



WHO-Ziel:
Verringerung
nicht übertragbarer Krankheiten

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:
Solidarität für die Gesundheit
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:
Verbesserung der psychischen
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:
Verringerung übertragbarer
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:
Verringerung nicht übertragbarer
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und
Verringerung der durch Alkohol
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 09

Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten

Seite

104 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

106 Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane

108 Diabetes

110 Erkrankungen der Bewegungsorgane

112 Krebserkrankungen

116 Lungenkrebs

118 Gesundenuntersuchung,
Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Herz-Kreislauf-
Erkrankungen stellen die
häufigste Todesursache,
gefolgt von
Krebserkrankungen,
chronischen
Atemwegserkrankungen,
Erkrankungen der
Verdauungsorgane und
Unfällen.

Die Reduzierung umwelt-
und verhaltensbedingter
Risikofaktoren bleibt
Dreh- und Angelpunkt von
Maßnahmen zur
Verringerung der
Neuerkrankungen.

Vermeidung und
Früherkennung von
Krankheit, qualitäts-
gesicherte, kostengünstige
Krankenversorgung und
Rehabilitation sollen die
Krankheitslast der
Bevölkerung reduzieren
und finanzierbar machen.

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind in Österreich, wie in anderen westeuropäischen Ländern, die häufigsten Ursachen des Todes, gefolgt von Krebserkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und Unfällen (Abb.1).

Gemeinsam mit Diabetes und Erkrankungen der Bewegungsorgane fordern sie auch hinsichtlich der Krankheitslast unserer Bevölkerung den höchsten Tribut. Die Summe der Einzel-erkrankungen, bevor sie zum Tode führen, wirft sowohl aus ökonomischer Sicht der Gesundheitspolitik als auch aus emotionaler Sicht der Betroffenen Probleme auf, die es zu vermeiden gilt. Die meisten Krankenhausaufenthalte sind auf nicht übertragbare und großteils vermeidbare Krankheiten zurückzuführen. 1998 lag die Zahl der stationären Entlassungen der Steirerinnen und Steirer bei nahezu 320.000. Bezogen auf die Bevölkerungsgröße ergibt das eine Jahresrate von gut 26.000 Krankenhausaufenthalten je 100.000 Einwohner (Abb.2). Damit liegt die Steiermark zwar unter dem österreichischen Durchschnitt von etwa 27.000 Krankenhausentlassungen auf 100.000 Einwohner, die Zahl der stationären Behandlungen ist jedoch im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern sehr hoch (vgl. Kapitel 4).

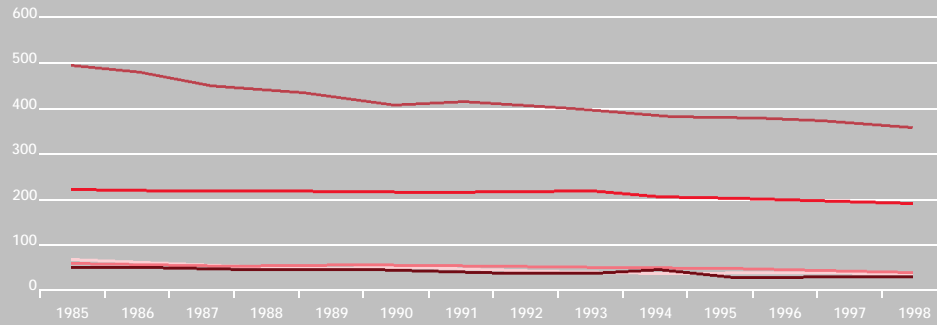
Die enorme Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in der Steiermark wirft die dringliche Forderung auf, Krankenbehandlungen nach Möglichkeit qualitätsgesichert und kostengünstiger in den Sektor der primären Gesundheitsversorgung zu verlagern. Genetische,

biologische, Verhaltens- und Umweltfaktoren beeinflussen die individuelle Prädisposition für nicht übertragbare Krankheiten. Den neuen Ergebnissen aus der Genforschung zufolge sind die Erbanlagen einer Person in Hinsicht auf die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, weitaus wichtiger als zuvor angenommen.

Dennoch bleibt die Reduzierung und Überwachung umwelt- und verhaltensbedingter Risikofaktoren Dreh- und Angelpunkt von Maßnahmen zur Verringerung der Neuerkrankungen. Integrierte Programme zur Reduzierung der Risikofaktoren für viele dieser Krankheiten können dazu beitragen, die kostenintensive und individuell belastende kurative Medizin hintanzuhalten. Zu diesen Risikofaktoren gehören allen voran Armut und jede Art der sozioökonomischen Benachteiligung, aber natürlich auch das Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, hoher Alkoholkonsum und verschiedenen Formen von Stress. Das zur Verhütung eines Großteils der nicht übertragbaren Krankheiten notwendige Wissen ist vorhanden. Außerdem erlauben Strategien für Screeningverfahren und für die Fallsuche die Früherkennung und Diagnose solcher Krankheiten in der Bevölkerung und beim Einzelnen. Darüber hinaus sind die Behandlungsmethoden bei einigen Krankheiten, wie zum Beispiel bei der Koronarerkrankung zunehmend effizienter geworden. Im übrigen bleibt die Rehabilitation eine wichtige Komponente des Krankheitsmanagements.

Die häufigsten Todesursachen in Österreich

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
 - Bösartige Neubildungen
 - Erkrankungen der Verdauungsorgane
 - Erkrankungen der Atmungsorgane
 - Unfälle und schädliche Wirkungen
- je 100.000 EW (SDR)



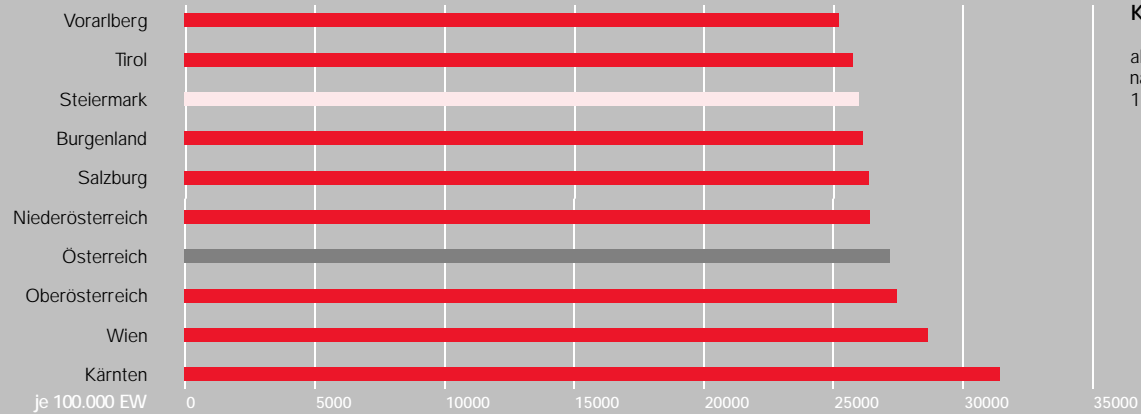
Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 390 – 459, 140 – 208, 520 – 579, 460 – 519, E800– 949)

n Abbildung 1

Mortalität

nach Diagnose-Hauptgruppen Österreich 1985 – 1998

Krankenhausentlassungen in den Bundesländern



Quelle: Statistik Österreich, Spitalsentlassungsfälle nach Wohnbundesland

n Abbildung 2

Krankenhausentlassungen

alle Diagnosegruppen nach Bundesland 1998

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der West- und Südsteiermark sterben deutlich mehr Menschen an Herzinfarkt als in den anderen steirischen Regionen. Der Schlaganfall ist in der Steiermark häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern.

Strategien auf der Bevölkerungsebene zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung sind ebenso wichtig wie Strategien in der Behandlung auf individueller klinischer Ebene. Voraussetzung für die Gestaltung von Gesundheitsprogrammen ist die Kenntnis des Gesundheitswissens und des Gesundheitszustandes der Menschen.

Die Analyse von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsdaten und die Berichterstattung darüber ermöglichen eine zielgerichtete Planung von Gesundheitsprogrammen und eine ergebnisorientierte Überwachung.

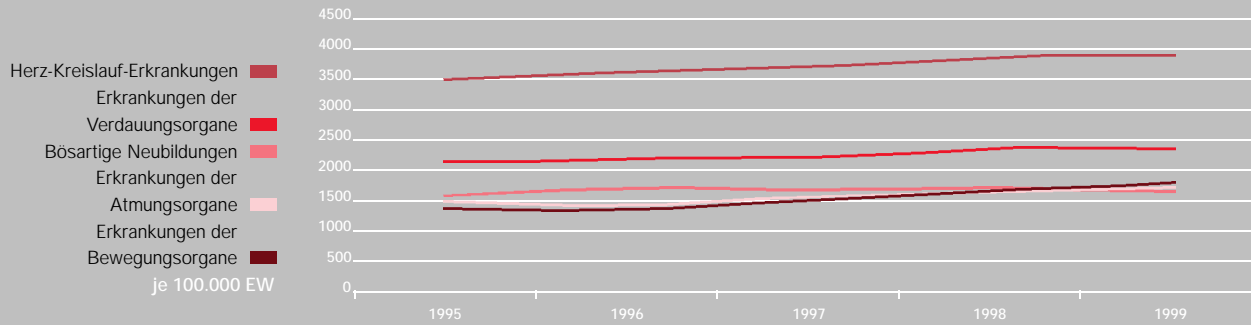
Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen der Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen infolge von Sauerstoffmangel, aber auch die Erkrankungen der Hirngefäße, allen voran der Schlaganfall. Ferner umfasst diese Krankheitsgruppe Durchblutungsstörungen der Extremitäten und den in der Bevölkerung weit verbreiteten Bluthochdruck. Wenngleich entsprechend der österreichischen Todesursachenstatistik Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen abnehmenden Trend aufweisen, so sind sie noch immer häufigste Ursache des Todes und veranlassen auch die meisten Krankenhausaufenthalte. In den steirischen Landeskrankenhäusern stieg die Zahl der stationären Aufenthalte infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen 1995 und 1999 kontinuierlich an (Abb.3). Wurden zu Beginn dieses Zeitraumes noch etwa 3.500 Entlassungen in dieser Diagnosegruppe auf 100.000 Einwohner pro Jahr gezählt, waren es fünf Jahre später über 3.900. Dieser zunehmende Trend der Krankenhausaufenthalte ist auch für andere Diagnosegruppen zu beobachten. Trotz umfangreicher stationärer Versorgung und zunehmend verbesserten Diagnose- und Therapieverfahren fehlt es oft an der Interaktion zwischen der Notfall-, Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung.

