben in den meisten Fällen finanzielle Probleme. Zum Großteil beziehen sie Pension (34 Prozent), Sozial- (21 Prozent) oder Notstandshilfe (14 Prozent).

Grafik 4.96: Einkommensquellen, 2009

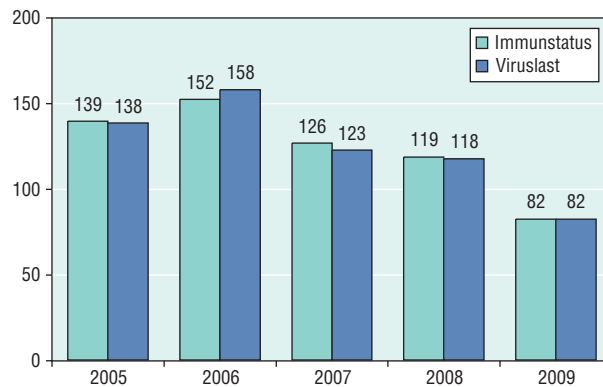


Quelle: Aids Hilfe Wien.

70 Prozent der Betroffenen, die von der Aids Hilfe Wien sozialarbeiterisch betreut werden, haben ein Einkommen von bis zu 800 Euro. 6 Prozent geben an,

kein Einkommen zu haben. Der Anteil der Personen mit einem Einkommen von über 1.000 Euro liegt bei 4 Prozent.

Grafik 4.91: Statuskontrollen – Immunsstatus (IS) und Viruslast (VL), 2005–2009



Quelle: Aids Hilfe Wien.

Außerhalb der Testberatung wurden in der **Beratungsabteilung** der Aids Hilfe Wien 264 Personen, davon 189 Männer (72 Prozent) und 75 Frauen (28 Prozent) psychologisch und medizinisch beraten.

Gesamtkontaktzahlen in der Betreuungsabteilung 2009

Die Betreuungsabteilung der Aids Hilfe Wien umfasst zwei Bereiche, die **Sozialarbeit** und den „**Betreuten Lebensbereich**“.

Sozialarbeit

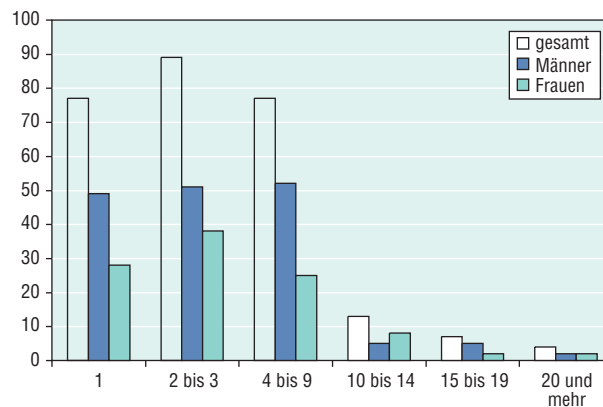
Sowohl die Angebote des Tages- und Aktivzentrums als auch die sozialarbeiterische Betreuung stehen Menschen mit HIV/AIDS sowie deren Angehörigen, Partnerinnen und Partner und Freundinnen und Freunden offen. In diesem Rahmen werden die Klientinnen und Klienten nach dem Prinzip „Hilfe zur

Selbsthilfe“ – also entsprechend ihrer Ressourcen – in folgenden Bereichen betreut:

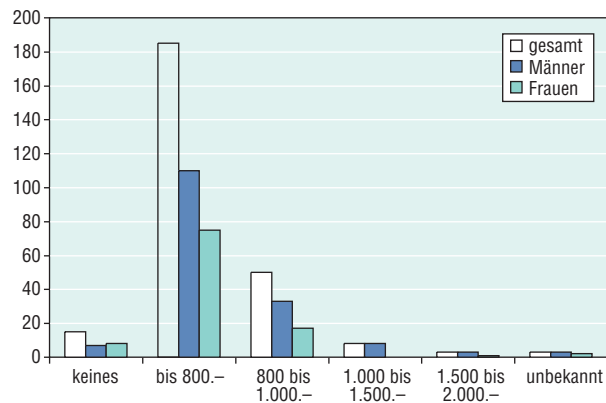
- Wohnen
- Finanzielles
- Rechtliche Informationen zum Thema HIV und AIDS
- Information und Unterstützung im Gesundheitsbereich
- Gesprächsangebot
- Krisenmanagement
- Sterbebegleitung
- und vieles mehr

Im Jahr 2009 befanden sich 267 Personen, davon 103 Frauen und 164 Männer in sozialarbeiterischer Betreuung. Bei 47 Klientinnen- und Klientenkontakten handelte es sich um Erstkontakte. In den insgesamt 1.102 Beratungsgesprächen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Aids Hilfe Wien wurden 444-mal Klientinnen (39 Prozent) und 670-mal Klienten (61 Prozent) beraten.

Grafik 4.92: Kontakte pro Klientin und Klient, 2009



Quelle: Aids Hilfe Wien.

Grafik 4.97: Einkommenshöhe, 2009

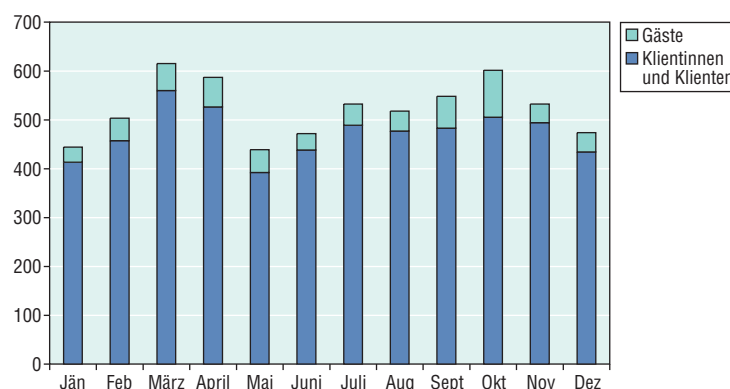
Quelle: Aids Hilfe Wien.

Tageszentrum „Betreuter Lebensbereich“

Im „Betreuten Lebensbereich“ werden Betroffenen tagesstrukturierende Angebote gemacht. Das Tageszentrum der Aids Hilfe Wien bietet wochentags täglich entweder zu Mittag oder am Abend zwei gesunde und sehr preiswerte Menüs zur Wahl. Während der Öffnungszeiten stehen Betreuerinnen und Betreuer für Gespräche zur Verfügung, außerdem gibt es zusätzlich ein umfangreiches Aktivitäts- und Workshopprogramm. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen sinnvolle Freizeitgestaltung, die Aktivierung der Be-

troffenen, die Vernetzungs- und Austauschmöglichkeit zwischen Betroffenen und die Vermittlung zu anderen Angeboten im Haus. Es sind auch Feste, Tagesausflüge und mehrtägige Ausflüge Fixpunkte im Jahresprogramm.

Die Anzahl der Besucherinnen und Besucher des Tageszentrums im Aids Hilfe Haus schwankt je nach Monat. Durchschnittlich kamen pro Monat 473 Klientinnen und Klienten ins Tageszentrum, werden Angehörige und Freundinnen und Freunde dazugezählt, erhöht sich die Zahl auf 599.

Grafik 4.98: Anzahl der monatlichen Besucherinnen und Besucher des Tageszentrums, 2009

Quelle: Aids Hilfe Wien.

Im Tageszentrum ist aufgrund der Anonymität keine getrennte Darstellung nach Geschlechtern möglich. Auf Basis einer Befragung, die im Frühjahr 2009 durchgeführt wurde, kann aber davon ausgegangen

werden, dass es sich bei den Besucherinnen und Besuchern zu einem Drittel um Frauen und zu rund zwei Drittel um Männer handelt.

Gesamtkontaktzahlen in der Präventionsabteilung 2009

Die Präventionsabteilung der Aids Hilfe Wien setzt zielgruppenspezifische Angebote, die sich insbesondere an MSM (Männer, die Sex mit Männern haben), Frauen, Migrantinnen und Migranten, Jugendliche und Berufsgruppen richten. Mit Infoständen, Online-Beratung, Vor-Ort-Arbeit, Workshops und anderen Veranstaltungen, konnten 2009 rund 70.000 Personen erreicht werden. Jährlicher Höhepunkt der Präventionsarbeit ist der Wiener Aids Tag, der jedes Jahr rund um den 1. Dezember zu einem anderen Thema und für eine andere Zielgruppe durchgeführt wird. Weitere Präventionsangebote setzen sich aus jährlich wiederkehrenden Projekten und solchen mit innovativem Charakter zusammen. Die Teilnahme an EU-Projekten, wie z. B. an Bordernet bzw. Bordernetwerk³⁰² ermöglichen eine länderübergreifende Zusammenarbeit.

Kontaktzahlen in den Fachbereichen der Präventionsabteilung

Prävention für Frauen, Migrantinnen und Migranten

Die Bereiche Frauen, Migrantinnen und Migranten zeichnen sich durch eine hohe Diversität aus. Ziel der Präventionsarbeit der Aids Hilfe Wien ist es, insbesondere die vulnerablen Gruppen zu erreichen. Im Rahmen des Parkprojektes, das längst nicht nur in Parks, sondern in den Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten, in muttersprachlichen Cafés, Clubs und Vereinen durchgeführt wird, informieren muttersprachliche Referentinnen und Referenten über HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Mit Workshops in Frauenhäusern, Haftanstalten und für Sexarbeiterinnen werden Frauen erreicht, die einem erhöhtem Risiko ausgesetzt sind. Für die beiden Zielgruppen wurden im Jahr 2009 insgesamt 261 Veranstaltungen im Ausmaß von 1.034,5 Stunden durchgeführt. Damit konnten 17.545 Menschen erreicht werden.

Prävention für Jugendliche

Eine im Rahmen von Bordernet durchgeführte Umfrage ergab, dass Jugendliche zwar gut informiert

sind, aber ihr Wissen nur begrenzt umsetzen können. Deshalb reicht eine reine Wissensvermittlung in dieser Zielgruppe nicht aus. Die zweistündigen Workshops, die von geschulten Referentinnen und Referenten durchgeführt werden, legen neben der reinen Wissensvermittlung auch Schwerpunkte in der Methodik und beinhalten z. B. auch ein Kondomtraining. Die Zahl der Veranstaltungen, die von der Prävention für Jugendliche durchgeführt wurde, ist gegenüber 2008 um mehr als 20 Prozent gestiegen.

Von den 449 Veranstaltungen, die 2009 organisiert wurden, handelt es sich bei rund 90 Prozent um Workshops. Mit diesen werden rund 6.000 Jugendliche pro Jahr erreicht, die sich intensiv mit HIV/AIDS auseinandersetzen. Der Anteil an Mädchen und Burschen ist ungefähr gleich, wenn möglich, wird in den Workshops nach Geschlechtern getrennt. Da die Workshops von unterschiedlichen Schultypen wie AHS, BHS, Hauptschulen, kooperativen Mittelschulen und Berufsschulen sowie von Kursen zur Arbeitsmarktqualifizierung und von Jugendzentren gebucht werden, wird damit ein Großteil des sozialen Spektrums Wiener Jugendlicher abgedeckt.

Am Wiener Aids Tag 2009 haben zum Thema Jugend und HIV-Prävention 120 Personen teilgenommen und im Rahmen von Infoständen (z. B. bei der BeST³⁰³) wurden rund 15.000 junge Menschen erreicht.

Prävention für Berufsgruppen

Im Jahr 2009 wurden im Bereich Prävention für Berufsgruppen insgesamt 87 Veranstaltungen im Ausmaß von 255 Stunden abgehalten. Dabei wurden etwa 2.100 Personen erreicht. Da die Mehrzahl der Seminare für die Zielgruppe Pflegepersonal durchgeführt wird, liegt der Anteil der Frauen bei den erreichten Personen bei 70 bis 80 Prozent.

Durch Infostände und andere Aktionen konnten weitere 600 Personen erreicht werden. Darüber hinaus wurde 2008 auch ein Folder zur Frühdiagnostik von HIV-Infektionen für praktische Ärztinnen und Ärzte in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer erstellt.

³⁰² BORDERNET ist ein von der EU gefördertes Projekt zur Verhinderung von Erkrankungen, die beim Sex übertragen werden können: <<http://bordernet.aids.at/>>; abgerufen am 25. November 2010.

³⁰³ BeST: Die Messe für Beruf, Studium und Weiterbildung.

Prävention für Männer, die Sex mit Männern haben

2009 wurden von der Prävention für MSM 386 Veranstaltungen (Vor-Ort-Veranstaltungen, Workshops und Internetprävention) durchgeführt. Durch die Vor-Ort Arbeit (mittels Szenetouren, Infotischen und Infopoints) wurden ca. 30.000 MSM und via Onlineberatung auf gayromeo.com und rainbow.at weitere 356 MSM erreicht. Die Umfrage „Wie leben schwule Männer heute“, die 2009 veröffentlicht wurde, ist die erste derartige Befragung in dieser Zielgruppe und ein wertvoller Beitrag für die zukünftige Ausrichtung der Präventionsarbeit.

Medizinische Information und Dokumentation, Medienservice und Infoshop

Die Aids Hilfe Wien veröffentlicht jährlich bis zu 12 Med Updates, um über die neuesten medizinischen Entwicklungen zu informieren. Die Aspektfolder, die fünf Mal pro Jahr erscheinen, richten sich insbesondere an Betroffene. Diese Reihe widmete sich 2009 in einer Spezialedition „HIV & Your Body“ dem Einfluss neuer Therapien auf die verschiedenen Körperorgane. Darüber hinaus wurden zahlreiche Beiträge in diversen anderen Medien publiziert und öffentliche Vorträge sowie interne Aus- und Weiterbildungen abgehalten.

Allein die Standardpublikationen erreichen jährlich eine Auflage von ca. 20.000 Stück, weitere Publikationen und vielfache Zugriffe über das Internet nicht eingerechnet. Geschätzte zwei Drittel der Auflagen entfallen hierbei auf Wien und Umgebung.

Das Medienservice – die Dokumentations- und Informationsstelle für audiovisuelle Medien der AIDS-Hilfen Österreichs – verfügte im Jahr 2009 über 1.383 Titel. Davon wurden 597 an 361 Interessentinnen und Interessenten verschickt. Besonderes Interesse galt 2009 der neuen DVD „Leben mit HIV/AIDS“. In dieser Dokumentation kommen Betroffene, Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater und andere Expertinnen und Experten zu Wort und erklären in verständlicher Sprache, was man über HIV/AIDS wissen sollte. Die kurzen Kapitel, in denen die einzelnen Aspekte behandelt werden, sowie das übersichtliche und leicht zu bedienende Menü machen diese DVD zu einem wertvollen Unterrichtsbehelf.