Der Herzinfarkt illustriert dieses Beispiel gut. Strategien zur Behandlung und Rehabilitation sind ebenso wie Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventions-Strategien zur Bekämpfung und zum Management von Risikofaktoren erforderlich. Diese Strategien müssen auf Bevölkerungsebene ansetzen, wobei die Notfallsdienste in akuten Fällen eine rasche Intervention sicherstellen, gefolgt von einer raschen Überführung ins Krankenhaus und wirkungsvoller Therapie (z.B. koronare Thrombolyse). Darüber hinaus kommt gut organisierten Rehabilitationsdiensten eine wesentliche Bedeutung zu.

Zwischen 1994 und 1998 lag die altersstandardisierte jährliche Sterberate infolge von Herzinfarkt steiermarkweit bei 65 auf 100.000 Einwohner. Die regionalen Unterschiede in der Sterblichkeit sind zum Teil beträchtlich. Mit 85 Todesfällen auf 100.000 Einwohner ist das Risiko der Bevölkerung in der West- und Südsteiermark, an Herzinfarkt zu sterben, statistisch signifikant höher als in den restlichen Regionen (Abb.4). Die Gesamtheit der nötigen Interventionen könnte in einem Gesundheitsprogramm zusammengefasst werden. Voraussetzung für die Gestaltung eines Programms ist die Kenntnis des Gesundheitswissens und des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Sodann könnten die wissenschaftlichen Nachweise für ein ausgewogenes Verhältnis von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in einer bevölkerungsorientierten gesundheitsfördernden Gesamtpolitik als auch im klinischen Management berücksichtigt werden. Auf Bevölkerungsebene wird dies die Bedeutung multisektoraler und interdisziplinärer Ansätze herausstellen; auf der individuellen klinischen Ebene wird dies eine Auswahl unter wissenschaftlich erhärteten Interventionsmethoden ermöglichen. Zielgerichtetes, ergebnisorientiertes Monitoring und Feedback unter Zugrundelegung abgestimmter Indikatoren wird auf beiden Ebenen von wesentlicher Bedeutung sein.

Weitere vorangestellte Ergebnisse aus der Gesundheitsstatistik sollen Veranlassung zu vergleichbaren Gesundheitsprogrammen sein. So stellen zum Beispiel der Schlaganfall und andere Hirngefäßerkrankungen in der Steiermark häufiger die Todesursache als in anderen Bundesländern. 1998 starben in der Steiermark 150 Menschen je 100.000 Einwohner als Folge eines Schlaganfalles oder einer Hirngefäßerkrankung. Der Vergleichswert für Österreich lag bei 120 und

Krankenhausentlassungen in der Steiermark



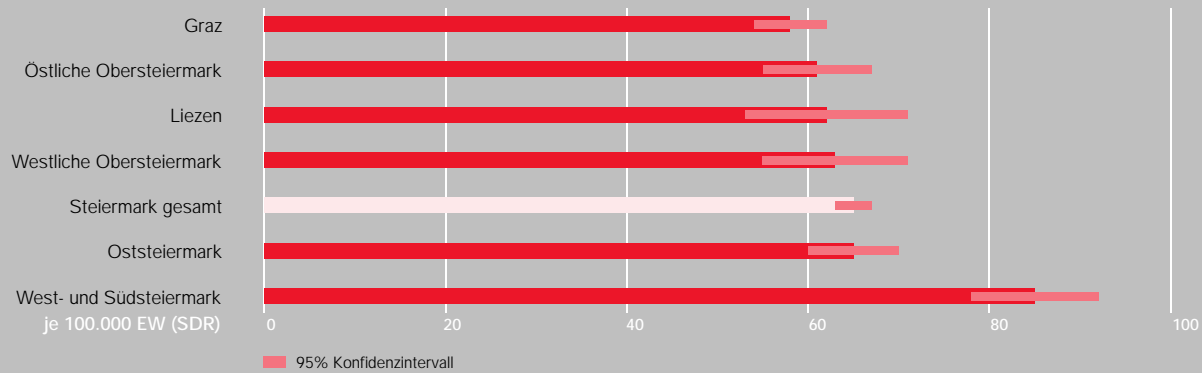
Quelle: SKAFF-Spitalsentlassungen ohne Tagespatienten (ICD-9: II, 140 – 208, VII, VIII, IX, XIII)

n Abbildung 3

Krankenhausentlassungen in der Steiermark

5 häufigste Diagnosegruppen (ohne Unfälle) SKAFF-Krankenanstalten 1995 – 1999

Todesursache Herzinfarkt im Regionenvergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 410)

n Abbildung 4

Herzinfarkt

Mortalität nach NUTS III-Regionen Steiermark 1994 – 1998

Es ist anzunehmen, dass 150.000 Steirerinnen und Steirer an Bluthochdruck erkrankt sind. Die Bedeutung des unbehandelten Bluthochdruckes liegt in seinem Stellenwert als Risikofaktor für eine Reihe von weiteren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

Qualitativ hochwertige und vollständige Datensammlungen stellen die solide Basis für die gesundheitspolitische Planung dar.

für Tirol, dem Bundesland mit der niedrigsten Sterblichkeit in dieser Krankheitsgruppe, bei 97 je 100.000 Einwohner (Abb.5).

Bluthochdruck bedeutet eine Krankheit für sich, die jedoch über weite Lebensspannen symptomlos und ohne Beeinträchtigung der Lebensqualität verläuft. Neben einzelnen akut und oft dramatisch verlaufenden Krankheitskrisen liegt die Bedeutung des Bluthochdrucks jedoch vor allem in seinem Stellenwert als Risikofaktor für eine Reihe von weiteren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Infolge der langzeitigen Beschwerdefreiheit fehlt vielen Betroffenen die Einsicht für eine nötige Therapie, andere wiederum wissen nicht Bescheid um ihre Erkrankung. Dementsprechend sind die Angaben über die Häufigkeit der Erkrankung in der steirischen Bevölkerung sehr unterschiedlich (Abb.6). Entsprechend der Befragung der Gesunden Gemeinden geben etwa 15 Prozent der Befragten an, im der Befragung vorangegangenen Jahr wegen Bluthochdruck in ärztlicher Behandlung gestanden

zu sein. Für Frauen liegt der Anteil mit 16,2 Prozent etwas höher als für Männer mit 13,5 Prozent. Übertragen auf die gesamte Steiermark würden diese Ergebnisse bedeuten, dass etwa 150.000 Steirerinnen und Steirer an Bluthochdruck erkrankt sind. Die Befragung nach der Erkrankung an Bluthochdruck durch den Mikrozensus liefert niedrigere und internationalen Angaben entsprechend unglaubwürdigere Ergebnisse: Der Anteil der an Bluthochdruck erkrankten Bevölkerung wird je nach Befragungsjahr zwischen 1 und 5 Prozent angegeben. Die Ergebnisse hätten jedoch entsprechend der repräsentativen Stichprobenauswahl im Gegensatz zur Befragung der Gesunden Gemeinden für die gesamte steirische Bevölkerung Gültigkeit. Wünschenswert wäre eine hochrangige Interviewqualität und vollständige Befragung der vorgegebenen Stichprobe in der amtlichen Statistik des Mikrozensus. Die Ergebnisse könnten damit steiermarkweit für die Planung, den Verlauf und die Evaluierung von Gesundheitsprogrammen herangezogen werden.

Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane

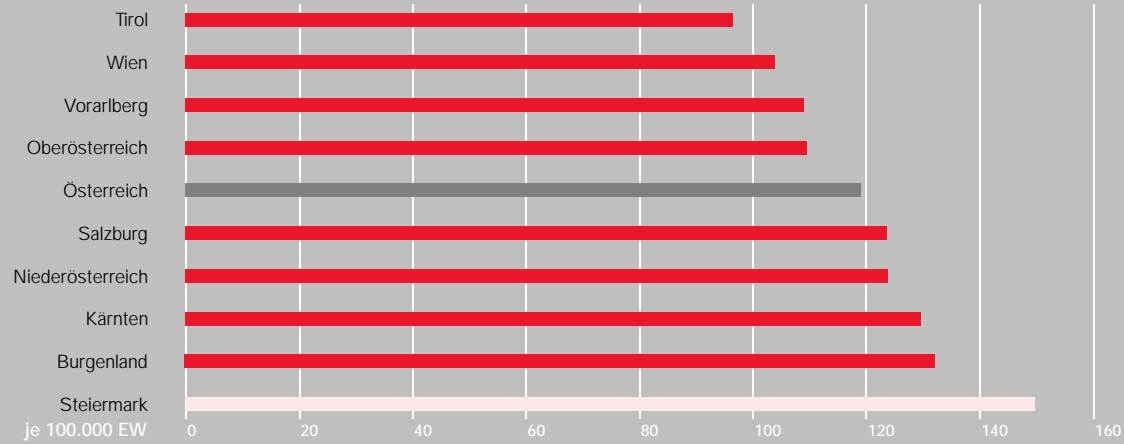
Unfälle sind in der Steiermark häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern. Unfälle (ohne KFZ) sind in Graz deutlich weniger oft Ursache des Todes als in den anderen steirischen Regionen.

Wenngleich Unfälle und Erkrankungen der Verdauungsorgane sehr unterschiedliche Krankheitsgruppen sind, so ist ihnen im Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsberichterstattung doch einiges gemeinsam: Die altersstandardisierten Sterbeziffern auf 100.000 Einwohner sind für beide Krankheitsgruppen in etwa gleich hoch (Abb.1, Seite 103) und höher als in den meisten Ländern der Europäischen Union (vgl. Kapitel 4).

In der Steiermark sind Unfälle häufiger Todesursache als in den anderen Bundesländern. 1998 waren 57 Todesfälle je 100.000 Einwohner darauf zurückzuführen (Abb.7). Unfälle ereignen sich unter ganz verschiedenen Rahmenbedingungen: am Arbeitsplatz, zu Hause, in der Schule, während der

Freizeit und vor allem im Straßenverkehr. Die jährliche Zahl der gemeldeten Straßenunfälle mit Verletzungsfolge beträgt in den Ländern der Europäischen Union ungefähr 340 pro 100.000 Einwohner. Finanziell ausgedrückt beziffern die jährlichen Verluste durch Straßenverkehrsunfälle mit Todes- und Verletzungsfolge etwa die doppelte Summe des Gesamtbudgets der Europäischen Union, entsprechen 97 Prozent der Kosten aller Transportmittelunfälle, übersteigen die Kosten durch Verkehrsstaus oder die Kosten der Umweltschäden durch den Straßenverkehr und verursachen sogar größere Produktivitätsverluste als Lungenkrebs. Verkehrsunfälle unter Beteiligung von Kraftfahrzeugen sind indessen die Verletzungs-

Todesursache Schlaganfall im Bundesländervergleich



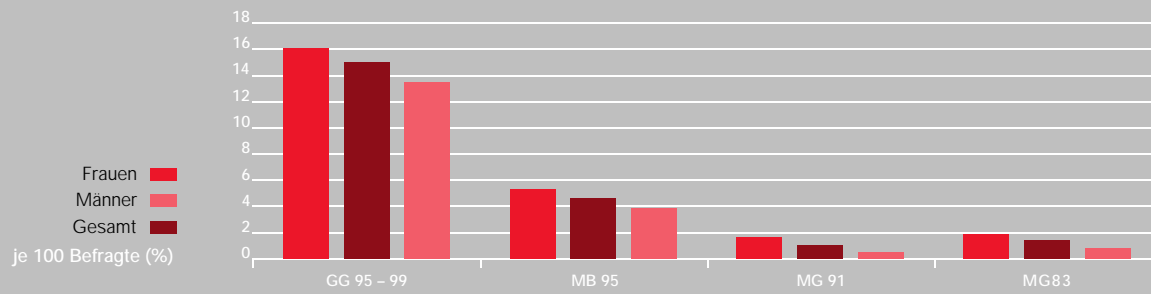
Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: E430 – E438)

n Abbildung 5

Schlaganfall und andere Hirngefäßerkrankungen

Mortalität nach Bundesland 1998

Häufigkeit des Bluthochdrucks im Quellenvergleich



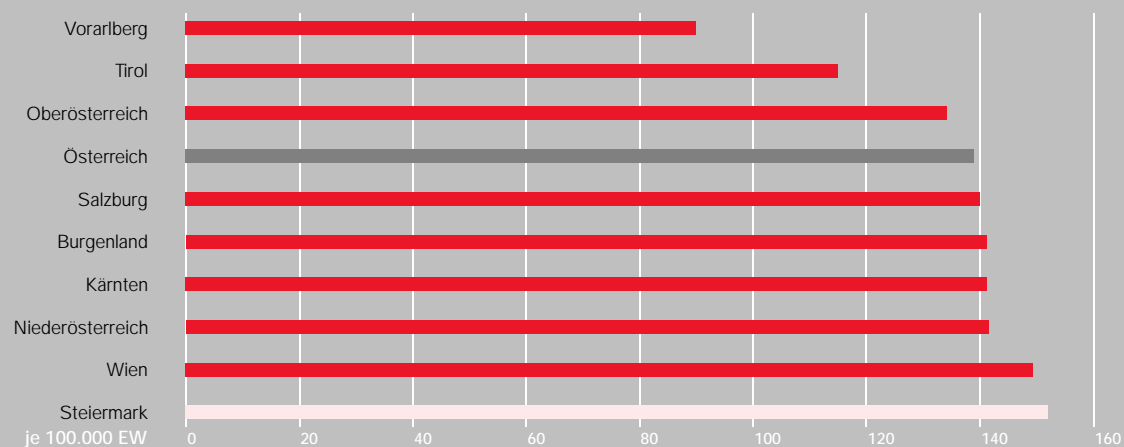
Quellen: GG 95 – 99: Institut für Sozialmedizin, Graz, Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999
 MB 95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995
 MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991
 MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983

n Abbildung 6

Bluthochdruck

Jahresprävalenz nach Quellenangabe Steiermark 1983 – 1999

Unfälle als Todesursache im Bundesländervergleich



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: E800 – E999)

n Abbildung 7

Unfälle

Mortalität nach Bundesland 1998

Das Risiko an einer Erkrankung der Verdauungsorgane zu sterben ist in Liezen signifikant niedriger als für die restliche steirische Bevölkerung. Das Wissen um die Ursachen der Besserstellung einer Region soll in die Gestaltung von Gesundheitsprogrammen für benachteiligte Gebiete einfließen.

und Todesursache, die am wirkungsvollsten verhütet werden könnte, unter anderem durch Maßnahmen wie das Anlegen von Sicherheitsgurten, eine Verbesserung der Straßen und Fahrzeuge, angemessene Geschwindigkeitsbegrenzungen sowie konsequente Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer. Straßenverkehrsunfälle ausgenommen, sind Unfälle in und um Graz bedeutend weniger oft Ursache des Todes als in den anderen Regionen der Steiermark, wo sich die Mortalität infolge von Verletzungen nicht wesentlich unterscheidet (Abb.8). Ein ähnliches Szenarium ist für die Sterblichkeit infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane vorzufinden: In diesem Fall ist die Sterblichkeit der Bevölkerung in und um Liezen

deutlich geringer als für den Rest der steirischen Bevölkerung (Abb.9). Die Mortalität infolge von Unfällen und Erkrankungen der Verdauungsorgane zeigt für beide Krankheitsgruppen eine deutliche Besserstellung einer Region gegenüber der restlichen steirischen Bevölkerung. Diese Tatsache soll beispielhaft Anlass dafür geben, die Kenntnisse über die Besserstellung einer Region hinsichtlich einer Krankheits- oder Todesursache in die Gestaltung von Vorsorgeprogrammen miteinzu beziehen. Begünstigte Regionen können Vorbildcharakter haben und das Wissen um die Ursachen der Besserstellung kann auf andere benachteiligte Gebiete übertragen werden.

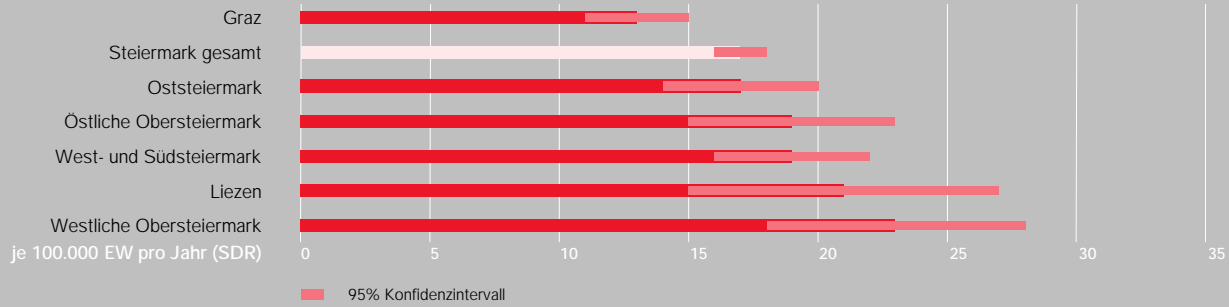
Diabetes

Es ist anzunehmen, dass etwa 50.000 Steirerinnen und Steirer zuckerkrank sind. Die Teilgruppe der an "Alterszucker" erkrankten Menschen ließe sich durch eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten erheblich verringern. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte infolge von Stoffwechselerkrankungen, allen voran Diabetes, ist steigend.

Europaweit werden zwischen 25 und 40 Millionen zuckerkrank Menschen geschätzt. Die Teilgruppe der an "Alterszucker" erkrankten Menschen ließe sich durch eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten erheblich verringern. Wird die Krankheit nicht angemessen behandelt, kann sie die Lebenszeit verkürzen und schwerwiegende Gesundheitsstörungen zur Folge haben, beispielsweise Blindheit, Nierenversagen, Amputationen, akute Blutzuckerkrisen und andere. Diabetes belastet das Gesundheitswesen ganz erheblich. Für die Steiermark liegen unterschiedliche Ergebnisse über die Häufigkeit der Zuckerkrankheit in der Bevölkerung vor. Nach Angaben der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 sind knapp 4 Prozent der Befragten davon betroffen (Abb.10). Die etwas weniger verlässlichen Angaben aus den Mikrozensusbefragungen der Jahre 1983, 1991 und 1995 schwanken zwischen 0,7 und 1,5 Prozent. In allen Befragungen zeigt sich ein größerer Anteil an Frauen, die an Diabetes erkrankt sind. Überträgt

man hypothetisch die Ergebnisse aus der Befragung der Gesunden Gemeinden auf die steirische Gesamtbevölkerung, so ist anzunehmen, dass etwa 50.000 Steirerinnen und Steirer zuckerkrank sind. Im Vergleich mit ausgewählten Ländern der Europäischen Union entspricht der Anteil von knapp 4 Prozent einem eher hohen Wert. Die Ergebnisse aus der Mikrozensusbefragung können einem seriösen internationalen Vergleich nicht standhalten. Die Angaben über die niederländische Bevölkerung, die an Diabetes leidet, belaufen sich auf etwa 2 Prozent, in Portugal sollen es etwa knapp 5 Prozent sein (Abb.11, Seite 111). An dieser Stelle sei jedoch bemerkt, dass die Datensammlung über die Häufigkeit und Beobachtung der Zuckerkrankheit in den einzelnen Ländern auf sehr unterschiedlichem Niveau betrieben wird. Während einige Länder, wie zum Beispiel Belgien, über ein eigenes Diabetes-Register verfügen, gibt es für die meisten Länder der Europäischen Union überhaupt keine von der WHO geforderten Angaben über die Diabetesprävalenz. In der

Unfälle mit Todesfolge im Regionenvergleich (ohne KFZ)