Die Anzahl der vom Infoshop verteilten Informationsmaterialien ist im Jahr 2009 gegenüber 2008 in allen Bereichen spürbar gesunken. Aufgrund des Mangels an Basisbroschüren in den Bereichen Jugend, Allgemeininformation und Frauen konnten viele Anfragen nicht erfüllt werden. Wenn möglich, wurden die angefragten Broschüren durch anderes Informationsmaterial ersetzt. Insgesamt wurden vom Infoshop 45.528 Materialien in 377 Paketen versendet. 135 Pakete betrafen den Versand des Medienservice der AIDS-Hilfen Österreichs. 242 Pakete mit 10.863 Broschüren wurden von der Aids Hilfe Wien an Empfängerinnen und Empfänger in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland verschickt. Von den Broschüren gingen 35,9 Prozent an Ärztinnen und Ärzte, 31,5 Prozent an Schulen, 21,8 Prozent an Organisationen und 10,9 Prozent an Privatpersonen.

Gesamtkontaktzahlen in der Präventionsabteilung 2009

Die Präventionsabteilung der Aids Hilfe Wien setzt zielgruppenspezifische Angebote, die sich insbesondere an MSM (Männer, die Sex mit Männern haben), Frauen, Migrantinnen und Migranten, Jugendliche und Berufsgruppen richten. Mit Infoständen, Online-Beratung, Vor-Ort-Arbeit, Workshops und anderen Veranstaltungen, konnten 2009 rund 70.000 Personen erreicht werden. Jährlicher Höhepunkt der Präventionsarbeit ist der Wiener Aids Tag, der jedes Jahr rund um den 1. Dezember zu einem anderen Thema und für eine andere Zielgruppe durchgeführt wird. Weitere Präventionsangebote setzen sich aus jährlich wiederkehrenden Projekten und solchen mit innovativem Charakter zusammen. Die Teilnahme an EU-Projekten, wie z. B. an Bordernet bzw. Bordernetwerk³⁰² ermöglichen eine länderübergreifende Zusammenarbeit.

Kontaktzahlen in den Fachbereichen der Präventionsabteilung

Prävention für Frauen, Migrantinnen und Migranten

Die Bereiche Frauen, Migrantinnen und Migranten zeichnen sich durch eine hohe Diversität aus. Ziel der Präventionsarbeit der Aids Hilfe Wien ist es, insbesondere die vulnerablen Gruppen zu erreichen. Im Rahmen des Parkprojektes, das längst nicht nur in Parks, sondern in den Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten, in muttersprachlichen Cafés, Clubs und Vereinen durchgeführt wird, informieren muttersprachliche Referentinnen und Referenten über HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Mit Workshops in Frauenhäusern, Haftanstalten und für Sexarbeiterinnen werden Frauen erreicht, die einem erhöhtem Risiko ausgesetzt sind. Für die beiden Zielgruppen wurden im Jahr 2009 insgesamt 261 Veranstaltungen im Ausmaß von 1.034,5 Stunden durchgeführt. Damit konnten 17.545 Menschen erreicht werden.

Prävention für Jugendliche

Eine im Rahmen von Bordernet durchgeführte Umfrage ergab, dass Jugendliche zwar gut informiert

sind, aber ihr Wissen nur begrenzt umsetzen können. Deshalb reicht eine reine Wissensvermittlung in dieser Zielgruppe nicht aus. Die zweistündigen Workshops, die von geschulten Referentinnen und Referenten durchgeführt werden, legen neben der reinen Wissensvermittlung auch Schwerpunkte in der Methodik und beinhalten z. B. auch ein Kondomtraining. Die Zahl der Veranstaltungen, die von der Prävention für Jugendliche durchgeführt wurde, ist gegenüber 2008 um mehr als 20 Prozent gestiegen.

Von den 449 Veranstaltungen, die 2009 organisiert wurden, handelt es sich bei rund 90 Prozent um Workshops. Mit diesen werden rund 6.000 Jugendliche pro Jahr erreicht, die sich intensiv mit HIV/AIDS auseinandersetzen. Der Anteil an Mädchen und Burschen ist ungefähr gleich, wenn möglich, wird in den Workshops nach Geschlechtern getrennt. Da die Workshops von unterschiedlichen Schultypen wie AHS, BHS, Hauptschulen, kooperativen Mittelschulen und Berufsschulen sowie von Kursen zur Arbeitsmarktqualifizierung und von Jugendzentren gebucht werden, wird damit ein Großteil des sozialen Spektrums Wiener Jugendlicher abgedeckt.

Am Wiener Aids Tag 2009 haben zum Thema Jugend und HIV-Prävention 120 Personen teilgenommen und im Rahmen von Infoständen (z. B. bei der BeST³⁰³) wurden rund 15.000 junge Menschen erreicht.

Prävention für Berufsgruppen

Im Jahr 2009 wurden im Bereich Prävention für Berufsgruppen insgesamt 87 Veranstaltungen im Ausmaß von 255 Stunden abgehalten. Dabei wurden etwa 2.100 Personen erreicht. Da die Mehrzahl der Seminare für die Zielgruppe Pflegepersonal durchgeführt wird, liegt der Anteil der Frauen bei den erreichten Personen bei 70 bis 80 Prozent.

Durch Infostände und andere Aktionen konnten weitere 600 Personen erreicht werden. Darüber hinaus wurde 2008 auch ein Folder zur Frühdiagnostik von HIV-Infektionen für praktische Ärztinnen und Ärzte in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer erstellt.

³⁰² BORDERNET ist ein von der EU gefördertes Projekt zur Verhinderung von Erkrankungen, die beim Sex übertragen werden können: <<http://bordernet.aids.at/>>; abgerufen am 25. November 2010.

³⁰³ BeST: Die Messe für Beruf, Studium und Weiterbildung.

4.5.3 AIDS und HIV-Infektionen

Zusammenfassung

In **Österreich** beläuft sich die Anzahl der **HIV**-Infizierten auf ca. 9.000 Personen, etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Bei den HIV-Neuinfektionen ist vor allem bei der Übertragung durch heterosexuelle Kontakte ein Anstieg zu verzeichnen.

Dennoch ist insgesamt in **Österreich und Wien** sowohl bei den **AIDS**-Neuerkrankungen als auch bei den Todesfällen infolge einer AIDS-Erkrankung ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

Als Hauptursache für diese Rückgänge wird der Einsatz der antiretroviralen Therapie (Kombinationstherapie) genannt, aber auch die erfolgreiche Präventionsarbeit insbesondere in Bezug auf die beiden Hauptbetroffenengruppen, das sind homo- und bisexuelle Männer sowie Konsumentinnen und Konsumenten von intravenösen Drogen.

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

In **Wien** wurden von 1983 bis Ende 2009 insgesamt 1.329 AIDS-Erkrankte registriert, von diesen sind im gleichen Zeitraum 749 an den Folgen dieser Immunschwächekrankheit verstorben (56 Prozent). Im Berichtsjahr 2009 erkrankten 30 Personen an AIDS (22 Männer und 8 Frauen), 4 Personen starben noch im gleichen Jahr an den Folgen dieser Krankheit.

Der Bundesländervergleich zeigt, dass Wien mit 34 Erkrankungen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bei weitem die höchste Prävalenz aufweist. Aber auch die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich zeigen hohe Raten.

Summary: AIDS and HIV Infections

*The number of **HIV**-infected persons in **Austria** is approximately 9,000; about half of them live in Vienna. In the case of new HIV infections, an increase can be observed especially for infections resulting from heterosexual contacts.*

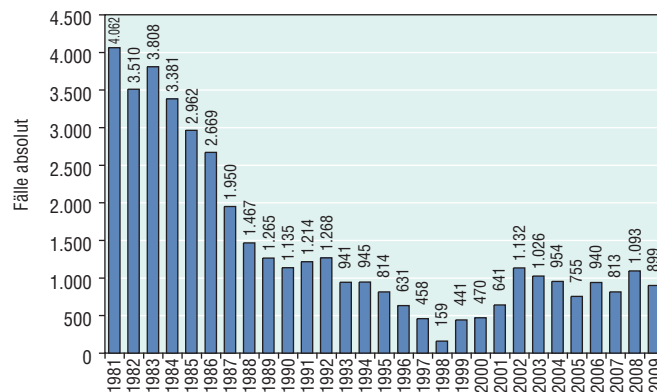
*Nevertheless, there has been a marked reduction both in new **AIDS** cases and deaths caused by **AIDS in Vienna and in Austria** overall.*

This is mainly attributed to the use of antiretroviral therapy (combination therapy), but is also in part due to successful prevention programmes, especially in the two key risk groups of homosexual and bisexual men and of intravenous drug users.

The majority of infected persons remain men; however, the risk of infection has increased over the last years for heterosexual contacts as well, especially for women. More prevention measures are needed in this area.

*From 1983 to the end of 2009, a total of 1,329 AIDS cases were registered in **Vienna**; 749 of these patients (56 percent) died from the disease during the same period. In 2009, the year under review, 30 people developed AIDS (22 men and 8 person), and four people died from the disease in the same year.*

A comparison of Austria's nine federal provinces shows that Vienna currently has the highest prevalence by far with 34 cases per 100,000 inhabitants. However, the federal provinces of Tyrol, Vorarlberg and Upper Austria also have high rates.

Grafik 4.99: Gemeldete Geschlechtskrankheiten in Wien, 1981–2009

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Tabelle 4.23: Gemeldete Geschlechtskrankheiten in Wien, 2006–2009

angezeigte Neuerkrankungen	gesamt in Wien				festgestellt in der STD* Ambulanz			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Gonorrhoe (Tripper)	615	511	707	451	174	165	284	137
Männer	420	323	406	305	47	37	47	31
Frauen	195	188	301	146	127	128	237	106
Lues (Syphilis)	318	302	386	447	47	58	60	68
Männer	221	215	292	317	23	22	20	9
Frauen	97	87	94	130	24	36	40	59
insgesamt	940	813	1093	898	221	223	344	205
Erkrankungen an Lyphogranuloma venereum (LGV)	7	0	0	1	0	0	0	0
Erkrankungen an Ulcus molle	0	0	0	0	0	0	0	0

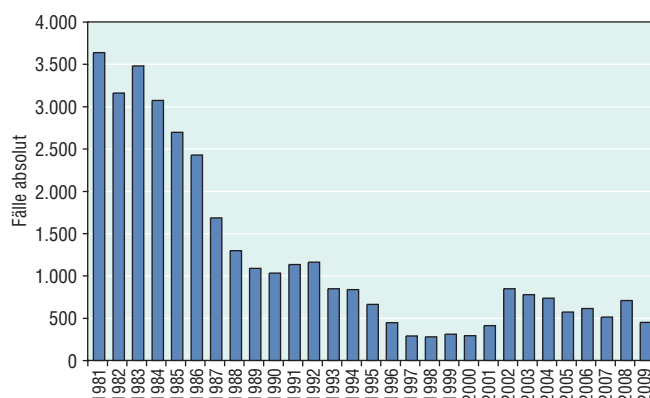
* STD = Sexually Transmitted Diseases.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Gonorrhoe (Tripper):

Sind 1991 noch 3.638 Neuerkrankungen an Gonorrhoe gemeldet worden, erreichte die Anzahl der gemeldeten Tripperfälle 1998 mit 279 Fällen ihren Tiefststand. Zwischen 1997 und 2000 befindet sich

die Anzahl der gemeldeten Fälle auf sehr niedrigem Niveau. Zwischen 2000 und 2002 kam es zu einem sprunghaften Anstieg auf das Niveau von 1993 mit 846 gemeldeten Fällen. Seither zeigt sich eine rückläufige Tendenz.

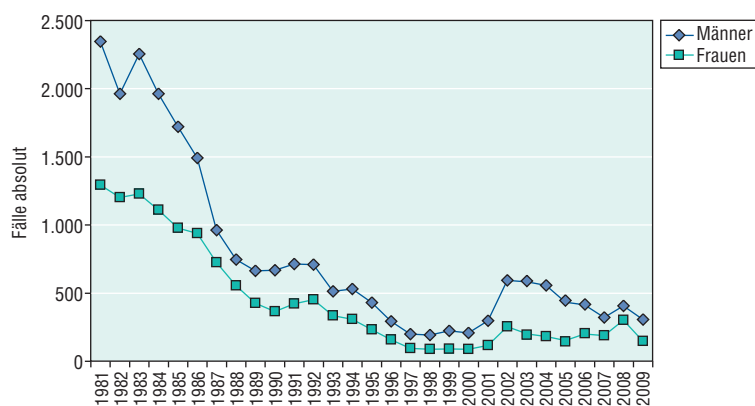
Grafik 4.100: Gemeldete Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2009

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Einen Überblick über die Geschlechtsverteilung der in Wien seit 1981 gemeldeten Fälle an Gonorrhoe gibt die folgende Grafik. Diese zeigt, dass Männer

deutlich stärker von der Krankheit betroffen sind als Frauen.

IV.

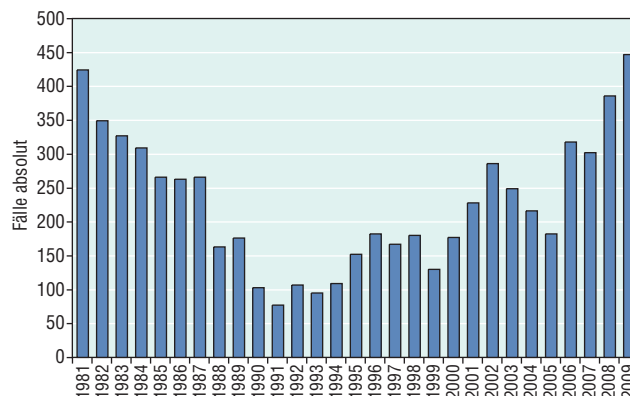
Grafik 4.101: Gemeldete Gonorrhoe-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2009

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Syphilis (Lues):

2009 wurde die höchste Anzahl der gemeldeten Fälle an Syphilis seit 28 Jahren registriert. Die wenigsten Meldungen gab es zwischen 1990 und 1994. In dem Zeitraum 1995 und 2005 kam es zu einem wellenfö-

migen Verlauf mit steigender Tendenz und einem Höhepunkt im Jahr 2002 (286 Fälle). Seit 2006 steigen die Meldungen sprunghaft bis zum Höchststand im Jahr 2009 mit 447 gemeldeten Fällen an (siehe folgende Grafik).