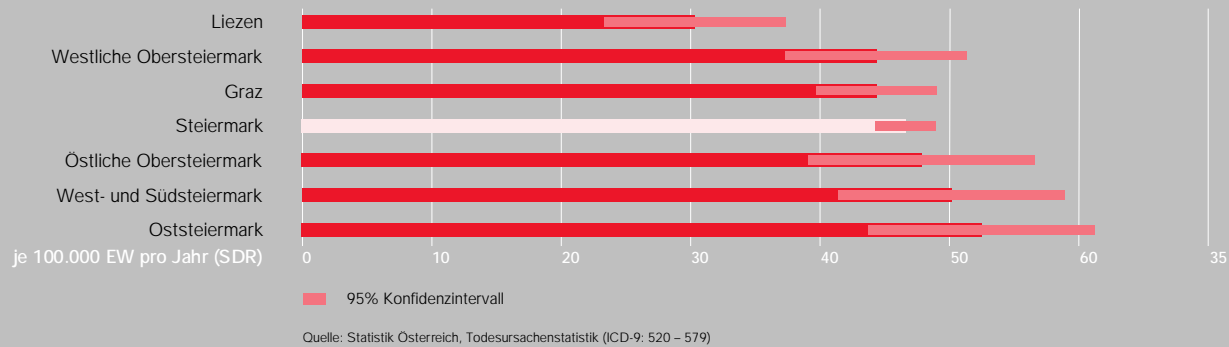


n Abbildung 8

Unfälle

Mortalität
nach NUTS III-Regionen
Steiermark
1994 – 1998

Sterblichkeit infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane im Regionenvergleich

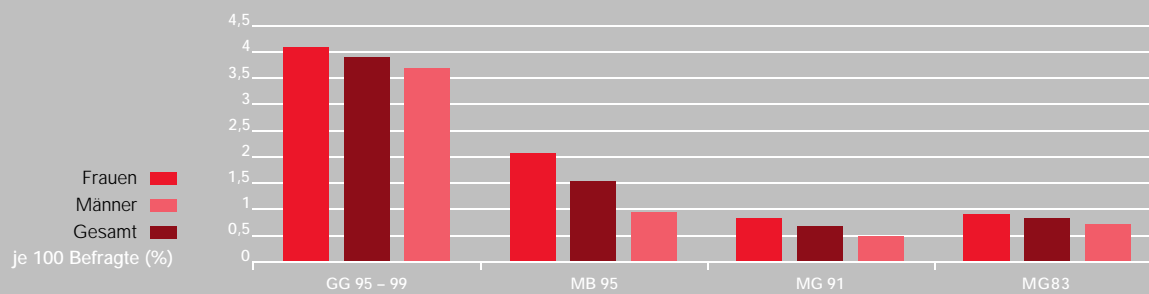


n Abbildung 9

Erkrankungen der Verdauungsorgane

Mortalität
nach NUTS III-Regionen
Steiermark
1994 – 1998

Häufigkeit der Zuckerkrankheit im Quellenvergleich



n Abbildung 10

Diabetes

Jahresprävalenz
nach Quellenangabe
Steiermark
1983 – 1999

Quellen: GG 95 – 99: Institut für Sozialmedizin, Graz, Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999
MB95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995
MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991
MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983

In der Steiermark ist seit 1996 ein flächendeckendes Programm für die Qualitätssicherung in der Betreuung von Diabetikern in Entwicklung. Bis zum Jahr 2020 sollten diabetische Komplikationen um ein Drittel reduziert werden.

Steiermark ist die Entwicklung einer Datenbank im Gange.

Stoffwechselerkrankungen, allen voran die Zuckerkrankheit, steuern einen großen Teil der Krankenhausaufenthalte in Österreich bei und die Zahl ist steigend. Zwischen 1990 und 1998 stieg die Zahl der Krankenhausentlassungen in Gesamtösterreich mit der Hauptdiagnose "Stoffwechselerkrankung" von jährlich 770 auf gut 950 je 100.000 Einwohner an. Die Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von etwa 14 Tagen auf 11 Tage während des gleichen Zeitraumes kann daher nicht wirklich als Erfolg gesehen werden (Abb.12).

Umfassende Programme zur Erkennung und Bekämpfung von Diabetes und den damit verbundenen Komplikationen sind erforderlich. Sie können zu einer bemerkenswerten Verringerung der Komplikationsrate führen. Professionelle Anleitung zur Selbsthilfe und gemeindenaher Unterstützung sind dabei die wichtigsten Komponenten. Das heißt sowohl in der breiten Bevölkerung als auch in den Gesundheitsberufen muss das Problembewusst-

sein geschärft werden. Eine fachkundige und effektive Behandlung auf allen Ebenen der Versorgung muss unbedingt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und sowohl auf Bevölkerungsebene als auch auf der individuellen Ebene von ergebnisorientierten Zielvorgaben geleitet sein. Es hat sich gezeigt, dass derartige Ansätze zu bemerkenswerten Verringerungen der Komplikationsraten geführt haben. Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Einbeziehung der Patienten und Familienangehörigen in die Planung und Durchführung der Behandlung und in der Vermittlung der zur Selbstbehandlung erforderlichen Kompetenzen. In der Steiermark ist seit 1996 ein flächendeckendes Programm für die Qualitätssicherung in der Betreuung von Diabetikern unter Beachtung der WHO-Kriterien in Entwicklung. Eine umfassende elektronische Datendokumentation soll nicht nur die Evaluierung gesetzter Maßnahmen ermöglichen, sondern auch international vergleichbare Informationen über Diabetes in der steirischen Bevölkerung liefern.

Erkrankungen der Bewegungsorgane

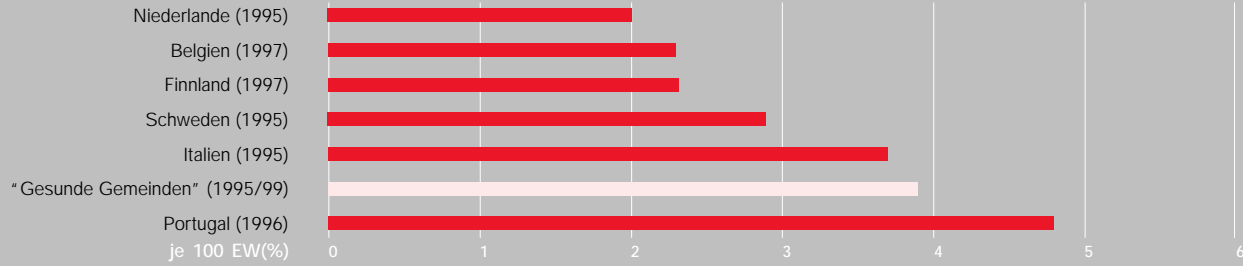
"Rheuma", Volkskrankheit Nummer 1: Gut jeder dritte Befragte in den Gesunden Gemeinden der Steiermark berichtet über Rücken-, Glieder- oder Gelenkschmerzen. Die Zahl der Wirbelsäulenschäden in der Bevölkerung ist stark steigend.

Erkrankungen der Bewegungsorgane sind zwar nur selten Ursache des Todes, steuern aber, da sie in den meisten Fällen chronisch fortschreitend verlaufen, maßgeblich zur Reduktion der Lebensqualität bei. Volkswirtschaftlich gesehen sind die Erkrankungen der Bewegungsorgane allein durch die große Anzahl von Krankenstandtagen, die sie bedingen, eine Belastung. Nach den Krankheiten der Atmungsorgane und Verletzungen stellen sie die dritthäufigste Ursache für den Krankenstand von Angestellten und Arbeitern dar. Österreichweit wurden für diesen Personenkreis knapp 2.900 Krankenstandtage auf 1.000 Erwerbstätige infolge von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes gezählt. 28 Prozent der

Bevölkerung der zwischen 1995 und 1999 befragten Gesunden Gemeinden in der Steiermark geben an, an Rücken-, Glieder- oder Gelenkschmerzen zu leiden.

Entsprechend den Mikrozensusbefragungen zwischen 1983 und 1995 ist allein die Zahl der angegebenen Wirbelsäulenschäden signifikant steigend (Abb.13). Waren es 1983 noch knapp über 1 Prozent der Befragten, die über Schäden an der Wirbelsäule berichteten, sind es in der vergleichbaren Befragung 12 Jahre später über 8 Prozent. Der tatsächliche Anteil in der Bevölkerung, der durch Rückenprobleme beeinträchtigt ist, darf als weitaus höher angenommen werden. Erkrankungen der Bewegungsorgane sind

Verbreitung der Zuckerkrankheit im internationalen Vergleich



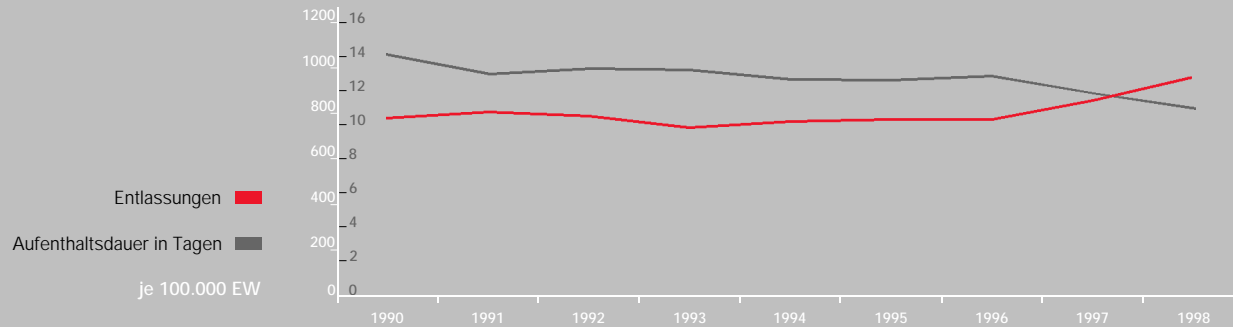
Quellen: WHO "HealthFor All" Data Base, update June 2000; Institut für Sozialmedizin, Graz; Befragung der "Gesunden Gemeinden" 1995 – 1999

n Abbildung 11

Diabetes

Jahresprävalenz ausgewählte EU-Länder und "Gesunde Gemeinden" in der Steiermark 1995 – 1999

Krankenhausaufenthalte infolge von Stoffwechselerkrankungen



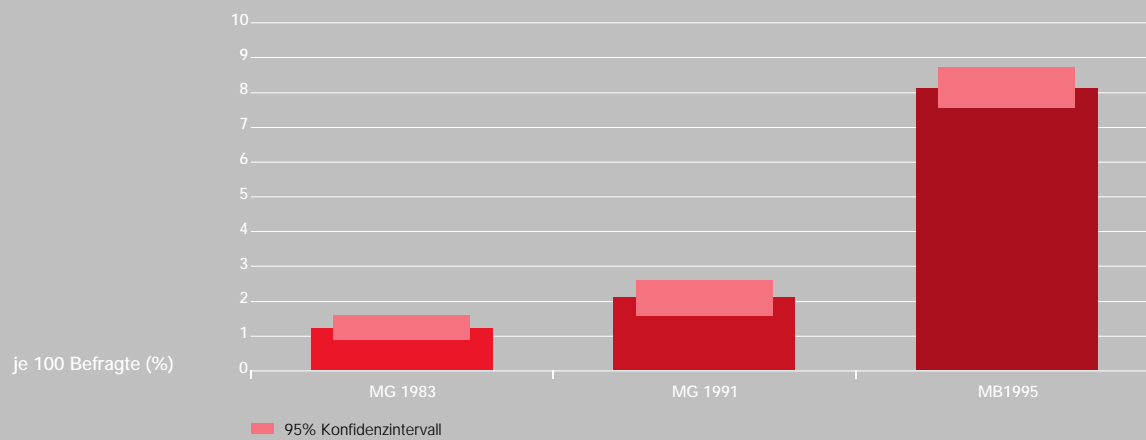
Quelle: Statistik Österreich, Krankenhausentlassungen (ICD-9: 240 – 279)

n Abbildung 12

Stoffwechselerkrankungen

Krankenhausentlassungen und durchschnittliche Aufenthaltsdauer Österreich 1990 – 1998

Häufigkeit von Schäden an der Wirbelsäule



Quelle: MG 83: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1983
 MG 91: Statistik Österreich, Mikrozensus "Fragen zur Gesundheit" 1991
 MB 95: Statistik Österreich, Mikrozensus "Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen" 1995

n Abbildung 13

Schäden an der Wirbelsäule

Jahresprävalenz nach Quellenangabe 1983 – 1995

Erkrankungen der Bewegungsorgane sind zunehmend Grund eines stationären Aufenthaltes, für Frauen häufiger als für Männer. Krankenhausesentlassungen infolge von Erkrankungen der Bewegungsorgane sind für die Bevölkerung der Westlichen Obersteiermark doppelt so häufig wie für die Einwohner in und um Graz. Strategien zur Bekämpfung der zunehmenden Erkrankungen der Bewegungsorgane sollten durch ein bevölkerungszentriertes Gesundheitsinformationssystem unterstützt werden.

zunehmend Grund eines stationären Aufenthaltes, für Frauen häufiger als für Männer. Zwischen 1995 und 1999 stieg die Zahl der Krankenhausesentlassungen in den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten, bezogen auf die weibliche und männliche Bevölkerung, signifikant an (Abb.14).

Für die Bevölkerung der Westlichen Obersteiermark beträgt die Jahresdurchschnittsrate zwischen 1995 und 1999 2.300 gezählte Krankhausesentlassungen je 100.000 Einwohner in dieser Krankheitsgruppe. Damit liegt sie deutlich über dem steirischen Durchschnitt und ist mehr als doppelt so hoch wie der Vergleichswert für die Grazer Bevölkerung; dieser liegt bei 1.100 je 100.000 Einwohner (Abb.15).

Ein rein biomechanisches Verständnis dürfte in der Bekämpfung der Krankheiten der Bewegungsorgane nicht ausreichen. Wie für andere Erkrankungen gewinnt die Erforschung von psychosomatischen Komponenten auch in dieser Krankheitsgruppe zunehmend an Bedeutung. Alle Krankheitsbekämpfungsstrategien müssen jedoch wissenschaftlich erhärtet werden, und zwar durch Evidenzkriterien, die ihre Effektivität und Effizienz

ebenso wie die Zugänglichkeit und Qualität der angebotenen Dienste belegen. Strategien zur Bekämpfung der zunehmenden Erkrankungen der Bewegungsorgane sollten durch ein bevölkerungszentriertes Gesundheitsinformationssystem unterstützt werden. Dieses System sollte, den generellen Anforderungen entsprechend, folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Verlässliche Identifikation der Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung mittels Dokumentation ihrer Epidemiologie, das heißt Morbidität, Lebensweisen und Verhaltensmerkmale.
- 2) Planung und Management von Präventiv- und Interventionsstrategien für Erkrankungen der Bewegungsorgane.
- 3) Organisation der Einbeziehung des Einzelnen in derartige Strategien, das heißt Registrierung des Erstkontaktes, Dokumentation der Resultate von Screeningverfahren und Fallsuche-Interventionen, Monitoring der Anschlussmaßnahmen sowie Dokumentation der Ergebnisse.
- 4) Monitoring und Evaluation der Programme in Hinsicht auf ihre Qualität, mit Schwerpunkt auf den erzielten gesundheitlichen Ergebnissen.

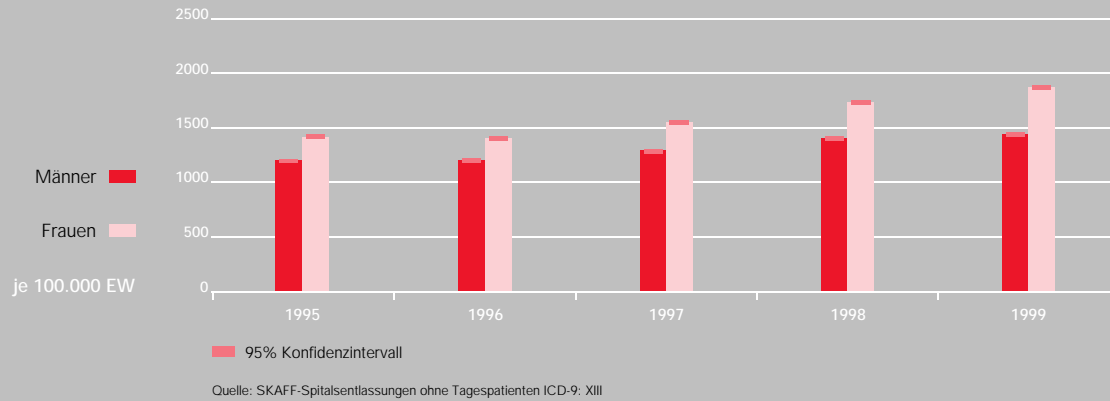
Krebserkrankungen

Jährlich erkranken etwa 5.000 Steirerinnen und Steirer neu an Krebs. Es ist anzunehmen, dass mehr als 20.000 Menschen in der Steiermark leben, die an Krebs erkrankt sind.

In Westeuropa ist die Krebsmortalität seit 1980 zurückgegangen und war 1997 ungefähr 9 Prozent niedriger als 1980. Ein entsprechender, wenngleich nicht so ausgeprägter Trend ist auch für Österreich zu beobachten, insgesamt betrachtet stellen bösartige Neubildungen jedoch nach wie vor die zweithäufigste Todesursache dar (Abb.1, Seite 103). Der wichtigste alleinige Risikofaktor für Krebs ist das Rauchen, auf dessen Konto rund ein Drittel aller Krebserkrankungen in der Europäischen Region geht. Zu den weiteren beeinflussbaren Risikofaktoren gehören Infektionserreger (zum Beispiel Papillomavirus des Menschen im

Zusammenhang mit Zervixkarzinom), gefährliche Industriechemikalien und berufsbedingte Faktoren. In Österreich wird seit dem Jahr 1970 ein bundesweites Krebsregister geführt. Seit 1983 ist die Meldefrequenz über Krebs-Neuerkrankungen soweit zufriedenstellend, dass die statistischen Auswertungen einem Vollerfassungsgrad entsprechen. Demnach sind im Jahr 1997 etwa 4.800 Steirerinnen und Steirer neu an Krebs erkrankt. Die bevölkerungsbezogene Jahresrate liegt bei knapp unter 400 Fällen auf 100.000 Einwohner. Für Frauen in der Steiermark stellt, wie in den anderen Ländern Europas, während des gesamten

Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen der Bewegungsorgane



n Abbildung 14

Erkrankungen der Bewegungsorgane

Krankenhausesentlassungen SKAFF-Krankenanstalten nach Geschlecht Steiermark 1995 - 1999

Stationäre Behandlungen im Regionenvergleich



n Abbildung 15

Erkrankungen der Bewegungsorgane

Krankenhausesentlassungen SKAFF-Krankenanstalten nach NUTS III-Regionen Steiermark 1995 - 1999

Die therapeutischen Dienste spielen eine wichtige Rolle in der Lebensqualität der Betroffenen. Die Nachsorge und Schmerzbehandlung sind wesentliche Elemente der Patientenversorgung. Die inadäquate Schmerzbehandlung von Krebspatienten im Endstadium stellt ein ernsthaftes Problem dar. Das Management in der Betreuung von krebskranken Menschen sollte unter Zugrundelegung abgestimmter ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren erfolgen und durch ein umfassendes Informationssystem unterstützt werden.

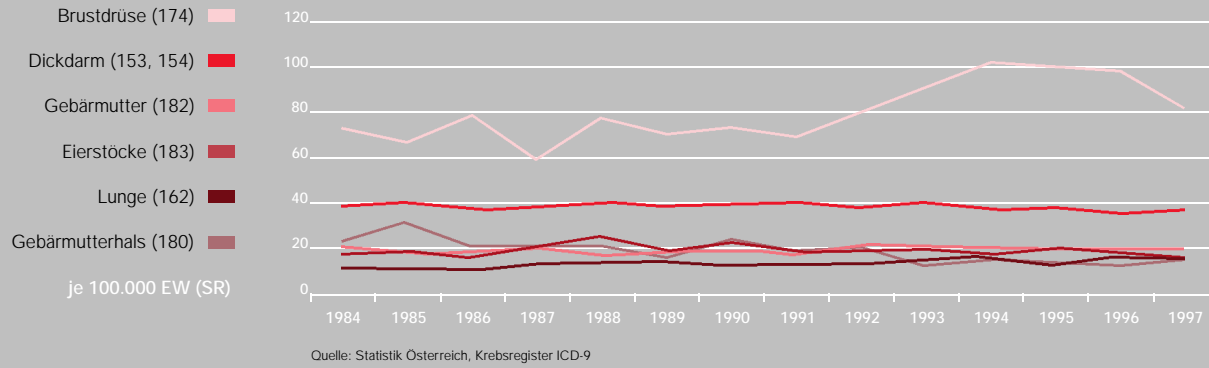
Beobachtungszeitraumes der Brustkrebs die häufigste und zunehmende Ursache einer bösartigen Neubildung dar, gefolgt von Darmkrebs und bösartigen Neubildungen der Gebärmutter und Eierstöcke. Während die Zahl der Neuerkrankungen für Gebärmutterhalskrebs während der letzten 20 Jahre kontinuierlich im Sinken begriffen ist, ist eine Zunahme der Lungenkrebsraten für Frauen zu verzeichnen (Abb.16).