Grafik 4.102: Gemeldete Syphilis-Neuerkrankungen in Wien, 1981–2009

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Syphilis wird von Mensch zu Mensch durch Sexualkontakte (Geschlechtsverkehr, Oral- und Analverkehr) über die Schleimhaut übertragen. Erreger ist das Bakterium *Treponema pallidum*. Ein weiterer Übertragungsweg besteht während der Schwangerschaft oder Geburt von einer infizierten Mutter auf das Kind.

Die Inkubationszeit beträgt zwischen 10 bis 90 Tage, durchschnittlich 21 Tage.

Die Syphilis zeigt einen **stadienhaften Verlauf**:

Haut- und Schleimhautveränderungen der frühen Stadien sind infektiös.

Stadium I: Nach ca. 3 Wochen treten derbe schmerzlose Geschwüre, in den meisten Fällen eines, und schmerzlose Schwellungen der zugehörigen Lymphknoten auf. Tritt das Geschwür z. B. in Scheide oder Enddarm auf, kann es auch unbemerkt bleiben.

Stadium II: Etwa 4 bis 10 Wochen nach Ansteckung treten neben grippeartigen Symptomen Hautausschläge mit hoher Variabilität auf, zunächst meist ein kaum erkennbarer masernähnlicher Hautausschlag, später dann unter anderem Papeln (rotbraune Knötchen) an Handflächen und Fußsohlen und andere Hauterscheinungen.

Es folgt ein klinisch beschwerdefreies Intervall das sogenannte **Latenzstadium**.

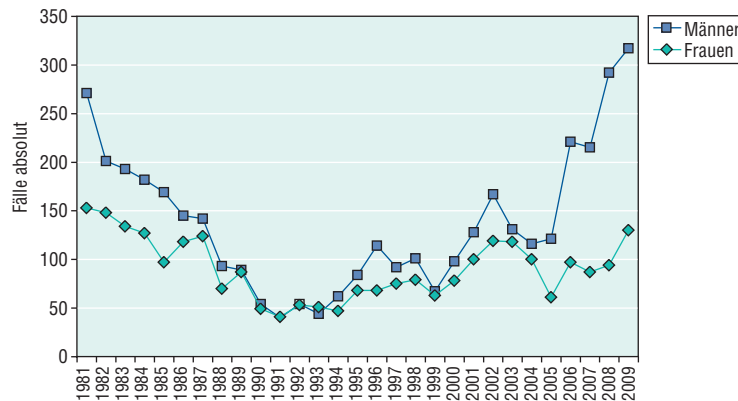
Stadium III: Nach 3 bis 5 Jahren können typische Hautveränderungen (Gummen – gummiartige verhärtete Knötchen unter der Haut) auftreten. Der Befall innerer Organe wie der Aorta kann zur Aneurysmenbildung führen. Die Beteiligung des Nervensystems wird als **Neuroloues** bezeichnet.

Das Mittel der ersten Wahl für die **Therapie** ist Penicillin (intramuskulär oder intravenös, je nach Stadium). Partneruntersuchung und gegebenenfalls Partnertherapie sind unerlässlich.

Frauen sind insgesamt weniger als Männer betroffen. Zwischen 1989 und 1993 waren hingegen annähernd gleich viele Männer wie Frauen betroffen. Danach kam es wieder zu signifikant häufigeren Meldungen

bei Männern; insbesondere seit 2006 kam es zu einem sehr starken Anstieg. Sowohl der relative Anstieg als auch die Anzahl der Fälle ist dabei bei den Männern höher als bei den Frauen (siehe Grafik 4.103).

Grafik 4.103: Gemeldete Syphilis-Neuerkrankungen in Wien nach Geschlecht, 1981–2009



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

Andere Geschlechtskrankheiten

Weitere meldepflichtige Geschlechtskrankheiten sind Lymphogranuloma venereum (LGV) und Ulcus molle. Beide Infektionen treten in Europa nur sporadisch auf. Nach einigen Jahren, in denen in Wien keine Meldun-

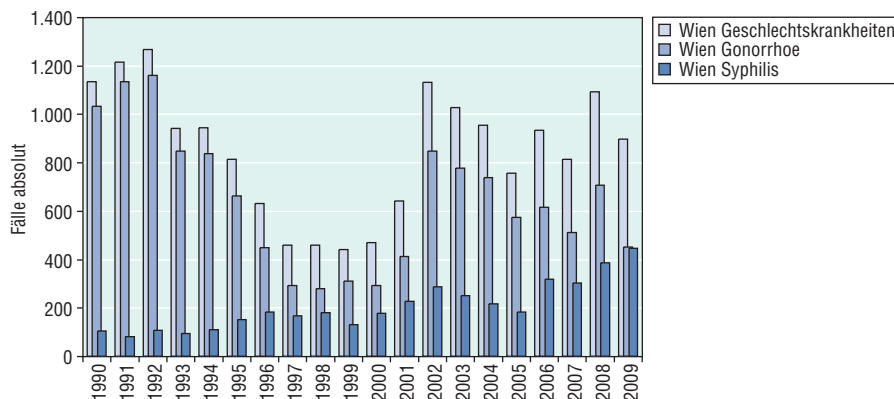
gen an LGV und Ulcus molle dokumentiert sind, wurden zwischen 2002 und 2009 9 Fälle an LGV und 2 Fälle an Ulcus molle gemeldet.

Geschlechtskrankheiten im Vergleich

Nachdem die Gonokokkeninfektion jahrzehntelang die bei Weitem häufigste und Syphilis die zweithäufigste angezeigte Geschlechtskrankheit gewesen war, änderte sich das Verhältnis Gonorrhoe zu Syphilis

von 10 zu 1 im Jahr 1990 auf 1 zu 1 im Jahr 2009.³⁰⁴ Im Vergleich zu Gonorrhoe und Syphilis sind die Fallzahlen von LGV und Ulcus molle verschwindend gering.

Grafik 4.104: Gemeldete Geschlechtskrankheiten im Vergleich in Wien, 1990–2009



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.

³⁰⁴ 2005: 3 zu 1, 2006: 2 zu 1.

4.5.4 Geschlechtskrankheiten

Zusammenfassung

Die Gesamtzahl gemeldeter Neuerkrankungen an Gonorrhoe, Syphilis, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle ist seit 1999 wieder deutlich angestiegen und verläuft seither wellenförmig auf einem deutlich höheren Niveau.

Insbesondere bei Syphilis (Lues) sind die Erkrankungszahlen seit 2000 in Wien, wie in Österreich und auch international, stufenweise kontinuierlich angestiegen.

Die gemeldeten Fallzahlen für Gonorrhoe (Tripper) sind ebenfalls ab 2000 angestiegen und waren zwischen 2005 und 2009 mit einer gewissen Schwankungsbreite auf erhöhtem Niveau gleichbleibend hoch.

Das Verhältnis Syphilis zu Gonorrhoe hat sich von 1:10 im Jahr 1990 auf annähernd 1:1 im Jahr 2009 verschoben.

Summary: Sexually Transmitted Diseases (Venereal Diseases)

The number of newly diagnosed notifiable venereal diseases (gonorrhea, syphilis, lymphogranuloma venereum and ulcus molle) has increased considerably since 1999 and is now fluctuating at a high level.

For syphilis in particular, the number of notified cases has been increasing gradually since 2000 in Vienna as well as in Austria and other countries.

Starting in 2000, the number of new gonorrhea infections increased and then remained relatively stable at a higher level from 2005 to 2009, fluctuating somewhat within a certain range.

The ratio of syphilis to gonorrhea has shifted from 1:10 in 1990 to nearly 1:1 in 2009.

Die Gesamtzahl gemeldeter, neu diagnostizierter Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Lymphogranuloma venereum und Ulcus molle) ist seit 1981 kontinuierlich gesunken und hat im Jahr 1999 einen Tiefststand mit 441 Fällen erreicht. Ab dem Jahr 2000 ist wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Insbesondere zwischen den Jahren 2001 und 2002 hat die Anzahl der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten um 76 Prozent zugenommen. Dieser Anstieg wird nicht nur in Wien und Österreich verzeichnet, sondern auch in anderen Ländern wie USA, Großbri-

tannien und vor allem in den osteuropäische Staaten. Nach einem Gipfelwert im Jahr 2002 mit 1.132 Fällen gemeldeter Geschlechtskrankheiten, war in Wien bis zum Jahr 2005 im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern ein leichter Abfall der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen. In der Folge kam es zu einem neuerlichen Anstieg und wellenförmigen Verlauf auf erhöhtem Niveau. 2009 wurden in Wien 899 Fälle meldepflichtiger Geschlechtskrankheiten gemeldet (*siehe Grafik 4.99*).

Die **häufigsten Krankenstände** erfolgten auch 2009 aufgrund von Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane (48 Prozent), gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Infektionskrankheiten (jeweils 12 Prozent). Insbesondere bei Männern haben Unfälle nach wie vor einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen.

Bei der Gewährung von **Invaliditätspensionen** stechen als häufigste Diagnosegruppen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes hervor, dicht gefolgt von psychiatrischen Krankheiten. Aber auch Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen bilden einen bedeutenden Anteil.

The most frequent causes for sick leave in 2009 were, as in the past, diseases of the respiratory system (48 percent), followed by musculoskeletal and connective tissue diseases and infectious diseases (both 12 percent). Accidents also continue to account for a significant share of sick leaves, in particular for men.

The main reasons for disability pension were musculoskeletal and connective tissue diseases, closely followed by mental health problems. Cardiovascular diseases and cancer, however, were also frequent causes for disability pension.

4.6.1 Krankenstandsfälle

Für die Analyse der Krankenstände in Wien stehen die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) zur Verfügung. Etwa 90 Prozent der Wiener Bevölkerung sind bei dieser Kasse ver- oder mitversichert. Der Gesamtversichertenstand beträgt mehr als eine Million, wobei noch rund 400.000 Angehörige hinzuzuzählen sind, für die größtenteils keine separaten Beiträge zu leisten sind. Dieser Gesamtversichertenstand setzt sich zusammen aus rund 58 Prozent Erwerbstätigen, 31 Prozent Pensionistinnen und Pensionisten, 7 Prozent Arbeitslosen, 3 Prozent freiwillig Versicherten und 1 Prozent sonstigen Versicherten.

Als Basis für die Erfassung der Krankenstandsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt/die Ärztin herangezogen. Die *folgenden Auswertungen* beziehen sich nur auf die Erwerbstätigen (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte).

Im Jahr 2009 wurden bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (Erwerbstätige) rund 832.000

Krankenstandsfälle registriert. Dies bedeutet eine Zunahme gegenüber den letzten Jahren.

Der größte Teil aller Krankenstandsfälle (insgesamt rund 48 Prozent) fiel auch im Jahr 2009 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf die Gruppe der **Krankheiten der Luftwege und der Atmungsorgane**. An zweiter Stelle, jedoch mit großem Abstand folgen **Infektionskrankheiten** sowie **Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes** mit jeweils rund 12 Prozent. Auch **Unfälle** bilden mit 6 Prozent (Männer 7 Prozent; Frauen 4 Prozent) noch immer einen bedeutsamen Anteil an den Krankenständen.

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

Tabelle 4.24: Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2009

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	53.642	11,9	48.885	12,8	102.527	12,3
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	3.124	0,7	1.626	0,4	4.750	0,6
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	1.675	0,4	1.604	0,4	3.279	0,4
Krankheiten des Blutes (18)	198	0,0	66	0,0	264	0,0
Psychische Krankheiten (19)	10.177	2,3	4.891	1,3	15.068	1,8
Krankheiten des Nervensystems (20)	10.699	2,4	4.874	1,3	15.573	1,9
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	7.063	1,6	6.060	1,6	13.123	1,6
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	9.616	2,1	7.687	2,0	17.303	2,1
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	212.779	47,4	182.646	47,7	395.425	47,5
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	18.592	4,1	15.746	4,1	34.338	4,1
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	16.969	3,8	3.242	0,8	20.211	2,4
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	4.471	1,0	0	0,0	4.471	0,5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	3.344	0,7	3.812	1,0	7.156	0,9
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	49.831	11,1	48.740	12,7	98.571	11,8
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	178	0,0	187	0,0	365	0,0
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	25.006	5,6	18.751	4,9	43.757	5,3
Unfälle (47–51)	16.735	3,7	28.976	7,6	45.711	5,5
Vergiftungen (52–53)	40	0,0	43	0,0	83	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	132	0,0	344	0,1	476	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	1.986	0,4	3.276	0,9	5.262	0,6
verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung (58)	2.667	0,6	1.697	0,4	4.364	0,5
insgesamt	448.924	100,0	383.153	100,0	832.077	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte).

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Eine weitere Differenzierung nach Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellten zeigt eine deutliche Überrepräsentanz der **Angestellten** bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (52 Prozent aller Krankenstandsfälle, im Vergleich zu 40 Prozent bei den Arbeiterinnen und Arbeitern), sowie ein mehr als doppelt so hohes Vorkommen an psychischen Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems, Herz- und Gefäßerkrankungen und Krebs.

Bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** überwiegen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (17 Prozent im Vergleich zu 9 Prozent bei den Angestellten) sowie unfallbedingte Krankenstände (8 Prozent im Vergleich zu 4 Prozent bei den Angestellten). *Grafik 4.105* verdeutlicht diese Unterschiede.