Bei den Männern kann, dem westeuropäischen Trend entsprechend, in den letzten Jahren eine Abnahme der Neuerkrankungen an Lungenkrebs verzeichnet werden. Somit wurde der Prostatakrebs die häufigste und im Steigen begriffene Ursache einer bösartigen Neubildung bei Männern. An dritter Stelle rangiert der Dickdarmkrebs mit steigender Tendenz, gefolgt von Magenkrebs mit abnehmenden Raten der jährlichen Neuerkrankungen. Die Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und des Rachens ist etwa gleichermaßen steigend wie die jährlichen Neuerkrankungen an Nierenkrebs (Abb.17).

Zur Bestandsaufnahme aller von Krebs betroffenen Personen in der Steiermark gibt es nur wenig Datenmaterial. In den vorliegenden Gesundheits-Surveys konnten nur in der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 Informationen über Krebsleiden in der Bevölkerung in Erfahrung gebracht werden. Demnach geben 2,1 Prozent der in den 27 befragten Gesunden Gemeinden lebenden Bevölkerung an, im der Befragung vorausgegangen Jahr wegen Krebs

oder einer Geschwulst in ärztlicher Behandlung gestanden zu haben (Abb.18). Hochgerechnet auf die gesamte steirische Bevölkerung würde das bedeuten, dass in der Steiermark etwa 21.000 Menschen leben, die an Krebs erkrankt sind. Diese Zahl ist von erheblicher Bedeutung, da die therapeutischen Dienste eine wichtige Dimension in der Lebensqualität der Betroffenen darstellen. Auf dem Gebiet der Krebs-Diagnose und -Therapie kommt zunehmend Medizintechnik zum Einsatz, und immer kompliziertere Kombinationen von chirurgischen Eingriffen, Strahlentherapie, Chemotherapie und künftig wahrscheinlich Immunotherapie werden praktiziert. Wesentliche Elemente der Patientenversorgung sind die Nachsorge und Schmerzbehandlung. Die inadäquate Behandlung von Krebspatienten im Endstadium stellt ein ernsthaftes Problem dar. Viele Patienten erhalten keine ausreichende Schmerztherapie, so dass ihre Lebensqualität und Würde in der letzten Lebensphase durch unnötige Leiden beeinträchtigt wird. Des weiteren können auch neue Behandlungskonzepte vorgesehen werden. Krebsmanagement wird zunehmend als integriertes Versorgungsangebot der primären, sekundären und tertiären Versorgungsebene konzipiert und realisiert. Individuelle Elemente der Patientenversorgung erfolgen in Einklang mit wissenschaftlich erhärteten klinischen Leitlinien. Das Management in der Betreuung krebskranker Menschen sollte unter Zugrundelegung abgestimmter ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren erfolgen und durch ein umfassendes Informationssystem unterstützt werden.

Krebsneuerkrankungen – Frauen in der Steiermark

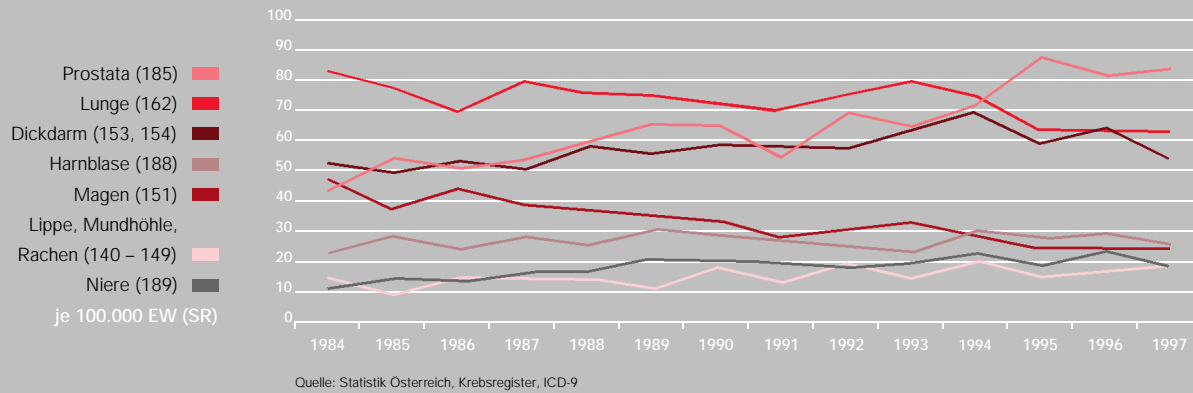


n Abbildung 16

Häufigste Krebslokalisationen

Inzidenz für Frauen Steiermark 1984 – 1997

Krebsneuerkrankungen – Männer in der Steiermark

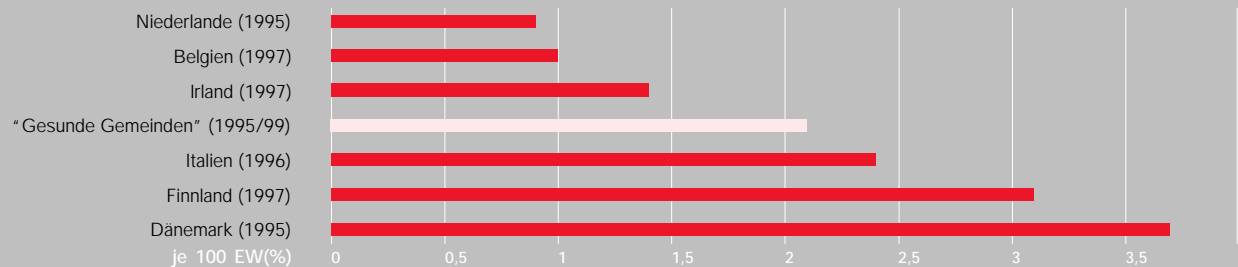


n Abbildung 17

Häufigste Krebslokalisationen

Inzidenz für Männer Steiermark 1984 – 1997

Häufigkeit der Krebserkrankung in der Bevölkerung



n Abbildung 18

Krebs

Jahresprävalenz ausgewählte EU-Länder und "Gesunde Gemeinden" der Steiermark

Lungenkrebs

Die Zahl der jährlichen Lungenkrebs-Neuerkrankungen ist dem internationalen Trend entsprechend für die steirischen Männer fallend, für die steirischen Frauen steigend. Die standardisierten Raten liegen jeweils unter den österreichischen Durchschnittswerten. Im Vergleich zu Staaten des östlichen Europas sind die jährlichen Neuerkrankungen an Lungenkrebs bei uns häufiger als dort. Österreich verfügt über ein qualitativ hochwertiges Krebsregister mit Vorbildcharakter für andere EU-Staaten. Die Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs liegt in Österreich im Vergleich zu anderen EU-Staaten weitgehend unverändert im Mittelfeld. Entsprechend den WHO-Zielen sollte bis zum Jahr 2020 die Lungenkrebssterblichkeit um 25 % zurückgehen.

Wie bereits angeführt ist die Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs für Männer in der Steiermark dem internationalen Trend entsprechend fallend. Nach jahrelanger Spitzenposition in der Krebsstatistik wird die Lungenkrebsinzidenz seit 1996 von den jährlichen Neuerkrankungen an Prostatakrebs übertroffen (Abb.17, Seite 115). Der lineare Trend wird österreichweit mit minus 12 Prozent angegeben.

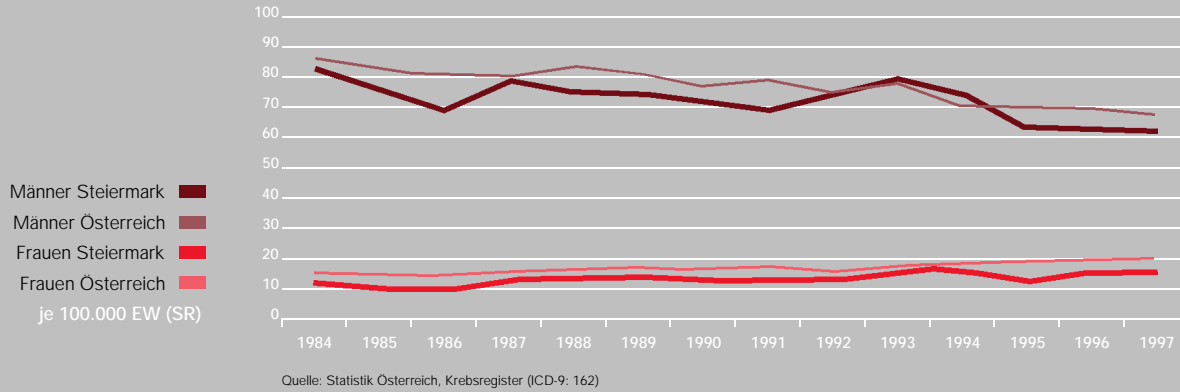
Bei den Frauen rangierten die Neuerkrankungen an Lungenkrebs jahrelang an 6. Stelle in der Krebsstatistik. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen ist steigend und nimmt seit 1993 den 5. Platz unter den bösartigen Neubildungen ein (Abb.16, Seite 115). Der lineare Trend wird österreichweit mit plus 26 Prozent angegeben. Zwischen 1984 und 1997 lagen die standardisierten Krebsinzidenzziffern der Steiermark unter dem österreichischen Durchschnitt (Abb.19). Die altersstandardisierte Rate für Männer lag 1997 bei etwa 62 Lungenkrebs-Neuerkrankungen je 100.000 Steirer, der österreichische Vergleichswert wird mit 68 je 100.000 angegeben. Für Frauen liegt die Lungenkrebsinzidenz noch immer erheblich niedriger, die standardisierte Rate beträgt 1997 aber immerhin knapp 16 jährliche Fälle auf 100.000 Steirerinnen. Der Vergleichswert für die Österreicherinnen gesamt liegt bei 19 je 100.000. Vergleicht man die österreichischen und steirischen Zahlen mit anderen Ländern Europas, so erscheinen die Ergebnisse in einem anderen Bild. Insbesondere im Vergleich zu Staaten des östlichen Europas sind die Neuerkrankungen an Lungenkrebs bei uns wesentlich häufiger als dort

(Abb.20). Die jährlichen Neuerkrankungen an Lungenkrebs werden zum Beispiel in der Türkei auf unter 10 Fälle pro 100.000 Einwohner bemessen. Für die meisten Staaten der Europäischen Union liegen keine Vergleichswerte vor, da sie nicht über ein entsprechendes Krebsregister verfügen. Vergleichszahlen aus Norwegen, Island und Finnland sind niedriger als die österreichischen Durchschnittswerte.

Über die Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs liegen Daten auch aus den anderen Ländern der Europäischen Union vor. Die Mortalität liegt in diesem Vergleich zwischen 1972 und 1996 weitgehend konstant im Mittelfeld. 1972 beträgt die standardisierte Sterblichkeit 35 Todesfälle infolge von Lungenkrebs auf 100.000 Einwohner, 1996 sind es 34. Es hat sich in Österreich hinsichtlich der Mortalität nichts Wesentliches geändert. Ganz anders die Situation in England, wo die Sterbeziffern für Lungenkrebs zwar deutlich über dem österreichischen und EU-Durchschnitt liegen, aber in den letzten Jahren eine kontinuierliche Abnahme zeigen. Portugal hingegen zeigt mit einer EU-weit gesehen niedrigen Mortalität für Lungenkrebs einen steigenden Trend (Abb.21). Rauchen gilt nach wie vor als der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung von Lungenkrebs und sollte damit Zielpunkt von adäquaten Präventionsprogrammen in der Bekämpfung dieser Krankheit sein (vgl. Kapitel 12).

Entsprechend den Zielen der Weltgesundheitsorganisation sollte bis zum Jahr 2020 die Lungenkrebssterblichkeit um 25 Prozent zurückgehen.

Neuerkrankungen an Lungenkrebs in der Steiermark

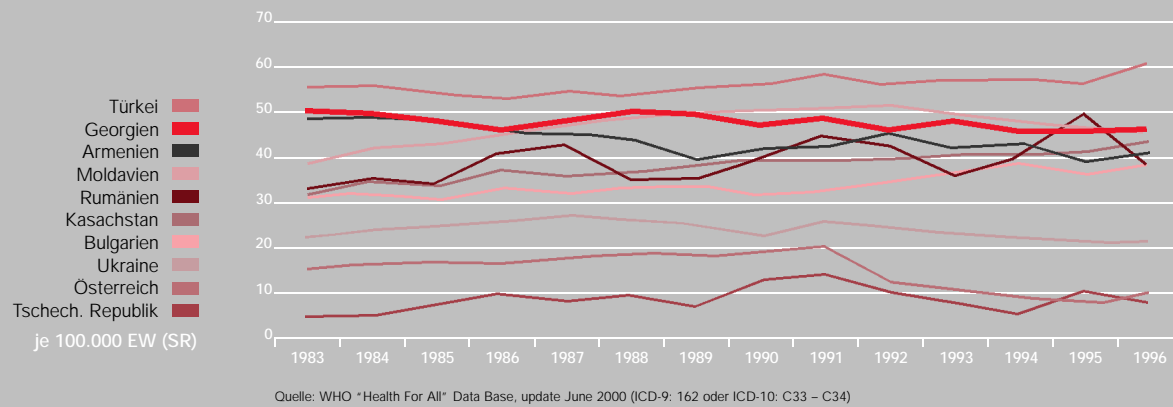


n Abbildung 19

Lungenkrebs

Inzidenz nach Geschlecht Steiermark – Österreich 1984 – 1997

Neuerkrankungen an Lungenkrebs im Osteuropa-Vergleich

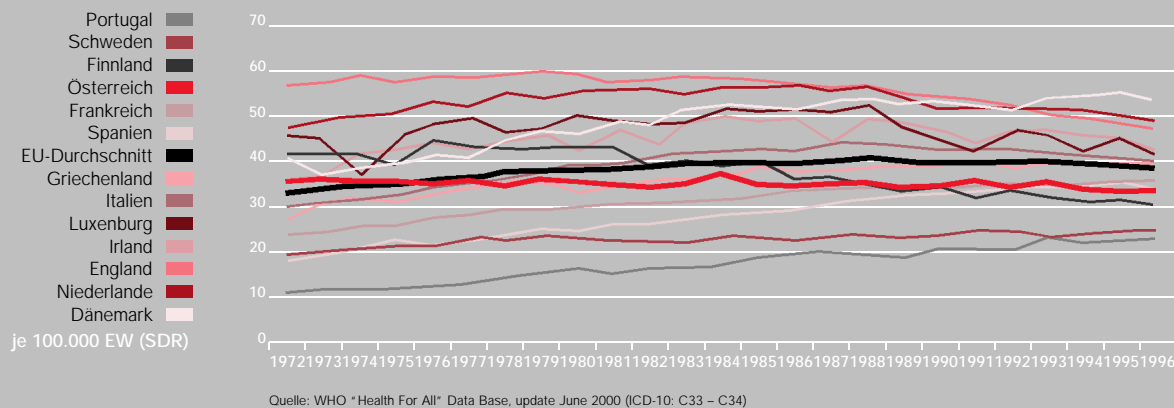


n Abbildung 20

Lungenkrebs

Inzidenz Osteuropa-Vergleich 1983 – 1996

Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs im EU-Vergleich



n Abbildung 21

Lungenkrebs

Mortalität EU-Länder 1972 – 1996

Gesundenuntersuchung, Gebärmutterhals- und Brustkrebs

1998 unterzogen sich gut
66.400 von 490.000
Steirerinnen ab dem
19. Lebensjahr einer
Vorsorgeuntersuchung,
bei den Männern waren es
rund 50.000 von 450.000.
Die Zahl der
Gesundenuntersuchungen
in der Steiermark
ist steigend.
Die Fallsuche auf
Krankheiten ohne
präventive oder
therapeutische Konsequenz
erhöht die gezählten
Fallzahlen.
Die Krankheitslast in der
Bevölkerung wird allein
durch Screening
nicht reduziert.

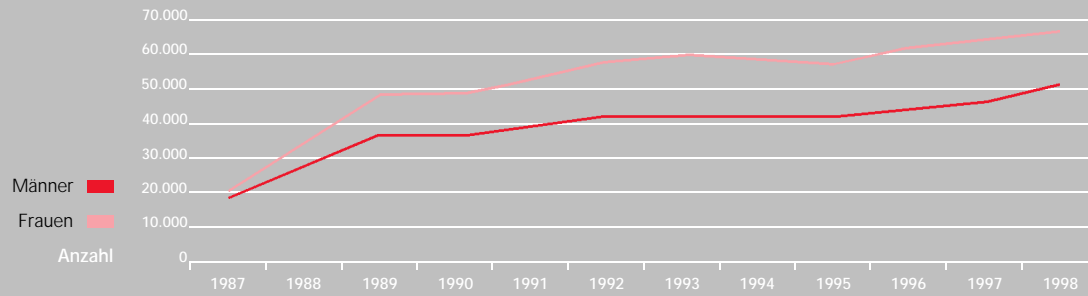
Jeder Staatsbürger ab dem 19. Lebensjahr hat das Recht, einmal pro Jahr kostenlos eine Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchungen werden von Vertragsärzten nach einem standardisierten Programm durchgeführt. Dieses besteht aus einem allgemeinen Untersuchungsprogramm und zusätzlich aus einer gynäkologischen Untersuchung für Frauen. Die Zahl der in der Steiermark in Anspruch genommenen Untersuchungen stieg zwischen 1987 und 1998 um das Dreifache, für Frauen mehr als für Männer (Abb.22). 1998 unterzogen sich gut 66.400 Frauen von etwa 490.000 der über-19-jährigen Steirerinnen einer Gesundenuntersuchung. Bei den Männern waren es gut 50.000 von 450.000. Der Trend ist steigend. Vorsorgeuntersuchungen und Screeningverfahren ermöglichen eine Früherkennung vieler nicht übertragbarer Erkrankungen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind in den Frühstadien vieler Erkrankungen effizienter. Eine adäquate Intervention kann so manche Krankheit zum Stillstand bringen. Wird ein Screening aber nur als Fallsuche ohne präventive oder therapeutische Konsequenz verstanden, wird dadurch die Krankheitslast in der Bevölkerung nicht reduziert, sondern werden nur die Fallzahlen erhöht.

Brustkrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. In den westeuropäischen Ländern kann jede 12. Frau im Laufe ihres Lebens davon betroffen sein, mit steigender Tendenz. Für die Steiermark liegt die altersstandardisierte Ziffer der Neuerkrankungen im Jahr 1997 bei knapp 82 auf 100.000 Steirerinnen. 1984 lag der Vergleichswert noch bei knapp 72 Fällen auf 100.000 Einwohnerinnen (Abb.23). Bereits in der Altersgruppe der 35- bis 39-jährigen Frauen beträgt die standardisierte Rate knapp 50 jährliche Neuerkrankungen auf 100.000 Frauen, im Alter um 70 erkranken rund

250 von 100.000 Frauen an Brustkrebs (Abb.24). Eine wichtige Möglichkeit, das Leiden und den Tod an dieser Krankheit zu vermindern, ist die regelmäßige und sorgfältige Brustuntersuchung. Während die manuelle Brustuntersuchung erst Geschwülste in größerem Tumorstadium erkennen kann, ist durch die Mammographie, eine Art von spezieller Röntgenuntersuchung der Brüste, das Erkennen von deutlich kleineren Gewebewucherungen möglich. Die Erkennbarkeit hängt stark von den allgemeinen Gewebeeigenschaften der Brust ab. Deswegen ist erklärlich, dass selbst durch Qualitätssicherung trainierte Röntgenfachärzte gewisse Tumore, vor allem bei jungen Frauen, nicht erkennen können, oder aber gutartig verändertes Gewebe für krebsverdächtig halten. Bewiesen ist jedenfalls in großen internationalen Studien, dass eine qualitätsgesicherte Mammographie für Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren, im Abstand von 2 Jahren einen Nutzen bringt. Für westeuropäische Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 50 Jahren ist die wissenschaftliche Diskussion noch im Gange. Für jüngere Frauen unter 40, die keine Veränderungen in der Brust und keine erbliche Belastung aufweisen, ist der Nutzen nicht durch Fakten gesichert. Deswegen empfahl die EU-Ärztelkommission bereits 1995, dass alle Frauen eines Landes zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr jedes zweite Jahr diese Vorsorgeuntersuchung machen lassen. Zusätzlich dazu wird die häufigere regelmäßige Selbst-Untersuchung der Brust empfohlen.