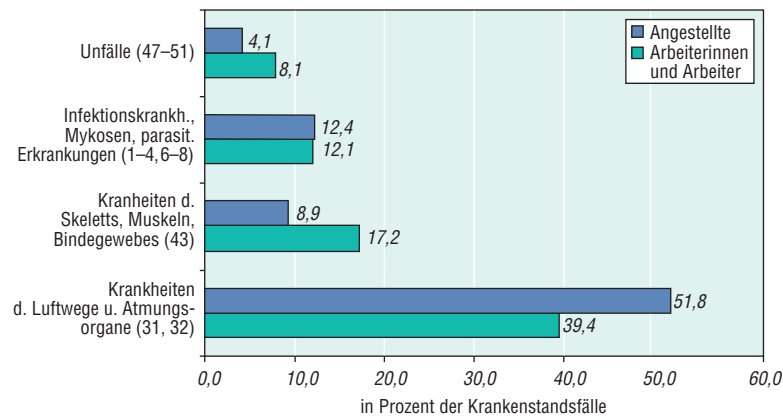
Tabelle 4.25: Krankenstandsfälle bei Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten, Wien* 2009

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle					
	Arbeiterinnen und Arbeiter			Angestellte		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	11.876	23.744	35.620	41.766	25.141	66.907
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	775	666	1.441	2.349	960	3.309
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	517	754	1.271	1.158	850	2.008
Krankheiten des Blutes (18)	62	45	107	136	21	157
Psychische Krankheiten (19)	2.573	1.810	4.383	7.604	3.081	10.685
Krankheiten des Nervensystems (20)	2.307	2.484	4.791	8.392	2.390	10.782
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	1.484	2.762	4.246	5.579	3.298	8.877
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	2.988	3.869	6.857	6.628	3.818	10.446
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	41.469	75.287	116.756	171.310	107.359	278.669
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	4.442	8.067	12.509	14.150	7.679	21.829
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	3.967	1.508	5.475	13.002	1.734	14.736
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	974	0	974	3.497	0	3.497
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	1.103	2.163	3.266	2.241	1.649	3.890
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	19.794	30.993	50.787	30.037	17.747	47.784
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	40	75	115	138	112	250
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	6.956	40.864	17.820	18.050	7.887	25.937
Unfälle (47–51)	5.334	18.448	23.782	11.401	10.528	21.929
Vergiftungen (52–53)	15	27	42	25	16	41
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	52	232	284	80	112	192
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	673	2.040	2.713	1.313	1.236	2.549
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung (58)	581	748	1.329	2.086	949	3.035
insgesamt	107.982	186.586	294.568	340.942	196.567	537.509

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte).

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Grafik 4.105: Häufigste Krankenstandsfälle bei Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten, Wien 2009 (WGKK, Beschäftigte*)



* Ohne Arbeitslose.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse, eigene Berechnungen.

4.6.2 Krankenstandstage

Die Anzahl der Krankenstandstage (alle Kalendertage der Arbeitsunfähigkeit) betrug im Jahr 2009 bei Versicherten der **Wiener Gebietskrankenkasse** (Beschäftigte³⁰⁵) rund 8.500.000 Tage. Trotz des sprunghaften Anstiegs der gesamten Krankenstandstage im Jahr 1999 und 2000 nahm in Wien die Zahl der jährlichen Krankenstandstage seither um mehr als 10 Prozent ab (2000: 9.475.000).

Bei diesem Trend sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Kategorien **Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte** feststellbar. Während es bei den Arbeiterinnen und Arbeitern zwischen 1999 und 2006 zu einem mehr oder weniger kontinuierlichen Rückgang der Krankenstandstage kam, blieben bei den Angestell-

ten die registrierten Krankenstandstage einige Zeit auf annähernd gleichem Niveau und der insgesamt feststellbare Rückgang ist schwächer ausgeprägt als bei den Arbeiterinnen und Arbeitern. Den stärksten Rückgang zeigen die Arbeiter. Seit 2006 ist wieder ein merklicher Anstieg feststellbar, der bei den Arbeiterinnen und Arbeitern am geringsten ausgeprägt ist. Auch diese Zahlen sind jedoch ohne Berücksichtigung der Beschäftigungsquoten zu interpretieren.

Analog zu den häufigsten Krankenstandsfällen entfielen auch die meisten Krankenstandstage auf **Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane** (31 Prozent aller Krankenstandstage), gefolgt von Krankenständen aufgrund einer **Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes** (21 Prozent) sowie aufgrund von **Unfällen** (12 Prozent).

³⁰⁵ Ohne Selbständige, Arbeitslose, Pensionistinnen und Pensionisten, freiwillig Versicherte und Mitversicherte.

Tabelle 4.26: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Wien* 2009

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	279.616	6,2	254.133	6,3	533.749	6,3
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	129.423	2,9	78.568	2,0	207.991	2,4
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	42.492	0,9	32.358	0,8	74.850	0,9
Krankheiten des Blutes (18)	4.274	0,1	2.462	0,1	6.736	0,1
Psychische Krankheiten (19)	339.288	7,5	181.712	4,5	521.000	6,1
Krankheiten des Nervensystems (20)	83.961	1,9	44.784	1,1	128.745	1,5
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	65.882	1,5	61.111	1,5	126.993	1,5
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	135.914	3,0	195.652	4,9	331.566	3,9
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	1.424.133	31,7	1.209.278	30,2	2.633.411	31,0
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	157.338	3,5	165.149	4,1	322.487	3,8
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	170.498	3,8	45.219	1,1	215.717	2,5
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	60.325	1,3	0	0,0	60.325	0,7
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	40.168	0,9	47.789	1,2	87.957	1,0
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	922.602	20,5	829.193	20,7	1.751.795	20,6
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	4.578	0,1	4.080	0,1	8.658	0,1
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	183.106	4,1	127.082	3,2	310.188	3,6
Unfälle (47–51)	353.463	7,9	643.074	16,1	996.537	11,7
Vergiftungen (52–53)	570	0,0	658	0,0	1.228	0,0
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	3.720	0,1	8.382	0,2	12.102	0,1
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	33.928	0,8	49.599	1,2	83.527	1,0
verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung (58)	61.490	1,4	24.133	0,6	85.623	1,0
insgesamt	4.496.769	100,0	4.004.416	100,0	8.501.185	100,0

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte). Ohne Arbeitslose und sonstige Versicherte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Während bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes überwiegen (26 Prozent aller Kranken-

standstage), nehmen bei den **Angestellten** die Erkrankungen der Luftwege und der Atmungsorgane den ersten Rang ein (35 Prozent).

Tabelle 4.27: Krankenstandstage bei Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten, Wien* 2009

Krankheitsgruppen	Krankenstandstage					
	Arbeiterinnen und Arbeiter			Angestellte		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	77.594	129.950	207.544	202.022	124.183	326.205
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	43.217	37.762	80.979	86.206	40.806	127.012
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	14.425	16.962	31.387	28.067	15.396	43.463
Krankheiten des Blutes (18)	1.390	1.462	2.852	2.884	1.000	3.884
Psychische Krankheiten (19)	81.738	60.602	142.340	257.550	121.110	378.660
Krankheiten des Nervensystems (20)	28.284	23.697	51.981	55.677	21.087	76.764
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	17.391	29.462	46.853	48.491	31.649	80.140
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	51.862	107.304	159.166	84.052	88.348	172.400
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	364.390	559.435	923.825	1.059.743	649.843	1.709.586
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	49.263	88.345	137.608	108.075	76.804	184.879
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	55.648	24.055	79.703	114.850	21.164	136.014
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	15.807	0	15.807	44.518	0	44.518
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	16.207	29.817	46.024	23.961	17.972	41.933
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	408.966	538.525	947.491	513.636	290.668	804.304
Kongenitale Missbildungen und perinatale Affektionen (44, 45)	971	1.371	2.342	3.607	2.709	6.316
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	65.083	73.533	138.616	118.023	53.549	171.572
Unfälle (47–51)	124.304	425.528	549.832	229.159	217.546	446.705
Vergiftungen (52–53)	158	404	562	412	254	666
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	1.187	5.177	6.364	2.533	3.205	5.738
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	12.734	28.537	41.271	21.194	21.062	42.256
verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung (58)	13.792	8.897	22.689	47.698	15.236	62.934
insgesamt	1.444.411	2.190.825	3.635.236	3.052.358	1.813.591	4.865.949

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte (ohne Arbeitslose).

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.6.3 Durchschnittliche Krankheitsdauer pro Krankenstandsfall

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

sanken kontinuierlich geringfügig weiter und erreichten im Jahr 2009 mit 11 Tagen einen neuerlichen Tiefstand (siehe Grafik 4.106).

Die bei der **Wiener Gebietskrankenkasse** Versicherten (Beschäftigte³⁰⁶) weisen eine etwas niedrigere Durchschnittsdauer pro Krankenstandsfall auf als der österreichische Durchschnitt aller Beschäftigten.³⁰⁷ Im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre ist sogar eine zunehmende Differenz zwischen den Wiener und gesamtösterreichischen Werten zu beobachten. Betrug im Jahr

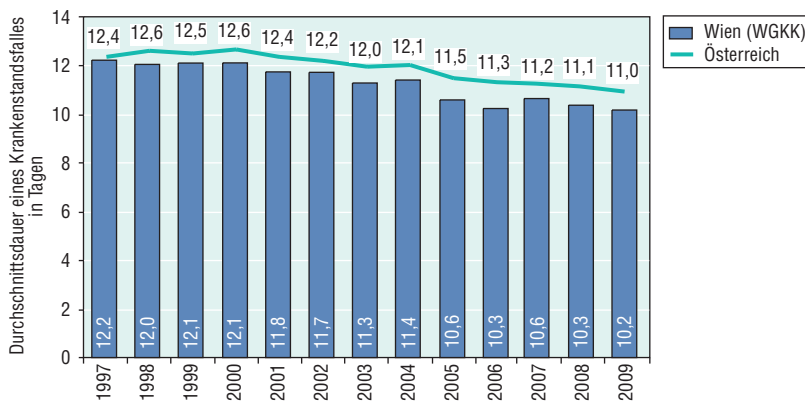
³⁰⁶ Ohne Selbständige, Arbeitslose, Pensionistinnen und Pensionisten, freiwillig Versicherte und Mitversicherte.

³⁰⁷ Wien (WGKK): Korrigierte Werte der Vorjahre (ohne Arbeitslose).

1997 die Differenz 0,2 Tage, so beträgt der Wert 2009 bereits 0,8 Tage. Im Jahr 2009 betrug die durchschnitt-

liche Krankensdaunder pro Krankensdaunderfall für Beschäftigte 10,2 Tage (*siehe folgende Grafik*).

Grafik 4.106: Durchschnittsdauer eines Krankensdaunderfalles in Tagen (Beschäftigte*, Wien (WGKK) und Österreich, 1997–2009**)



* Beschäftigte (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte), ohne Selbständige, Arbeitslose, Pensionistinnen und Pensionisten, freiwillig Versicherte und Mitversicherte.

** Wien (WGKK): Korrigierte Werte der Vorjahre (ohne Arbeitslose).

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

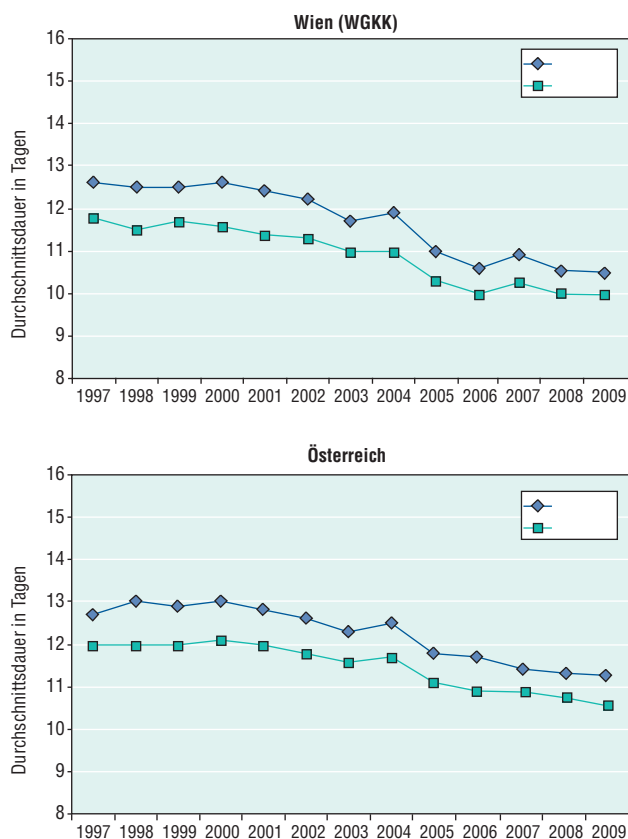
Auffallend ist, dass – entgegen allgemeinen Behauptungen – bei den Beschäftigten seit Jahren **Frauen** eine geringere Krankensdaunderdauer pro Krankensdaunderfall aufweisen als Männer; im Durchschnitt ist die Krankensdaunderdauer pro Krankensdaunderfall von Frauen (sowohl in Wien als auch österreichweit) um etwa einen halben bis ganzen Tag kürzer als diejenige von Männern (Verringerung der Differenz im Laufe der letzten Jahre). Allerdings ist dies auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhältnis zurückzu-

führen und gilt nicht für die Arbeiterinnen; diese weisen einen um durchschnittlich ein bis zwei Tage längeren Krankensdaunderstand pro Krankensdaunderfall auf als ihre männlichen Kollegen.

Die *folgende Grafik* zeigt die nach Geschlecht aufgeschlüsselten Werte der bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Beschäftigten sowie die Werte aller Beschäftigten in Österreich.³⁰⁸

³⁰⁸ Wien (WGKK): Korrigierte Werte der Vorjahre (ohne Arbeitslose).

Grafik 4.107: Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalltes in Tagen (Beschäftigte*, Wien (WGKK) und Österreich, 1997–2009**)



* Beschäftigte (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte), ohne Selbständige, Arbeitslose, Pensionistinnen und Pensionisten, freiwillig Versicherte und Mitversicherte.

** Wien (WGKK): Korrigierte Werte der Vorjahre (ohne Arbeitslose).

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Abgesehen von der Ursache des Krankenstandes ist die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Krankenstandsfall sowohl zwischen als auch innerhalb der Kategorien Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte, also zwischen weiblichen und männlichen Krankenstandsnehmerinnen und -nehmer, zum Teil sehr unterschiedlich.

So lassen sich etwa im Jahr 2009 bei den **Arbeiterinnen und Arbeitern** im Vergleich zu den Angestellten deutlich längere Krankenstände vor allem infolge von Krebserkrankungen, Herz- und Gefäßkrankheiten sowie urogenitalen Krankheiten feststellen. Aber auch bei Krankheiten des Nervensystems, den Hautkrankheiten sowie bei Unfällen kommt es in dieser Gruppe zu etwas längeren Krankenständen als bei den Angestellten.

Getrennt nach Geschlecht weisen im Jahr 2009 **Arbeiterinnen** aufgrund von Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie infolge von Krankheiten des Nervensystems längere Krankenstände auf als ihre männlichen Kollegen. Besonders groß sind die Unterschiede bei den Krankenständen aufgrund von kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen, was möglicherweise aufgrund des Schweregrades dieser Beeinträchtigungen zu interpretieren ist. **Arbeiter** wiederum weisen bei den Krankenständen aufgrund von Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Krankheiten des Blutes eine durchschnittlich längere Krankenstandsdauer auf.

Während bei den Arbeiterinnen und Arbeitern die Frauen im Durchschnitt etwas längere Krankenstände

aufweisen, überwiegen bei den **Angestellten** die Männer. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man bei den Angestellten im Bereich der Blutkrankheiten und Herz- und Gefäßkrankheiten (Männer durchschnittlich 23 Tage, Frauen 13 Tage). Weibliche Angestellte weisen längere Krankenstände aufgrund von

Endokrinopathien sowie psychischen Krankheiten auf. Ebenso wie bei den Arbeiterinnen fällt auch bei den weiblichen Angestellten die deutlich längere Krankheitsdauer infolge von kongenitalen Missbildungen und perinatalen Affektionen auf.

Tabelle 4.28: Durchschnittliche Krankheitsdauer pro Krankheitsfall in Tagen, Wien* 2009

Krankheitsgruppen (Krankheitsbegründung)	durchschnittliche Krankheitsdauer pro Krankheitsfall								
	Arbeiterinnen und Arbeiter			Angestellte			insgesamt		
	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	6,5	5,5	5,8	4,8	4,9	4,9	5,2	5,2	5,2
Gutartige und bösartige Neubildungen (9–16)	55,8	56,7	56,2	36,7	42,5	38,4	41,4	48,3	43,8
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	27,9	22,5	24,7	24,2	18,1	21,6	25,4	20,2	22,8
Krankheiten des Blutes (18)	22,4	32,5	26,7	21,2	47,6	24,7	21,6	37,3	25,5
Psychische Krankheiten (19)	31,8	33,5	32,5	33,9	39,3	35,4	33,3	37,2	34,6
Krankheiten des Nervensystems (20)	12,3	9,5	10,8	6,6	8,8	7,1	7,8	9,2	8,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	11,7	10,7	11,0	8,7	9,6	9,0	9,3	10,1	9,7
Herz- und Gefäßkrankheiten (23–30)	17,4	27,7	23,2	12,7	23,1	16,5	14,1	25,5	19,2
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	8,8	7,4	7,9	6,2	6,1	6,1	6,7	6,6	6,7
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	11,1	11,0	11,0	7,6	10,0	8,5	8,5	10,5	9,4
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	14,0	16,0	14,6	8,8	12,2	9,2	10,0	13,9	10,7
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	16,2		16,2	12,7		12,7	13,5		13,5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	14,7	13,8	14,1	10,7	10,9	10,8	12,0	12,5	12,3
Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, Bindegewebes (43)	20,7	17,4	18,7	17,1	16,4	16,8	18,5	17,0	17,8
Kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	24,3	18,3	20,4	26,1	24,2	25,3	25,7	21,8	23,7
Symptome u. schlecht bez. Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	9,4	1,8	7,8	6,5	6,8	6,6	7,3	6,8	7,1
Unfälle (47–51)	23,3	23,1	23,1	20,1	20,7	20,4	21,1	22,2	21,8
Vergiftungen (52–53)	10,5	15,0	13,4	16,5	15,9	16,2	14,3	15,3	14,8
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	22,8	22,3	22,4	31,7	28,6	29,9	28,2	24,4	25,4
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	18,9	14,0	15,2	16,1	17,0	16,6	17,1	15,1	15,9
insgesamt	13,4	11,7	12,3	9,0	9,2	9,1	10,0	10,5	10,2

* Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse, Beschäftigte. – Ohne Arbeitslose, Selbständige, Pensionistinnen und Pensionisten, freiwillig Versicherte und Mitversicherte.

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

4.6.4 Durchschnittliche Krankenstandstage pro Beschäftigten

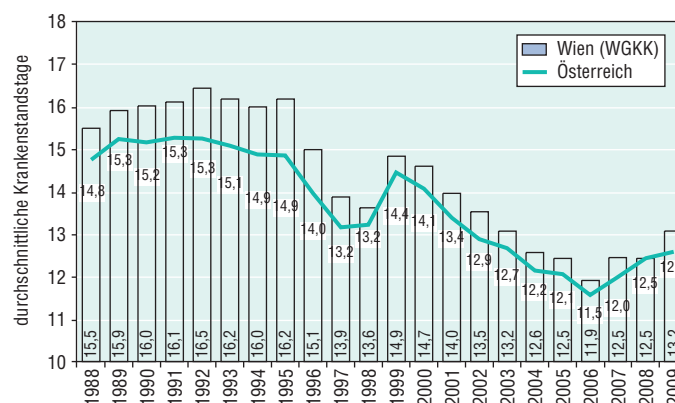
Noch aussagekräftiger als die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall sind die pro Jahr auf eine/n Beschäftigte/n entfallenden Krankenstandstage. Diese Statistik zeigt an, ob die Krankenstände insgesamt gestiegen oder gesunken sind.

Analog zur Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall zeigt sich auch hier der Bruch Mitte der 1990er Jahre. Trotz eines kurzen Anstiegs 1999 ist bis zum Jahr 2006 eine klare und deutlich sinkende Tendenz zu be-

obachten. Seither findet allerdings wieder eine Trendumkehr statt. 2009 entfielen pro Beschäftigten (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte) durchschnittlich 13,2 (WGKK) bzw. 12,6 (Österreich) Krankenstandstage. Zwischen 1999 und 2009 ging die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Beschäftigten in Wien (WGKK) um 3 Tage (-18,5 Prozent), österreichweit um 2,3 Tage (-15,4 Prozent) zurück.

Bei diesem Vergleich weisen die bei der WGKK versicherten Beschäftigten etwas höhere Werte auf. Im Durchschnitt der letzten Jahre betrug der Unterschied etwa einen halben Tag.

Grafik 4.108: Durchschnittliche jährliche Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte), Wien (WGKK) und Österreich, 1988–2009



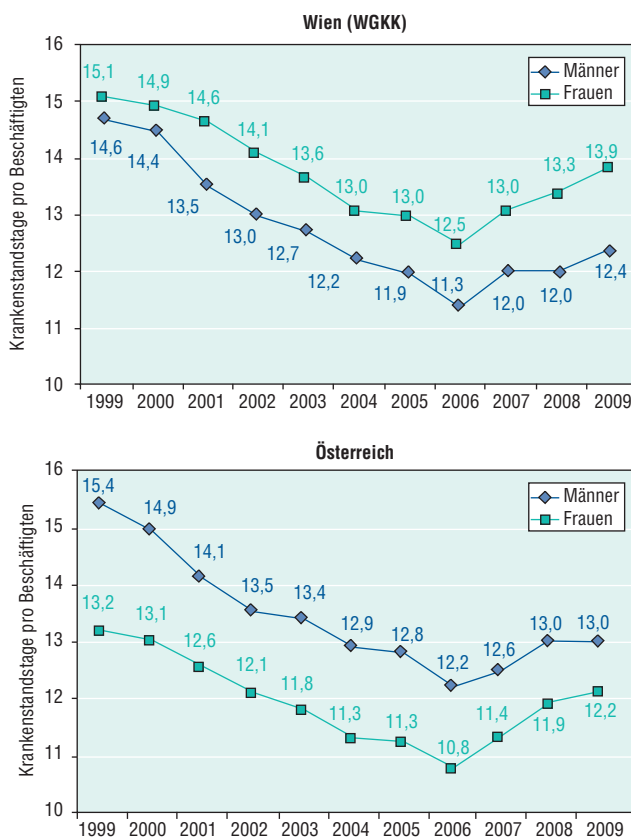
Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

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

terreichweit weisen jedoch Männer deutlich längere Krankenstände auf.

Zwischen 1999 und 2009 gingen bei den Wiener Frauen die Krankenstände um 2,2 Tage, bei den österreichischen Frauen um einen Tag zurück. Bei den Männern beträgt der Rückgang in Wien ebenfalls 2,2 Tage, in Österreich 2,4 Tage. Die folgende Grafik veranschaulicht diese Entwicklung.

Grafik 4.109: Krankenstandstage pro Beschäftigten (Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte) nach Geschlecht, Wien (WGKK) und Österreich, seit 2000



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

4.6.5 Invaliditätspensionen

Einen Einblick in das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung liefert auch die Statistik der Neuzugänge an Pensionen (einschließlich vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit (kurz: Invaliditätspensionen). Nach Krank-

heitsgruppen bzw. Diagnosen gegliedert ist diese Statistik leider nur für Gesamtösterreich und nicht auf Bundesländerebene verfügbar. Dennoch sind der folgenden Tabelle und Grafik wichtige Informationen zu entnehmen, welche Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen die Hauptursache für geminderte Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit bilden.

Tabelle 4.29: Neuzugang an Pensionen (inkl. vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit (gesetzliche Pensionsversicherung), nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Österreich 2009

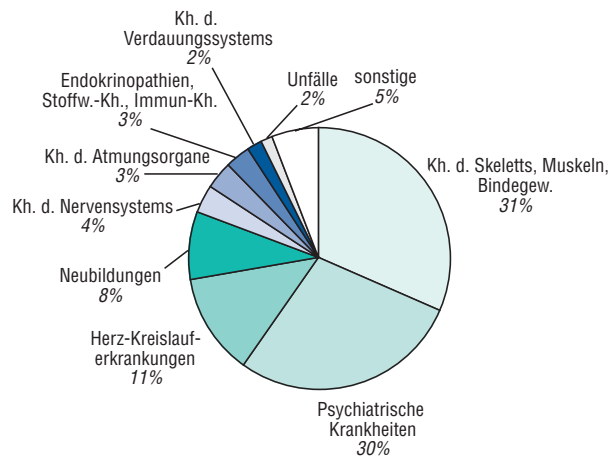
Krankheitsgruppe	Versicherte					
	insgesamt		Männer		Frauen	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Darminfektionen	–	–	–	–	–	–
Tuberkulose	22	0,1	18	0,1	4	–
sonstige bakterielle Infektionen	17	0,1	11	0,1	6	0,1
Virusinfektionen	84	0,3	61	0,3	23	0,2
Geschlechtskrankheiten	3	–	3	–	–	–
Mykosen	–	–	–	–	–	–
Wurmerkrankungen	1	–	1	–	–	–
sonstige Infektionskrankheiten	61	0,2	43	0,2	18	0,2
Krebserkrankungen der Lippe, Mundhöhle, Rachen	169	0,6	143	0,7	26	0,2
Krebserkrankungen der Verdauungsorgane	535	1,8	380	2,0	155	1,4
Krebserkrankungen der Atmungsorgane	444	1,5	333	1,7	111	1,0
Krebserkrankungen der Brust, Harn- u. Geschlechtsorgane	765	2,5	217	1,1	548	5,0
sonstige solide Krebserkrankungen	325	1,1	198	1,0	127	1,2
Hämoblastosen (Leukämie etc.)	304	1,0	204	1,1	100	0,9
Gutartige Neubildungen	59	0,2	35	0,2	24	0,2
sonstige Neubildungen	70	0,2	41	0,2	29	0,3
Endokrinopathien, Stoffwechsel-Krankheiten, Immun-Krankheiten	827	2,7	586	3,0	241	2,2
Krankheiten des Blutes	38	0,1	22	0,1	16	0,2
Psychiatrische Krankheiten	9.144	30,4	4.608	23,9	4.536	41,7
Krankheiten des Nervensystems	1.127	3,7	665	3,5	462	4,3
Affektionen des Auges	253	0,8	157	0,8	96	0,9
Krankheiten des Ohres	87	0,3	57	0,3	30	0,3
Rheumatisches Fieber und rheumatische Herz-Krankheiten	15	0,1	12	0,1	3	–
Hypertonie	529	1,8	403	2,1	126	1,2
Ischämische Herzkrankheiten	969	3,2	872	4,5	97	0,9
sonstige Herzkrankheiten	602	2,0	494	2,6	108	1,0
Cerebrovaskuläre Krankheiten	735	2,4	543	2,8	192	1,8
Krankheiten der Arterien	403	1,3	338	1,8	65	0,6
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	84	0,3	51	0,3	33	0,3
Sonstige Kreislaufkrankheiten	31	0,1	23	0,1	8	0,1
Krankheiten der oberen Luftwege	9	–	4	–	5	–
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	938	3,1	718	3,7	220	2,0
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	2	–	1	–	1	–
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	208	0,7	114	0,6	94	0,9
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	340	1,1	284	1,5	56	0,5
Krankheiten der Harnorgane	205	0,7	134	0,7	71	0,7
Krankheiten der männl. Geschlechtsorgane	5	–	5	–	–	–
Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane	20	0,1	–	–	20	0,2
Fehlgeburt, Interruptio	1	–	–	–	1	–
Komplik. d. Grav., Entbindung, Wochenbett	1	–	–	–	1	–
Normale Entbindung	–	–	–	–	–	–
Kh. der Haut und des Unterhautzellgewebes	125	0,4	79	0,4	46	0,4
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebes	9.534	31,6	6.684	34,7	2.850	26,2
Kongenitale Missbildungen	104	0,3	61	0,3	43	0,4
Perinatale Affektionen	–	–	–	–	–	–
Symptome und schlecht bez. Affektionen	358	1,2	240	1,3	118	1,1
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	66	0,2	54	0,3	12	0,1
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	195	0,7	178	0,9	17	0,2
sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	20	0,1	18	0,1	2	–
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	139	0,5	114	0,6	25	0,2
Sportunfälle	22	0,1	19	0,1	3	–
Gewerbliche Vergiftungen	–	–	–	–	–	–
Nichtgewerbliche Vergiftungen	–	–	–	–	–	–
Suizidversuche, Selbstmord, absichtliche Selbstbeschädigung	2	–	1	–	1	–
Absichtliche Verletzungen durch andere Personen, Tötung	–	–	–	–	–	–
sonst. exogene Ursachen (z. B. med. Kompl.)	40	0,1	28	0,2	12	0,1
unbekannte exogene Ursachen	12	–	7	–	5	–
verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	6	–	2	–	4	–
§§ 254 Abs.2 bzw. 271 Abs.2 bzw. 279 Abs.2 ASVG	76	0,3	–	–	76	0,7
Krankheitsgruppe unbekannt	–	–	–	–	–	–
insgesamt	30.131	100,0	19.264	100,0	10.867	99,9

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen.