In der Steiermark wurde im März 2000 erhoben, wie viele Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren dieser Empfehlung zur Mammographie folgten. Es waren knapp 72 Prozent, die innerhalb der letzten 3 Jahre mindestens einmal bei der

Vorsorgeuntersuchungen in der Steiermark



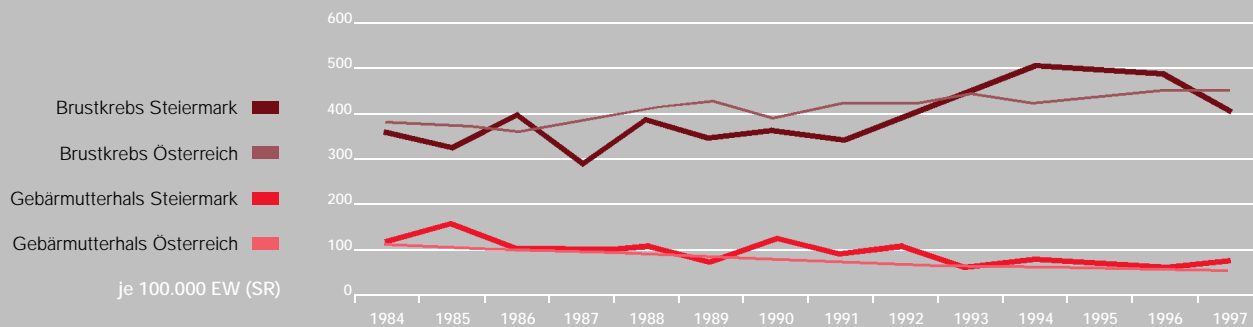
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

n Abbildung 22

Vorsorgeuntersuchungen

Inanspruchnahme ab dem 19. Lebensjahr nach Geschlecht Steiermark 1987 – 1998

Gebärmutterhals- und Brustkrebs in der Steiermark



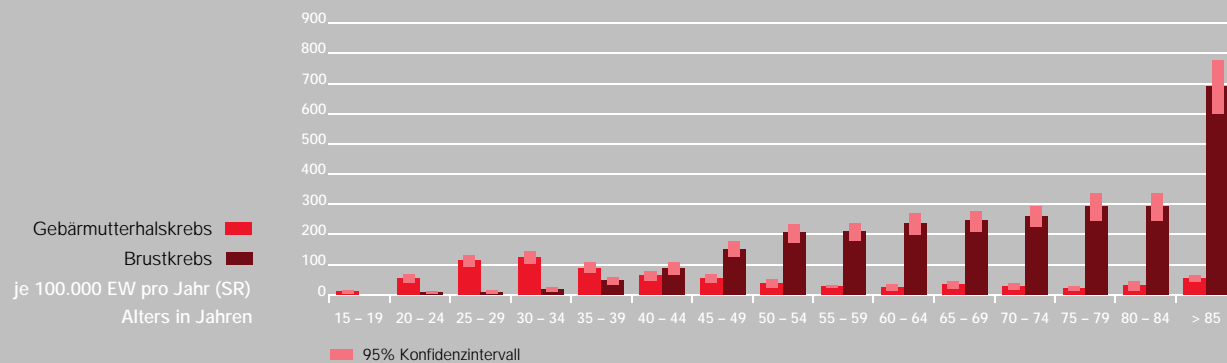
Quelle: Statistik Österreich, Krebsregister (ICD-9: 162 und 174)

n Abbildung 23

Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Inzidenz Steiermark – Österreich 1984 – 1997

Altersverteilung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs



Quelle: Statistik Österreich, Krebsregister (ICD-9: 162 und 174)

n Abbildung 24

Gebärmutterhals- und Brustkrebs

Inzidenz nach Alter Steiermark 1994 – 1997

72 % der steirischen Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr waren innerhalb der letzten 3 Jahre bei der Mammographie. Mindestens 33 Prozent mehr Frauen dieser Altersgruppe sollten die Mammographie alle 2 Jahre in Anspruch nehmen.

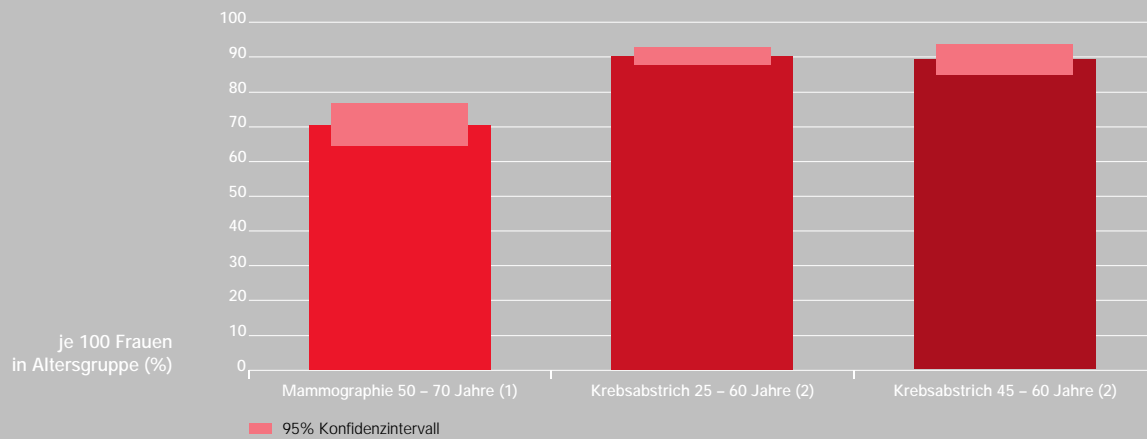
Die Vorsorgeuntersuchung "Krebsabstrich" nehmen erfreuliche 90 % der steirischen Frauen in der wichtigsten Altersgruppe zwischen 25 und 60 Jahren in Anspruch.

Mammographie waren (Abb.25). Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsdaten fand sich innerhalb der steirischen Regionen kein nachweisbarer Unterschied. In der Steiermark müssten zumindest 33 Prozent mehr Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 70 die von der Krankenkasse bezahlte Mammographie alle 2 Jahre in Anspruch nehmen. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr nehmen 50 Prozent der Steirerinnen eine Mammographieuntersuchung in Anspruch. Laut Empfehlung der EU-Ärzttekommision sollte in dieser Altersgruppe nur eine familiäre Belastung oder ein anderes verdächtiges Krankheitsgeschehen Anlass für eine gezielte Mammographie sein, was für etwa 10 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe der Fall ist. Für die restlichen 40 Prozent der 30- bis 40jährigen Frauen, die sich in der Steiermark einer Mammographie unterziehen, ist der Gesamtnutzen dieser Untersuchung nicht gesichert. Die finanziellen und zeitlichen Ressourcen sollten daher in erster Linie in ein qualitätsgesichertes und flächendeckendes Mammographie-Vorsorgeprogramm für Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr investiert werden. Die Inanspruchnahme für die Mammographie in der Steiermark liegt im österreichischen Vergleich im oberen Bereich.

Die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zeigt in der Steiermark, dem gesamtösterreichischen Trend entsprechend, erfreulicherweise eine fallende Tendenz (Abb.23, Seite 119). Trotzdem erkranken jährlich

allein in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen gut 120 pro 100.000 Steirerinnen an Gebärmutterhalskrebs (Abb.24, Seite 119). Mit der regelmäßigen Untersuchung des Muttermundes kann eine Krebsentwicklung an dieser Stelle in den Frühstadien erkannt und geheilt werden. Diese Vorsorgeuntersuchung hat, wie in großen internationalen Studien nachgewiesen wurde, einen sehr großen Nutzen für die Gesundheit der Frauen. In der Steiermark geben im März 2000 erfreulich viele Frauen an, diese Untersuchung in Anspruch zu nehmen. 90 Prozent der Frauen zwischen 25 und 60 geben an, zumindest einmal in den letzten 5 Jahren beim Krebsabstrich gewesen zu sein (Abb.25). 85 Prozent waren innerhalb der letzten 3 Jahre bei der Vorsorgeuntersuchung. Für die Altersgruppe der 20- bis 60-jährigen Frauen liegt der Anteil der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchung sogar bei knapp 94 Prozent. Bei den Frauen ab dem 60. Lebensjahr sind es noch immer 75 Prozent, die innerhalb der letzten 5 Jahre einen Krebsabstrich machen ließen. Es ist somit ein bedeutender Generationenwandel im Gesundheitsbewusstsein bezüglich Gebärmutterhalskrebs in der Steiermark zu beobachten. Erfreulich ist auch, dass über 89 Prozent der steirischen Frauen zwischen 45 und 60, also in der Zeit des Wechsels, die Untersuchung in Anspruch nehmen. Gerade in dieser Altersgruppe ist die Aufforderung zur Vorsorge besonders wichtig, zumal dem regelmäßigen Besuch beim Frauenarzt oft nicht nachgegangen wird.

Mammographie und Krebsabstrich in der Steiermark



n Abbildung 25

Mammographie und Krebsabstrich

Prävalenz der Inanspruchnahme nach Altersgruppen Steiermark 1999

je 100 Frauen in Altersgruppe (%)

Quelle: Land Steiermark, Steirische Gesundheitsbefragung 1999

- (1) mindestens einmal innerhalb der letzten 3 Jahre
- (2) mindestens einmal innerhalb der letzte 5 Jahre