Die folgende Grafik veranschaulicht deutlich die Verteilung der häufigsten Diagnosegruppen bei der Gewährung von Invaliditätspensionen. Wie ersichtlich, bilden Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit fast einem Drittel aller Diagnosen

den häufigsten Grund für eine Invaliditätspension, dicht gefolgt von psychiatrischen Krankheiten. Aber auch Herz-Kreislaufkrankungen und Neubildungen (zu 94 Prozent bösartige Neubildungen bzw. Krebserkrankungen) stellen einen bedeutenden Anteil.

Grafik 4.110: Invaliditätspensionen, häufigste Diagnosegruppen, Österreich 2009



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen.

Differenziert nach Geschlecht zeigen sich merkliche Unterschiede bei den Hauptanteilen der Diagnosen. Bei den Männern sind die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 34,7 Prozent

sowie die Herz-Kreislaufkrankungen mit 14,3 Prozent, relevant. Bei Frauen nehmen die psychiatrischen Krankheiten mit 41,7 Prozent einen großen Anteil der Hauptdiagnosen ein.

4.6 Krankenstände und Invaliditätspensionen

Zusammenfassung

Die Zahl der Krankenstände und die durchschnittliche Krankenstandsdauer der Beschäftigten in Wien gehen seit einigen Jahren zurück, damit setzen die Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) den österreichweiten Trend fort. Es ist zu vermuten, dass die Rückgänge bei den Krankenständen vor allem auf die verschärfte Situation am Arbeitsmarkt zurückzuführen sind.

Die **durchschnittliche Krankenstandsdauer** pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2009 bei der WGKK 10,2 Tage, was einem neuerlichen Tiefstand entspricht.

Auch bei den **Krankenstandstagen pro Beschäftigten** (Arbeiterinnen/Arbeiter und Angestellte) ist seit Mitte der 1990er Jahre ein deutlicher Rückgang zu beobachten. 2009 entfielen auf eine/n Beschäftigte/n durchschnittlich 13,2 (WGKK) bzw. 12,6 (Österreich) Krankenstandstage. Zwischen 1995 und 2009 ging die durchschnittliche Krankenstandsdauer in Wien (WGKK) um 3 Tage (-18,5 Prozent), österreichweit um 2,3 Tage (-15,4 Prozent) zurück. Bei den Krankenständen sind sowohl **geschlechtsspezifische** und **regionale** Unterschiede, als auch Unterschiede zwischen **Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten** zu verzeichnen. Frauen weisen in Wien wie auch in Gesamtösterreich eine kürzere Krankenstandsdauer pro Krankenstandsfall auf. Dies dürfte auf den höheren weiblichen Anteil bei den Angestellten zurückzuführen sein, denn bei den Arbeiterinnen und Arbeitern (WGKK) weisen Frauen einen durchschnittlich ein bis zwei Tage längeren Krankenstand auf als Männer. Bei den Angestellten melden sich hingegen Männer um rund einen Tag länger krank als Frauen.

Auch insgesamt weisen Arbeiterinnen und Arbeiter eine längere Krankenstandsdauer auf als Angestellte (WGKK 2009: 12,3 versus 9,1 Tage)

Summary: Sick Leaves

Over the last years, cases of sick leaves and the average duration of sick leaves in Vienna have been going down. The people insured with the Vienna Health Insurance Fund (WGKK) are continuing this trend, which can be observed in all of Austria. This development can be assumed to be caused mainly by the more difficult situation on the labour market.

The average duration of sick leaves reached its lowest level ever in 2009, with 10.2 days for persons insured with the Vienna Health Insurance Fund.

The number of days of sick leave per employee (labourers and salaried employees) has also been decreasing significantly since the mid-1990s. In 2009, the average sick leave days per employee was 13.2 (Vienna – WGKK), the Austrian average was 12.6. Between 1995 and 2009, sick leaves decreased by 3 days (-18.5 percent) in Vienna (WGKK) and 2.3 days (-15.4 percent) in Austria overall.

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

Overall, labourers have longer sick leaves than salaried employees (WGKK 2009: 12.3 and 9.1 days).

4.7 Stationäre Aufenthalte (Spitalsentlassungsstatistik)

Zusammenfassung

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

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

Im Jahr 2008 wurden Wienerinnen und Wiener 500.000-mal in einem österreichischen Spital stationär behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (1+ Tagesaufenthalte) in Wiener Akutkrankenanstalten belief sich im Jahr 2008 auf 7,7 Tage; Österreich: 6,8 Tage). Damit setzt sich, wenngleich weniger stark als in Gesamtösterreich, der Trend der Vorjahre zu noch kürzeren Aufenthalten pro Spitalsaufnahme fort. Damit einher geht ein Rückgang an Pfl egetagen im Spital.

Die längsten Krankenhausaufenthalte sind auch 2008 bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem Herzkrankheiten) zu verzeichnen, wenngleich es hier im Laufe der letzten Jahre zu einem drastischen Rückgang kam.

Summary: In-patient Treatment (Hospital Discharge Data)

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

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

In 2008, Viennese were treated as in-patients in Austrian hospitals 500,000 times. The average duration of stay (more than one day) in Vienna's acute care hospitals in 2008 was 7.7 days (Austria: 6.8 days). This continues the trend of the previous years towards shorter stays in hospital, albeit not as markedly as in Austria overall. There has also been a decrease in treatment days.

As in previous years, the longest hospital stays in 2008 were due to cardiovascular diseases (in particular heart diseases), although there has been a remarkable reduction from previous years.

Einführung

Neben Befragungen zur selbst berichteten Morbidität, diversen Registern, Statistiken zu meldepflichtigen Krankheiten sowie den Statistiken der Sozialversicherungen zu Krankenständen wird auch die Spitalsentlassungsstatistik der Akutkrankenanstalten gemeinhin zur Beschreibung des Gesundheitszustandes

einer Bevölkerung herangezogen. Wenngleich keine der genannten Quellen ein hundertprozentiges Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens bietet, so geben sie doch, mit den nötigen Einschränkungen interpretiert, einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß vorherrschender Krankheiten bzw. lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu.

Im Allgemeinen kann deshalb von den Daten der Krankenanstalten auch nicht auf die Gesamtmorbidität in einer Bevölkerung geschlossen werden, wenn gleich sie wichtige Anhaltspunkte für das Krankheits- und Leistungsgeschehen bieten. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Auch das 1997 eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF), welches auf leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen beruht, findet seinen Niederschlag in der Statistik (z. B. Zunahme der Aufnahmen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer).

Die aus der Spitalsentlassungsstatistik gewonnenen Daten beziehen sich nur auf jene Krankheitsfälle, die in einer Krankenanstalt stationär behandelt wurden, einschließlich Null-Tagespatientinnen und -patienten (früher als Tagespatientinnen und -patienten bezeichnet). Es handelt sich dabei um eine **fallbezogene Statistik**, d. h. eine Person, die mehrmals während eines Jahres stationär aufgenommen wird, wird bei jedem Aufenthalt gesondert (also als neuer Fall) registriert.

Als Diagnosesystematik wird seit dem Berichtsjahr 2001 die ICD-10 BMSG 2001-Version verwendet. Bei **Zeitreihenvergleichen** ist es daher möglich, dass es zu Brüchen einerseits aufgrund der Einführung der ICD-10 Klassifikation, andererseits durch Einführung des LKF-Systems kommt.³⁰⁹ Vor allem die Umstellung auf **LKF** im Jahr 1997 und die daraus folgenden Auswirkungen auf die Anzahl der Aufnahmefälle und die jeweilige Aufenthaltsdauer macht die Analyse zeitlicher Trends problematisch. Für eine aussagekräftige Trendanalyse ist daher dieser Bruch zu berücksichtigen bzw. ist für die Interpretation einer Zeitreihe sinnvollerweise 1997 als Trennung zu benützen.

Zusätzlich wird seit dem Berichtsjahr 2005, dem internationalen Berechnungsmodus entsprechend, die **Aufenthaltsdauer** in der Spitalsentlassungsstatistik

insofern korrigiert, als die so genannten **Null-Tagespatientinnen und -patienten** nun in der Berechnung der Aufenthaltsdauer nicht mehr mitberücksichtigt, sondern als Null-Tagesaufenthalte³¹⁰ gesondert ausgewiesen werden. Somit wird in der Statistik nur mehr eine Aufenthaltsdauer von ein und mehr Tagen ausgewertet, was zu einer Veränderung der Werte führt und ebenfalls die Interpretation einer Zeitreihe erschwert. Gleichzeitig werden 2005 erstmals die Ergebnisse nur der **Akutkrankenanstalten** präsentiert.³¹¹ Aus diesem Grund müssen in diesem Bericht vorerst einige Trend-Grafiken aus dem zuletzt publizierten Bericht übernommen werden, da eine Neuberechnung bzw. Angleichung der früheren Werte für Wien zur Zeit nicht möglich ist.

Für Auswertungen der Spitalsentlassungsstatistik stehen Angaben zur **Hauptdiagnose bei der Entlassung** (nicht aber zu den zusätzlich behandelten Erkrankungen) sowie zur **Dauer der stationären Aufenthalte** zur Verfügung. Grundsätzlich sind regionale, geschlechts- und altersspezifische Differenzierungen möglich.

Auswertungen auf Bundesländerebene können entweder unter Bezugnahme auf die Krankenanstalten der jeweiligen Bundesländer vorgenommen werden, oder unter Bezugnahme auf den Wohnort der behandelten Personen, also unabhängig vom Standort der behandelnden Krankenanstalt. Da im vorliegenden Bericht die Gesundheitssituation der Wiener Bevölkerung im Mittelpunkt der Betrachtung steht und nicht das Leistungsgeschehen in den Wiener Krankenanstalten, gilt bei der Darstellung der stationär behandelten Krankheitsgruppen das Hauptaugenmerk der **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten). Allerdings ist die nach dem **Standort** der Krankenanstalten geführte Statistik detaillierter in Hinblick auf Untergliederung der Hauptkrankheitsgruppen und empfiehlt sich daher für die genauere epidemiologische Auswertung. Auch in Hinblick auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erschien es sinnvoller, die Situation in Wiener Krankenanstalten darzustellen. Ebenso waren für die Gegenüberstellung der Aufenthaltsdauer

³⁰⁹ STATISTIK AUSTRIA (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, S. 135.

³¹⁰ Als Null-Tagesfälle werden jene Fälle bezeichnet, welche am Tag der stationären Aufnahme vor Mitternacht wieder entlassen werden (tagesklinische Versorgung).

³¹¹ STATISTIK AUSTRIA (2007), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, S. 32.

in österreichischen und Wiener Spitälern die Daten nach dem Standort der Krankenanstalt heranzuziehen. Insgesamt differieren jedoch die Werte in den beiden Statistiken nicht sehr stark.

Stationäre Behandlungsfälle – Hauptdiagnosen

Im Jahr 2008 wurden in österreichischen Krankenanstalten etwas mehr als 500.000 Behandlungsfälle von Wienerinnen und Wienern registriert.

Zu den **häufigsten Entlassungsdiagnosen** von Wienerinnen und Wienern zählten auch 2008 Neubildungen (17 Prozent aller Diagnosen) dicht gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zu je 11 Prozent. Vor allem bei den Aufnahmefällen aufgrund einer Krebserkrankung muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hier sehr häufig (therapiebedingt) um Mehrfachaufnahmen handelt.³¹²

Österreichweit ist laut STATISTIK AUSTRIA innerhalb der letzten fünf Jahre ein starker Anstieg der stationären Fälle aufgrund von Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Neubildungen, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde zu beobachten.

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

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber auch aufgrund von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit Gravidität und Entbindung, befinden sich **Frauen** häufiger in stationärer Behandlung als Männer. Besonders dominiert das weibliche Geschlecht bei Neubildungen (Brustkrebs), bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, bei Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, bei Hypertonie, bei Krankheiten des Urogenitalsystems sowie insbesondere bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (bei zuletzt genannter Gruppe fast doppelt so viele Fälle weiblicher Patientinnen).

Wie aus *Tabelle 4.30* ersichtlich ist, treten fast alle diese Erkrankungen vor allem im höheren Lebensalter auf und sind somit, wie bereits erwähnt, bei den Frauen vorwiegend auf deren durchschnittlich höheres Lebensalter zurückzuführen.

Bei den **Männern** hingegen überwiegen insbesondere die Diagnosen bösartige Neubildungen von Bronchus und Lunge (was zu einem sehr hohen Anteil auf das männliche Rauchverhalten zurückzuführen ist) und bösartige Neubildungen des Dickdarms, sowie ischämische Herzkrankheiten (*siehe Tabelle 4.30 und Tabelle 4.31, S. 266*). Die *folgende Tabelle* zeigt, dass bei den meisten, insbesondere bei den beiden häufigsten Krankheitsgruppen (Krebserkrankungen und Herz-Kreislaufkrankheiten), die Aufnahmefälle mit zunehmendem **Alter** kontinuierlich und mitunter sogar drastisch ansteigen.

³¹² Zur Beschreibung der Spitalsentlassungsstatistik als Fall- und nicht Personenstatistik siehe Einführung zu Beginn des Kapitels.

Tabelle 4.30: Spitalsentlassungsfälle 2008 Wiener Wohnbevölkerung (in allen österreichischen Akutkrankenhäusern), nach Altersgruppen und Geschlecht

Hauptdiagnosegruppen ICD 10. Rev.	Geschlecht	Stationäre Aufenthalte			Alter (in Jahren)			
		Stationäre PatientInnen (Fälle) insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	darunter verstorben	0–14	15–44	45–64	65+
Alle Diagnosen A00–Z99 [exkl. U-Codes]	Z	509.431	119.341	9.435	35.868	118.470	138.747	216.346
	M	217.101	54.645	4.357	21.020	43.253	66.364	86.464
	W	292.330	64.696	5.078	14.848	75.217	72.383	129.882
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten A00–B99	Z	11.062	1.161	522	2.907	2.661	2.060	3.434
	M	5.442	677	255	1.587	1.380	1.213	1.262
	W	5.620	484	267	1.320	1.281	847	2.172
II. Neubildungen C00–D48	Z	86.661	41.731	2.491	2.083	9.721	33.948	40.909
	M	39.201	20.015	1.265	1.191	3.472	14.700	19.838
	W	47.460	21.716	1.226	892	6.249	19.248	21.071
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50–D89	Z	4.777	2.776	44	622	923	830	2.402
	M	2.135	1.377	15	380	351	300	1.104
	W	2.642	1.399	29	242	572	530	1.298
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten E00–E90	Z	15.752	2.432	257	859	2.275	4.505	8.113
	M	6.334	1.266	106	517	740	2.190	2.887
	W	9.418	1.166	151	342	1.535	2.315	5.226
V. Psychische und Verhaltensstörungen F00–F99	Z	23.537	5.079	137	3.170	9.950	5.441	4.976
	M	10.897	2.750	59	2.110	4.639	2.596	1.552
	W	12.640	2.329	78	1.060	5.311	2.845	3.424
VI. Krankheiten des Nervensystems G00–G99	Z	20.798	3.379	211	1.057	4.535	6.569	8.637
	M	9.765	1.347	111	513	2.060	3.568	3.624
	W	11.033	2.032	100	544	2.475	3.001	5.013
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde H00–H59	Z	28.133	10.600	2	295	1.175	5.419	21.244
	M	11.110	4.267	–	133	593	2.681	7.703
	W	17.023	6.333	2	162	582	2.738	13.541
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes H60H95	Z	6.527	2.926	1	920	2.143	2.065	1.399
	M	3.276	1.597	1	545	1.112	1.008	611
	W	3.251	1.329	–	375	1.031	1.057	788
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems I00–I99	Z	57.635	9.062	2.541	260	4.818	15.585	36.972
	M	29.122	5.129	1.088	173	2.754	9.675	16.520
	W	28.513	3.933	1.453	87	2.064	5.910	20.452
X. Krankheiten des Atmungssystems J00–J99	Z	29.013	3.672	1.026	7.014	5.831	6.356	9.812
	M	15.475	2.112	487	4.121	3.113	3.573	4.668
	W	13.538	1.560	539	2.893	2.718	2.783	5.144
XI. Krankheiten des Verdauungssystems K00–K93	Z	39.578	5.517	602	1.825	10.041	12.667	15.045
	M	19.229	2.551	278	1.085	5.008	6.757	6.379
	W	20.349	2.966	324	740	5.033	5.910	8.666
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut L00–L99	Z	7.295	1.705	54	662	2.482	1.766	2.385
	M	3.489	791	19	341	1.378	896	874
	W	3.806	914	35	321	1.104	870	1.511
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes M00–M99	Z	53.649	11.566	70	571	8.781	19.228	25.069
	M	18.063	3.191	26	295	4.013	7.047	6.708
	W	35.586	8.375	44	276	4.768	12.181	18.361
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems N00–N99	Z	31.905	5.951	504	2.673	9.130	8.952	11.150
	M	12.090	3.034	207	1.779	2.383	3.184	4.744
	W	19.815	2.917	297	894	6.747	5.768	6.406
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett O00–O99	Z	26.189	2.190	–	11	26.068	110	–
	M	–	–	–	–	–	–	–
	W	26.189	2.190	–	11	26.068	110	–
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben P00–P96	Z	2.453	68	52	2.448	5	–	–
	M	1.435	34	29	1.435	–	–	–
	W	1.018	34	23	1.013	5	–	–
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien Q00–Q99	Z	3.344	532	22	1.827	945	304	268
	M	1.663	263	11	1.176	290	90	107
	W	1.681	269	11	651	655	214	161
XVIII. Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind R00R99	Z	20.474	5.002	513	2.596	4.490	4.067	9.321
	M	8.483	2.037	239	1.254	1.769	2.022	3.438
	W	11.991	2.965	274	1.342	2.721	2.045	5.883
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen S00–T98	Z	39.893	3.584	383	4.004	12.188	8.662	15.039
	M	19.517	1.996	158	2.363	8.103	4.725	4.326
	W	20.376	1.588	225	1.641	4.085	3.937	10.713
XX. Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme d. Gesundheitswesens führen Z00–Z99	Z	756	408	3	64	308	213	171
	M	375	211	3	22	95	139	119
	W	381	197	–	42	213	74	52

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Aufnahmefälle und Aufenthaltsdauer

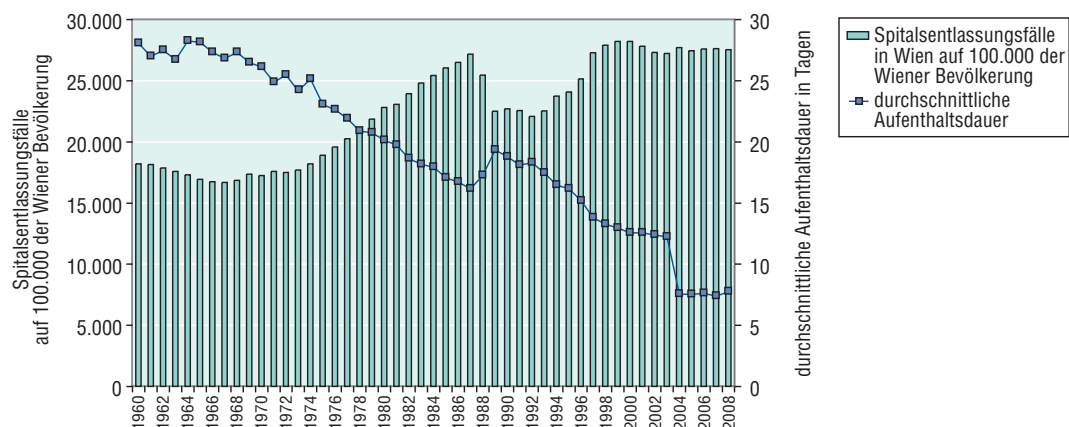
Der seit Jahren zu verzeichnende Anstieg der Aufnahme- bzw. Entlassungsfälle bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer (verstärkt seit Einführung des LKF-Systems³¹³) muss neben einer verbesserten medizinischen Versorgung vor allem auch unter systemimmanenten Aspekten gesehen werden.³¹⁴

Doch auch bei einer Eingrenzung der stationären Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von 1 bis 28 Tagen und beim Median bestätigt sich der Trend einer Zunahme der Fälle bei gleichzeitiger Abnahme der Aufenthaltsdauer. Überdies sind seit 1989 die Null-Tagesfälle um das Fünffache gestiegen.³¹⁵

Die für 2008 errechnete **durchschnittliche Aufenthaltsdauer** aller Ein- und Mehrtagespatientinnen und -patienten (1+ Tage) in **Wiener Akutkrankenanstalten**³¹⁶ beträgt 7,7 Tage; der durchschnittliche Aufenthalt bei Verweildauern zwischen 1 und 28 Tagen beträgt 5,9 Tage (siehe auch Grafik 4.114).

Grafik 4.111 zeigt die Entwicklung des Verhältnisses von Aufnahme- bzw. Entlassungsfällen und durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in Wiener Krankenanstalten seit 1960. Dabei wird deutlich ersichtlich, dass die Zunahme von Aufnahmefällen mit einer Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einhergeht.

Grafik 4.111: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer* in Wiener Krankenanstalten 1960–2008



* Pflage/Entlassungsfälle, Standort Wien mit Ortsfremden.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

³¹³ Finanzierung nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

³¹⁴ Siehe Einführung zu Beginn dieses Kapitels.

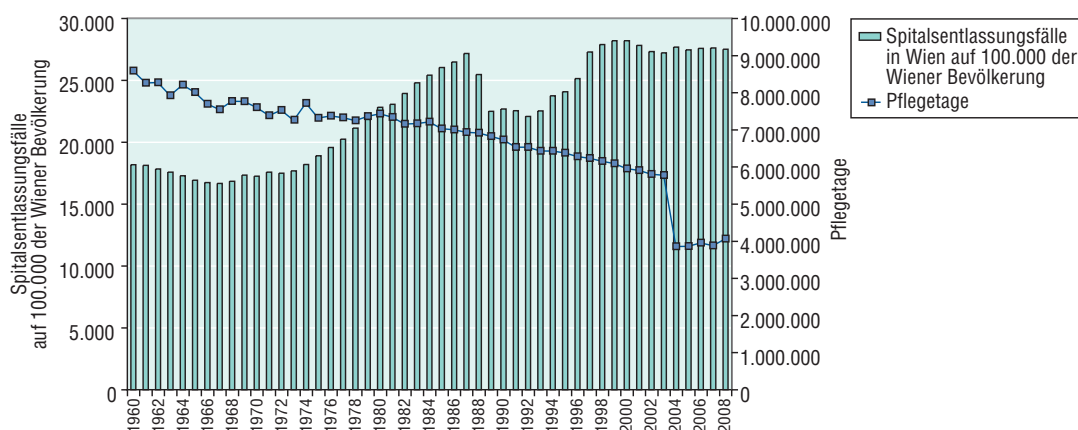
³¹⁵ Statistik Austria: <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/index.html> (November 2007).

³¹⁶ Inkludierte Spitäler: AKH – Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (K901), Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien (K903), Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien (K904), Confraternität – Privatklinik Josefstadt (K905), Kaiserin Elisabeth Spital der Stadt Wien (K906), Evangelisches Krankenhaus Wien (K908), Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf (K909), Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien (K910), Kranken- und Entbindungsanstalt „Goldenes Kreuz“ Wien (K911), Hanusch-Krankenhaus der WGKK (K912), Sanatorium Hera (K913), Herz-Jesu-Krankenhaus Wien (K914), Hartmannspital Wien (K915), Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (K916), Krankenanstalt der Stadt Wien – Rudolfstiftung mit Department Semmelweis Frauenklinik (K917), Krankenhaus St. Elisabeth Wien (K918), St. Josef-Krankenhaus Wien (K919), Unfallkrankenhaus Meidling (K920), Wilhelminenspital der Stadt Wien (K921), Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien (K923), Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien – Gersthof (K928), Gottfried von Preyer'sches Kinderspital der Stadt Wien (K930), Heeresspital Wien (K933), Lorenz Böhler-Krankenhaus (K940), Orthopädisches Spital Wien (K943), (K948), Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus (K949), St. Anna Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde (K952), Wiener Privatklinik (K954), Krankenhaus Göttlicher Heiland (K955), Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Donaupital (K956), (K961), Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center (K963), Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner-Spital (K971).

Grafik 4.112 zeigt zum Vergleich auch das Verhältnis von Aufnahmefällen einerseits und insgesamt in Wiener Spitälern verbrachten Pflergetagen andererseits. Interessant ist, dass es trotz Berücksichtigung von Mehrfachaufenthalten insgesamt zu einem Rückgang

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

Grafik 4.112: Spitalsentlassungsfälle (auf 100.000 Wiener Wohnbevölkerung) und Pflergetage insgesamt* in Wiener Krankenanstalten 1960–2008



* Bettenbericht.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung (Sonderauswertung).

Aufenthaltsdauer in Wiener Spitälern

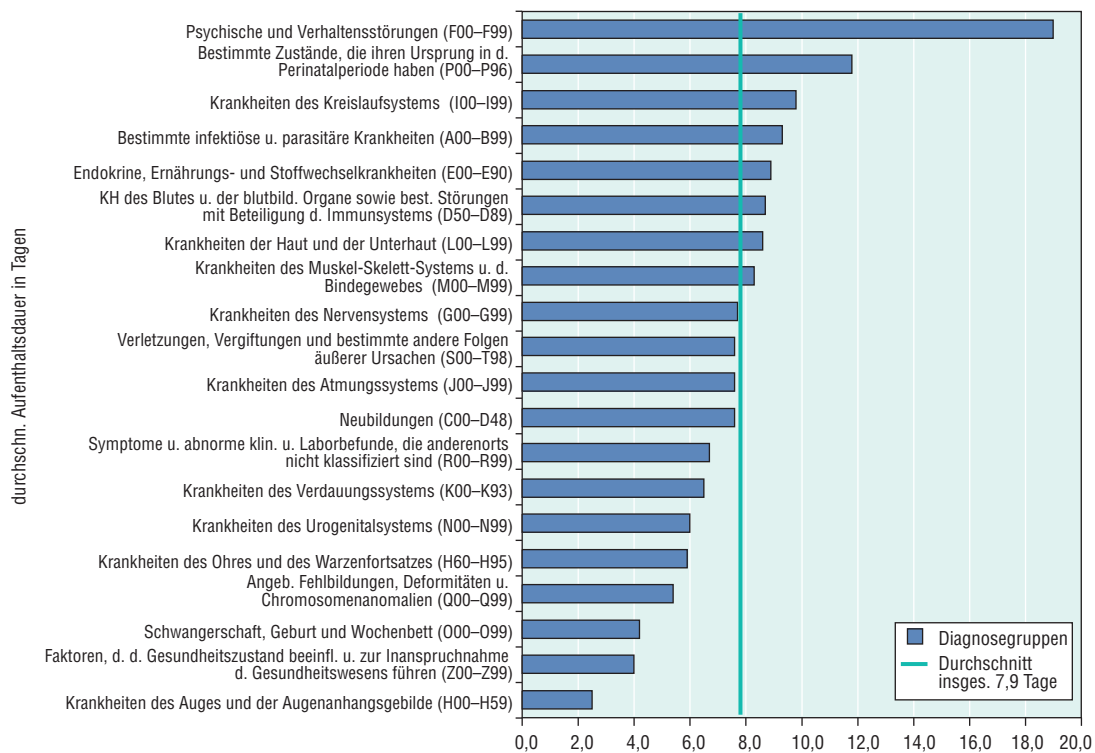
Bei der Rangreihung nach Aufenthaltsdauer pro Diagnosefall heben sich **psychische und Verhaltensstörungen** (v. a. Demenz, Schizophrenie, affektive Störungen sowie psychische Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) mit der längsten Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 18,7 Tagen von allen Diagnosegruppen deutlich ab.

Wenngleich in den letzten Jahren drastisch gesunken, verursachen **Krankheiten des Kreislaufsystems** (vor allem Herzkrankheiten) nach wie vor die längste Spi-

talsaufenthaltsdauer. Betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1999 noch 30,5 Tage, lag sie 2005 bei nur mehr 10,9 Tagen. Im Jahr 2008 betrug die Aufenthaltsdauer bei 1+ Tagesaufenthalten sogar nur mehr 10,4 Tage. Bei den Patientinnen ist jedoch – vor allem altersbedingt – die Aufenthaltsdauer etwas höher als bei den Patienten (*siehe Tabelle 4.32*).

Längere Verweildauern im Spital weisen auch Patientinnen und Patienten mit **Blutkrankheiten, endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** (v. a. **Diabetes**), und mit **Krankheiten des Nervensystems** (v. a. Alzheimer-Krankheit) auf (*siehe Grafik 4.113*).

Grafik 4.113: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Wiener Akutkrankenanstalten nach Diagnosegruppen 2008



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. Erstellt am 23.11.2009.

Die folgenden beiden Tabellen geben die etwas detaillierter aufgelisteten Hauptdiagnosen, die gesondert ausgewiesenen Null-Tagesaufenthalte und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (getrennt nach arithmetischem Mittel von Ein- und Mehrtagesaufenthalten einerseits und Aufenthalten von 1 bis 28 Tagen anderer-

seits sowie Medianwerte in Wiener Akutkrankenanstalten wieder. In diesen Tabellen sind alle in Wien behandelten Patientinnen und Patienten inkludiert, also auch solche aus anderen Bundesländern und dem Ausland.

Tabelle 4.31: Stationär behandelte Patientinnen und Patienten in Wiener Akutkrankenanstalten* ** 2008 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre Aufenthalte insgesamt			darunter 0-Tagesaufenthalte***		
			insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer
I-XVIII		Alle Diagnosen	607.430	341.575	265.855	149.235	79.718	69.517
I.	A00–B99	Best. infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.209	6.097	6.112	1.310	523	787
II.	C00–D48	Neubildungen	120.148	64.422	55.726	57.900	29.487	28.413
	darunter:							
	C18	B.N. Dickdarm	6.491	2.701	3.790	2.002	1.005	1.947
	C34	B.N. Bronchus und Lunge	13.108	5.119	7.989	7.998	3.007	4.991
	C50	B.N. Brustdrüse	16.546	16.479	67	8.452	8.416	36
	C61	B.N. Prostata	4.525		4.525	1.769		1.769
III.	D50–D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	5.714	3.170	2.544	3.403	1.766	1.637
IV.	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18.670	10.901	7.769	2.960	1.305	1.655
	darunter:							
	E10–E14	Diabetes mellitus	8.701	4.391	4.310	1.475	615	860
V.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	24.962	13.227	11.735	5.509	2.513	2.996
	darunter:							
	F00–F03	Demenz	2.788	1.968	820	90	59	31
	F10	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.307	903	2.404	721	210	511
	F11–F19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	1.173	427	756	130	43	87
VI.	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	25.388	13.051	12.337	4.112	2.470	1.642
VII.	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	37.034	21.976	15.058	14.318	8.386	5.932
VIII.	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.513	3.695	3.818	3.378	1.525	1.853
IX.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	64.945	31.220	33.725	10.076	4.225	5.851
	darunter:							
	I10–I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	6.672	4.334	2.338	572	262	310
	I20	Angina pectoris	2.629	1.139	1.490	149	58	91
	I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	2.573	990	1.583	240	153	87
	I23–I25	Andere ischämische Herzkrankheiten	8.937	2.919	6.018	1.182	455	727
	I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	9.034	4.208	4.826	1.824	566	1.258
	I70	Atherosklerose	2.175	942	1.233	943	434	509
X.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	32.219	14.911	17.308	4.035	1.730	2.305
XI.	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	45.245	22.866	22.379	6.500	3.464	3.036
XII.	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8.917	4.625	4.292	2.186	1.145	1.041
XIII.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	67.357	43.580	23.777	13.907	9.966	3.941
XIV.	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	36.226	22.333	13.893	6.824	3.429	3.395
XV.	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	27.769	27.769	-	2.269	2.269	-
XVI.	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.713	1.133	1.580	67	35	32
XVII.	Q00Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.722	2.407	2.315	716	367	349
XVIII.	R00R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	21.657	12.544	9.113	5.298	3.110	2.188

* Inkludierte Spitäler: Siehe Fußnote 316, Inkludierte Spitäler.

** Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden sowie ausländischen Personen (Gastpatientinnen und -patienten, Touristinnen und Touristen).

*** Als Null-Tagesaufenthalte werden jene Fälle bezeichnet, welche am Tag der stationären Aufnahme vor Mitternacht wieder entlassen werden.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. Erstellt am 23.11.2009.

Tabelle 4.31: (Fortsetzung) Stationär behandelte Patientinnen und Patienten in Wiener Akutkrankenanstalten* ** 2008 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Stationäre Aufenthalte insgesamt			darunter 0-Tagesaufenthalte***		
			insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer
XIX.	S00T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	42.859	21.215	21.644	3.950	1.763	2.187
XX.	Z00Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1.163	433	730	517	240	277

* Inkludierte Spitäler: siehe Fußnote 316, Inkludierte Spitäler.

** Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden sowie ausländischen Personen (Gastpatientinnen und -patienten, Touristinnen und Touristen).

*** Als Null-Tagesaufenthalte werden jene Fälle bezeichnet, welche am Tag der stationären Aufnahme vor Mitternacht wieder entlassen werden.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. Erstellt am 23.11.2009.

Tabelle 4.32: Aufenthaltsdauer von stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Wiener Akutkrankenanstalten* ** 2008 nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptgruppe	ICD-10 Codes	Hauptdiagnose	Aufenthaltsdauer für Aufenthalte von ... bis ... Tage								
			arithmet. Mittel						Median		
			1+ Tage			1–28 Tage			1+ Tage		
			insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer	insges.	Frauen	Männer
I–XVIII		Alle Diagnosen	7,7	7,7	7,7	5,9	5,7	6	4,1	3,9	4,2
I.	A00–B99	Best. infektiöse und parasitäre Krankheiten	9,5	9,4	9,6	6,8	6,6	6,9	5,1	5	5,3
II.	C00–D48	Neubildungen	7,3	7,9	6,8	5,6	6,1	5,3	3,7	4,1	3,4
	darunter:										
	C18	B.N. Dickdarm	7,7	7,5	8	5,6	5,5	5,6	2,8	2,8	2,8
	C34	B.N. Bronchus und Lunge	9,4	9,3	9,6	7,2	7,3	7,2	5,6	5,6	5,5
	C50	B.N. Brustdrüse	4,3	5,9	4,3	3,7	4,9	3,7	2	4,1	2
	C61	B.N. Prostata	7,4	7,4	.	6,5	6,5	.	5,1	5,1	.
III.	D50–D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	8,5	8	8,8	6,7	6,5	6,9	5,3	4,8	5,6
IV.	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,5	8,5	8,5	7	6,9	7,1	5,4	5,3	5,4
	darunter:										
	E10–E14	Diabetes mellitus	10,5	10,1	10,9	8,6	8,1	9	7,4	7,1	7,8
V.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	18,7	19,6	18	9,3	8,8	9,7	9,7	9	10,1
	darunter:										
	F00–F03	Demenz	20,9	23,1	19,9	11,5	11,7	11,4	12,9	14	12,5
	F10	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol	11,2	12,3	8,5	5,7	5,6	6,1	3	2,9	3,1
	F11–F19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	19	20,1	17	8,4	8,5	8,2	8,9	8,9	8,8
VI.	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	7,2	6,4	8,1	5,3	4,5	6,2	3,1	1,8	4,4
VII.	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	1,9	1,9	1,9
VIII.	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5,9	5,7	6,1	5,8	5,6	6	5,2	5	5,4
IX.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	9,7	9,3	10,1	7	6,8	7,2	5,4	5,1	5,8
	darunter:										
	I10–I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	6,8	5,7	7,3	5,8	5	6,2	4,1	3,4	4,6
	I20	Angina pectoris	5,5	5,2	5,9	5,2	4,9	5,5	3,4	3,2	3,6
	I21–I22	Akuter Myokardinfarkt	10,4	9,7	11,4	8,5	8,1	9,2	7,4	7,1	8,3
	I23–I25	Andere ischämische Herzkrankheiten	7,6	7,3	8,4	6,2	6	6,7	4	3,8	4,6
	I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	18	16,9	19,2	10,3	10,1	10,4	10,8	10,2	11,4
	I70	Atherosklerose	13,3	14,3	12	8,4	8,7	8	8,4	9	7,4
X.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,5	7,1	7,9	6,2	6	6,5	4,5	4,4	4,8
XI.	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	6,4	6	6,8	5,3	5,1	5,6	3,9	3,8	4,1
XII.	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,5	7,7	9,3	6,2	5,9	6,4	4,4	4,3	4,7
XIII.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,9	6,8	8,5	7	6,2	7,5	5,1	4,2	5,8
XIV.	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	5,9	5,1	3,5	6,5	5,5	3,8	5,6	4,9	3,3
XV.	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,3	4,2	3,9	.	.	.	4,3	4,2	3,9
XVI.	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	12,4	12,5	12,2	7,4	7,6	7,1	6,4	6,5	6,2
XVII.	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5,4	5,6	5,1	4,3	4,5	4,2	2,7	3	2,4
XVIII.	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	6,7	6,1	7,2	5,3	4,8	5,6	3,4	3,1	3,7
XIX.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,7	6,4	9	5,6	4,7	6,5	3,4	2,8	4,2
XX.	Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	3,7	3,4	4,4	3,5	3,2	4,1	2,1	2,1	2,2

* Inkludierte Spitäler: Siehe Fußnote 316, Inkludierte Spitäler.

** Einschließlich der außerhalb von Wien wohnenden sowie ausländischen Personen (Gastpatientinnen und -patienten, Touristinnen und Touristen).

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. Erstellt am 23.11.2009.

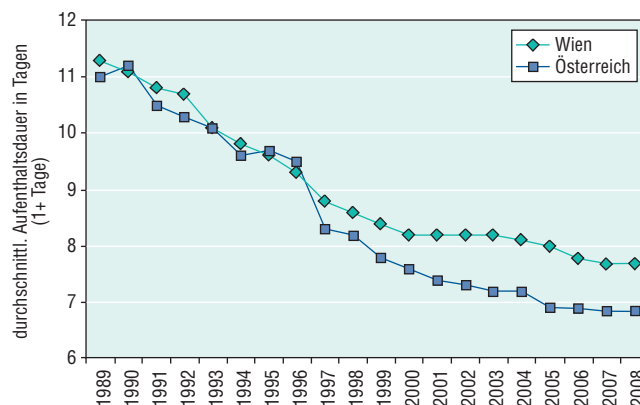
Vergleich Wien – Österreich

Ein Vergleich der durchschnittlichen Spitalsaufenthaltsdauer pro Behandlungsfall (nach Standort der Krankenanstalt) zwischen **Wien und Österreich** zeigt, dass es in beiden Fällen zu einem kontinuierlichen Rückgang kam. Während jedoch bis zur Einführung des LKF-Systems³¹⁷ im Jahr 1997 die Entwicklung in Wien und Gesamtösterreich ziemlich parallel verlief, ist seither eine zunehmende Divergenz in der Aufenthaltsdauer festzustellen, mit einem im Ver-

gleich zu Gesamtösterreich deutlich schwächeren Rückgang in Wien. Dies kann möglicherweise als Auswirkung der Spitzenversorgung in Wien interpretiert werden, dessen Einzugsgebiet sich auch nach Niederösterreich und in das Burgenland erstreckt.

Im Jahr 2008 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Ein- und Mehrtagespatientinnen und -patienten in Wiener Spitälern 7,7 Tage, im österreichischen Durchschnitt 6,8 Tage (*siehe folgende Grafik*)³¹⁸.

Grafik 4.114: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (1+ Tage) in Akutkrankenanstalten in Wien* und Österreich, 1989–2008



* Nach Standort der Krankenanstalt.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Der Vergleich der einzelnen **Bundesländer** zeigt überdies, dass Wien, die Steiermark und Kärnten bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (Aufenthalte von 1 bis 28 Tage) deutlich über dem österreichischen Durchschnitt liegen, während etwa Vorarlberg und Tirol die geringsten Werte aufweisen (*siehe folgende Grafik*)³¹⁹. Der Unterschied zwischen Wien und Vorarlberg beträgt 0,8 Tage. Für die Darstellung

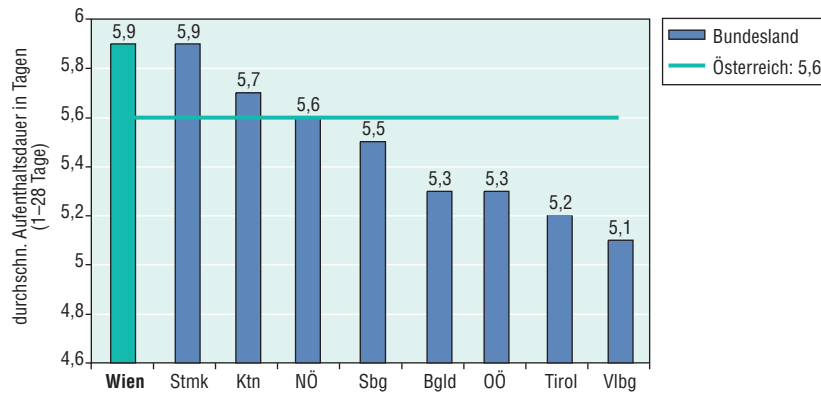
dieses Vergleichs wurden nur die Aufenthalte von 1 bis 28 Tage herangezogen. Die Differenz dürfte in der unterschiedlichen Versorgungsstruktur begründet sein, etwa bei der Langzeitversorgung oder in Hinblick auf Wien als spitzenversorgte Bundeshauptstadt mit einem über die Stadtgrenzen hinausreichenden größeren Einzugsgebiet.

³¹⁷ Finanzierung nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

³¹⁸ Statistik Austria, Direktion Bevölkerung:
<http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html>.

³¹⁹ Statistik Austria, Direktion Bevölkerung:
<http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html>.

Grafik 4.115: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (1–28 Tage) in Akutkrankenanstalten im Bundesländervergleich, 2008



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

**V.
GESUNDHEITSVERHALTEN,
LEBENSSTIL: RAUCHEN**

***HEALTH RELEVANT
BEHAVIOUR AND LIFE
STYLE: SMOKING***

INHALT

5	GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTIL: RAUCHEN	273
5.1	RAUCHERPRÄVALENZ UND RAUCHVERHALTEN IN WIEN	273
5.1.1	Rauchgewohnheiten	275
5.1.2	Soziale Aspekte des Rauchens	285
5.1.3	Rauchen und Gesundheit	289
5.1.4	Passivrauchen	293